

**Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě**



FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ
MODEL MARJORY GORDONOVÉ PRO POSUZOVÁNÍ STAVU ZDRAVÍ
STANDARDNÍ MODEL OŠETŘOVATELSTVÍ

Distanční studijní opora

Dagmar Mastiliaková

Opava 2012

- Obor:** Ošetřovatelství
- Klíčová slova:** Marjory Gordonová; assessment – posuzování stavu zdraví; standardní struktura/model; funkční typy zdraví; dysfunkční typy zdraví; model Marjory Gordonové, ošetřovatelská anamnéza; fyzikální vyšetření; klient/pacient; rodina; komunita, potenciálně dysfunkční typy zdraví, zdravotní (ošetřovatelské) problémy, NANDA ošetřovatelské diagnózy.
- Anotace:** Distanční studijní opora s názvem: „*FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ*“. *Model Marjory Gordonové pro posuzování stavu zdraví. Standardní model ošetřovatelství* je určena pro studenty bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Obsahuje celkem 3 kapitoly zaměřené na obsah a praktickou aplikaci systematické struktury „funkčních typů zdraví“ pro posuzování zdravotního stavu subjektů (klienta/pacienta, dítěte, rodiny a komunity) v rámci 1. fáze ošetřovatelského procesu. Jednotná struktura zahrnuje celkem 11 oblastí, uplatňuje holistický přístup v pohledu na stav zdraví a vymezuje kompetence a odpovědnost všeobecných sester v systému zdravotní péče.

© Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik

Autor: **Doc. PhDr. Dagmar Mastiliaková, PhD.**

OBSAH

1 ASSESSMENT – OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU	7
1.1 Vybrané pojmy.....	8
1.2 Typy informací a metody jejich získávání.....	11
1.2.1 Typy informací a údajů.....	11
1.2.2 Metody získávání informací.....	13
1.2.3 Vybrané typy nástrojů k objektivnímu posuzování rizik vzniku dekubitů a úrovní soběstačnosti klienta/pacienta.....	15
1.3 Vznik standardního modelu pro posuzování zdraví.....	15
1.3.1 Marjory Gordonová – „žijící legenda“, průkopnice elektronické ošetřovatelské dokumentace.....	17
2 FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ – MODEL M. GORDONOVÉ STRUKTURA PRO POSOUZOVÁNÍ STAVU ZDRAVÍ	32
2.1 „Funkční typy zdraví“ – význam pro ošetřovatelskou praxi.....	33
2.1.1 Co představují funkční a dysfunkční typy zdraví podle M. Gordonové.....	33
2.1.2 Výhody standardního rámce pro posuzování zdraví.....	35
2.1.3 Odlišnost používání termínu „funkční typ“ v ošetřovatelství a v medicíně.....	37
2.1.4 Vztah „funkčních typů zdraví“ a nemoci.....	38
2.1.5 Význam interakce klienta/pacienta a prostředí.....	39
2.1.6 Vztah věku a vývojových fází při posuzování stavu zdraví.....	40
2.1.7 Vztah „funkčních typů zdraví“ a kultury.....	41
2.1.8 Posuzování zdravotního stavu v ošetřovatelské praxi.....	42
2.1.9 Význam prvního systematického posouzení zdravotního stavu	43
2.2 Posuzování zdravotního stavu – dospělého KLIENTA / PACIENTA.....	47
2.2.1 Příklady otázek k vedení rozhovoru s dospělým klientem/pacientem.....	62
2.2.2 Obsah (elektronického) formuláře pro ošetřovatelskou anamnézu.....	66
2.3 Posuzování zdravotního stavu – KOJENCE / DÍTĚTE MLADISTVÉHO.....	68
2.3.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví kojence/dítěte (do 7let).....	69
2.4 Posuzování zdravotního stavu – RODINY.....	74
2.4.1 Soubor položek (otázek) k posuzování rodiny.....	76
2.5 Posuzování zdravotního stavu – KOMUNITY.....	82
2.5.1 Soubor položek (otázek) k posuzování komunity.....	84
3 DYSFUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA.....	96
3.1 Rozlišení „funkčního“ a „dysfunkčního typu zdraví“.....	97
3.1.1 Pojem zdravotní (ošetřovatelský) problém.....	97
3.1.2 „Funkční typ zdraví“	98
3.1.3 „Dysfunkční typ zdraví“	99
3.1.4 Vztah mezi dysfunkčním, stabilizovaným a zhoršujícím se typem zdraví	101
3.1.5 „Potenciálně dysfunkční typy zdraví“	103
3.2 NANDA ošetřovatelské diagnózy v 11 oblastech „dysfunkčních typů zdraví“	105
3.2.1 Stav diagnózy.....	105
3.2.2 Určující znaky, rizikové a související faktory.....	105
3.3 Posuzování zdravotního stavu u – AKUTNÍCH / ŽIVOT OHROŽUJÍCÍCH STAVŮ.....	116



Marjory GORDON Ph. D., RN, FAAN,

známá po celém světě, je nazývána „žijící legendou“.

Významně přispěla k rozvoji standardizované terminologie v ošetřovatelství. Její práce v teorii ošetřovatelství ovlivnila výzkum, vzdělávání, evaluaci kompetencí sester a ošetřovatelskou praxi. Vytvořila jádro poznatků v ošetřovatelství založené na důkazech. Vytvořená terminologie zformovala základní komponenty elektronické ošetřovatelské dokumentace, proto je považována za její průkopnicí v novodobé historii ošetřovatelství.

ÚVODEM

Distanční studijní opora, kterou máte před sebou je určena studentům ošetrovatelství, sestrám z klinické praxe a každému, kdo má zájem o získání poznatků pro systematické posuzování stavu zdraví subjektů, mezi něž patří klienti/pacienti, kojenci a malé děti, mladiství, rodiny a komunity. Tato e-opora patří ke skupině studijních materiálů: *Úvod do ošetrovatelství; Ošetrovatelský proces – metoda ošetrovatelské praxe; a Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika*, které studentům umožňují získat základní systémové poznatky v oboru. Ve třech obsahem rozsáhlejších kapitolách, které jsou členěny na podkapitoly se stejnou strukturou jsou obsaženy základní a tzv. ostatní prvky. Začátek vždy tvoří *Rychlý náhled* do problematiky kapitoly, kde je stručný přehled o tom, co budete studovat. *Cíle kapitoly* informují, co po úspěšném nastudování příslušné kapitoly budete umět. *Klíčová slova* kapitoly obsahují 5-10 slov a následuje samotný text členěný podle obsahu. V jednotlivých kapitolách naleznete i *samostatné úkoly* (odpovědi na ně jsou uvedeny před koncem kapitoly), stejně jako *testové otázky* s volbou správných *odpovědí*, které najdete na úplném konci každé kapitoly. Průběžné sebetestování dosažených znalostí je pro vás důležité, protože se zorientujete, jak zvládáte učivo. Elektronická podoba testu umožňuje ověřit si, zda jste textu rozuměli, co jste si zapamatovali, případně se vrátit k textu a těm informacím, které bude nutné zvládnout pro závěrečný test a hodnocení. *Shrnutí kapitoly* vám poskytne stručný obsah toho, co jste se naučili. V závěru každé kapitoly naleznete *použitou literaturu a zdroje*, podle kterých si v případě zájmu můžete své poznatky dále rozšířit.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora s názvem: „*FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ*“. *Model Marjory Gordonové pro posuzování stavu zdraví. Standardní model ošetřovatelství* obsahuje celkem tři kapitoly, které se orientují na problematiku systematického posuzování stavu zdraví subjektů: klienta/pacienta, malého dítěte, mladistvého, rodiny a komunity. Z metodologického hlediska je posouzení zdravotního stavu první fází ošetřovatelského procesu. Systémové (vědecké) poznatky v ošetřovatelství v 21. století nabývají charakter mezinárodních standardů. Jedním z těchto standardů je i model Marjory Gordonové s názvem „Funkční typy zdraví“. Tento model zároveň vymezuje pole působnosti ošetřovatelství v systémech zdravotní péče. Struktura „funkční typy zdraví“ zahrnuje celkem jedenáct dílčích typů zdraví (oblastí), podle nichž je možné z holistického hlediska posoudit nejen aktuální stav zdraví klienta, rodiny a komunity, ale i rizika, která mohou jeho zdravotní stav významně zhoršit, pokud nejsou včas odstraněna.

První kapitola je zaměřena na vybrané pojmy související s posuzováním zdravotního stavu a výsledky výzkumných činností M. Gordonové, která je dnes považována za „žijící legendu“ a průkopnicí elektronické ošetřovatelské dokumentace.

Druhá kapitola je zaměřena na obsahové položky jedenácti oblastí „funkčních typů zdraví“ a jejich aplikaci u posuzovaných subjektů.

Třetí kapitola je zaměřena na „dysfunkční typy zdraví“ a ošetřovatelskou diagnostiku zdravotních (ošetřovatelských) problémů. „Dysfunkční typy zdraví“ (vzniklé zdravotní problémy) vyžadují terapeutický zásah ze strany, sestry, lékaře, klienta, rodiny i komunity, protože negativně ovlivňují jeho denní životní aktivity a kvalitu života.

1 ASSESSMENT – OŠETŘOVATELSKÉ POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Tato kapitola se v úvodu zaměřuje na základní terminologii související s posuzováním stavu zdraví klienta/pacienta/rodiny a komunity. V ošetřovatelském procesu jde o první významnou fázi, na niž pak navazují fáze další. Objasněna je příčina vzniku standardního rámce pro posuzování stavu zdraví v ošetřovatelství – potřeba jednotného východiska pro výuku, praxi, management a výzkum. Struktura „funkční typy zdraví“ M. Gordonové vznikla na základě celostního (systémového, holistického) přístupu a výzkumu (poprvé publikována v roce 1974 v USA). Její význam spočívá i v tom, že novodobě jasně vymezuje pole působnosti ošetřovatelství a kompetence sester v systému zdravotní péče. V textu jsou uvedeny i údaje vztahující se k osobnosti Marjory Gordonové a významu její celoživotní vědecké práce pro ošetřovatelství na celém světě.



CÍLE KAPITOLY



Po prostudování této kapitoly budete umět:

- vysvětlit základní terminologii související s posuzováním stavu zdraví klienta/pacienta/rodiny a komunity v rámci první fáze ošetřovatelského procesu
- vysvětlit příčiny vzniku standardní struktury (modelu funkční typy zdraví) posouzení stavu zdraví v ošetřovatelství
- popsat význam vědecké práce M. Gordonové pro ošetřovatelství



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU



Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je 60 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Marjory Gordonová; assessment – posuzování stavu zdraví; standardní struktura/model; funkční typy zdraví; dysfunkční typy zdraví;





PRŮVODCE TEXTEM

Posuzování stavu zdraví klienta/pacienta/dítěte, rodiny a komunity vychází z metaparadigmatu ošetrovatelství – předmětu zkoumání ošetrovatelství, který tvoří koncepty (pojmy): *Člověk – zdraví – prostředí – ošetrovatelská činnost*. Následující text se zaměřuje na vybrané pojmy, které úzce souvisí s posuzováním zdravotního stavu jednotlivých subjektů (klienta/pacienta/dítěte/rodiny/komunity).



(Pojmu zdraví je podrobně věnována druhá kapitola v e-opoře a e-kurzu: Úvod do ošetrovatelství. Posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta představuje 1. fázi ošetrovatelského procesu – metodě ošetrovatelské praxe, které je věnována stejnojmenná e-opora a e-kurz).

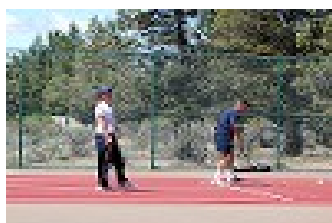
1.1 Vybrané pojmy

Metaparadigma ošetrovatelství (předmět zkoumání):

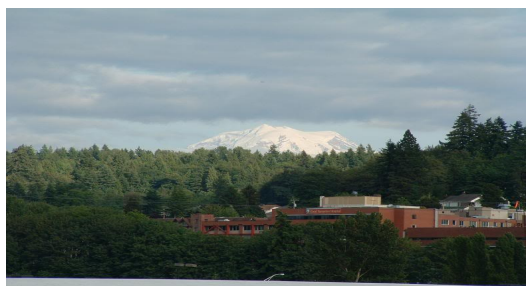
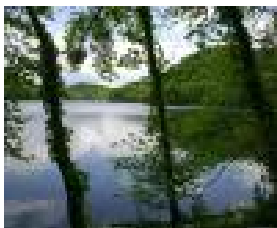
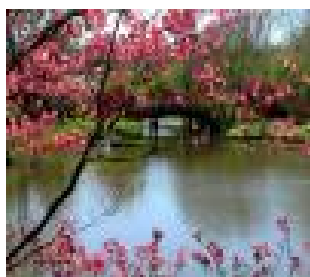
1. Člověk (všech věkových kategorií)



2. Zdraví (jeho kontinuální změny a vývoj v průběhu života)



3. Prostředí (přírodní a společenské, ve kterém člověk žije)



4. Ošetrovatelská činnost (v oblasti primární, sekundární a terciární)



Zdraví – „Znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly“ (*F. Nightingalová*). Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen nepřítomnost choroby nebo slabosti (*WHO, 1948*).

Stav zdraví – zdravotní stav subjektů: klienta/pacienta/rodiny/komunity.

Model zdraví

- *Klinický* – je nejužší interpretací. Chápe zdraví lidí jako fyziologické systémy s příslušnými funkcemi. Bývá také označován jako biomedicínský model zdraví.
- *Adaptační* – vychází z chápání zdraví jako adaptačního procesu. Jedinci se neustále a aktivně adaptují na měnící se prostředí.
- *Socioekologický* – novodobý celostní, systémový model zdraví vyžadující společné úsilí jedince a společnosti, prevence je ekonomicky výhodná.
- *Eudaimonistický* – poskytuje nejkomplexnější pohled na zdraví. Zdraví je stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu, vrozených, jakož i získaných schopností člověka.

Typ zdraví

Stav zdraví vyjadřuje stručně vyjádřeno „bio – psycho – sociální“ integritu člověka. Podle M. Gordonové:

- *Funkční typ zdraví* člověka (rodiny nebo komunity) je obecně odvozen z rovnováhy v interakci člověk – prostředí.
- *Dysfunkční typ zdraví* je charakteristický poruchou zdraví a bio-psycho-sociální rovnováhy lidského organismu. To se většinou projevuje celostními reakcemi člověka (zdravotními/ošetrovatelskými problémy, které jsou standardizovány jako NANDA ošetrovatelské diagnózy).

Zdravotní (ošetrovatelské) problémy

„Dysfunkční typy zdraví“ vyžadují terapeutický zásah na straně nejen zdravotnických profesionálů (lékaře, sestry), ale i samotného klienta, rodiny, přátel nebo komunity. Jinými slovy, pokud se objeví **zdravotní problém**, vyžaduje terapeutický zásah.

Ošetrovatelský screening – základní fyzikální vyšetření a pozorování sestrou.

- **Fyzikální vyšetření** – objektivní údaje (příznaky – vnější projevy) získané pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem, čichem (např. zápach, bledost, pláč, třes, hodnota krevního tlaku, pulsu), srovnáním hodnot s normou (standardem) pomocí nástrojů, škál, analogových stupnic, apod. (např. BMI, hmotnost, mobilita, soběstačnost, aj.)
- **Objektivní pozorování** – součást ošetrovatelského screeningu a fyzikálního vyšetření (to, co vidím, slyším, hmatám, čichám). Zahrnuje sestrou viditelné projevy, změny a měřitelné hodnoty u klienta/pacienta.

Kódy funkční úrovně soběstačnosti 0 – 4

- | |
|---|
| <p>0: Úplná nezávislost - plná soběstačnost a celková mobilita</p> <p>1: Lehká závislost - potřebuje pomocný prostředek (používání pomůcek a zařízení)</p> <p>2: Střední závislost - potřebuje minimální pomoc nebo dohled jiné osoby, pomůcky nebo zařízení</p> <p>3: Těžká závislost - potřebuje pomoc nebo dohled jiné osoby a pomůcky nebo zařízení</p> <p>4: Úplná závislost - úplná nesoběstačnost a celková imobilita např. pacient v bezvědomí, imobilizace, apod.</p> |
|---|

Příznaky – objektivně pozorovatelné vnější projevy (pozoruje, měří sestra, nebo jiná osoba).

Symptomy – vnímá a prožívá klient/pacient (toto pocíťování musíme pacientovi věřit, např. *bolest, svědění, mravenčení, závrať, nauzea, křeč, trnutí, aj.*)

Ošetřovatelská anamnéza – součást ošetřovatelské dokumentace – *formální záznam* získaných informací o zdravotním stavu klienta/pacienta (rodiny/komunity) podle dané struktury ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení.

Ošetřovatelské diagnózy NANDA International – standardní pojmenování ošetřovatelských problémů seřazených do taxonomie: systematické struktury domén a tříd.

Komunita – je společenství živých bytostí, které žijí na určitém geografickém území (prostorově vymezeném). Komunitu charakterizuje zejména sdílená vzájemná interakce, vycházející například ze společných potřeb nebo zájmů (např. obyvatelé žijící v určité části města, obce, vesnice, apod.).

Základní komponenty komunitní ošetřovatelské péče (WHO, 1974):

1. smysl pro odpovědnost
2. péče o ohrožené skupiny
3. klient (jedinec, rodina, skupina, komunita) má být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče v komunitě.

Kazuistika – případ, případová studie (záznam informací týkajících se zdravotního stavu klienta/pacienta podle struktury „funkční typy zdraví“).

1.2 Typy informací a metody jejich získávání

Adekvátní posouzení zdravotního stavu a soběstačnosti klienta, je považováno, za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sester.

1.2.1 Typy informací a údajů

- **subjektivní** – *symptomy* (vnitřní pocity, prožívání a vnímání), udává je a popisuje konkrétní osoba, např. svědění, pocit nepohodlí, bolest, starost, obavy, strach, pocit napětí), představují subjektivní vnímání zdravotního stavu nebo životní situace. Rovněž informace poskytnuté rodinnými příslušníky nebo jinými zdravotnickými pracovníky, pokud se zakládají víc na mínění, než na faktech se považují za subjektivní.

- **objektivní** – **příznaky** (vnější projevy), zjistíme je pozorováním, měřením nebo srovnáním s danou normou nebo standardem., můžeme je vidět, slyšet, hmatat, čichat např. zápach, bledost, pláč, třes, hodnota krevního tlaku, puls, apod.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 1

Zamyslete se nad odlišností pojmů: symptomy a příznaky. Vypište si na list papíru alespoň dva příklady u každého z uvedených pojmů a při dalším studiu se přesvědčete, zda jsou správné.



Získané informace a údaje je nutné zaznamenávat věcně, bez interpretace !

*Např. sestra запиše (objektivní-měřitelné údaje) příjem tekutin: 200 ml čaje, 100 ml mléka, 150 ml ovocné šťávy **nikoli neměřitelný údaj "pije dostatečně"** nebo sestra запиše subjektivní údaj (cituje) pacienta: "Nebudu odkašlávat, protože mě to moc bolí" **nikoli "pacient nespolupracuje"**.*

Riziko interpretace údajů sestrou – mohl by být zkreslen původní význam informace !



SAMOSTATNÝ ÚKOL 1

Z uvedených příznaků a symptomů 1 – 20 označte jejich typ. Přiřaďte správnou odpověď: A subjektivní nebo B objektivní typ informací.

1	svědění	11	tělesné nepohodlí
2	operační rána	12	strach
3	bolest	13	úzkost
4	nauzea	14	hluchota
5	křik	15	neudržování očního kontaktu
6	zvracení	16	shrbené držení těla
7	křeč	17	zápach
8	pálení žáhy	18	rozšířené zornice
9	závrať	19	mravenčení v levé dolní končetině
10	TK 150/90	20	Hematómy (modřiny)

Správné odpovědi naleznete na konci kapitoly.



1.2.2 Metody získávání informací

- **pozorování** – uvědomělá, cílevědomá dovednost sestry.
- **rozhovor a naslouchání**
 - **direktivní forma** rozhovoru je zaměřená na získání specifických informací v limitovaném čase;
 - **nedirektivní forma** rozhovoru se používá k navázání spolupráce s pacientem nebo skupinou pacientů;

Při získávání informací je vhodná kombinace direktivního a nedirektivního rozhovoru důležité je také vhodné místo pro vedení rozhovoru a druhy kladených otázek (otevřené, uzavřené);

- **fyzikální vyšetření** (screening) – shromažďování objektivních údajů (za pomoci různých nástrojů) k doplnění subjektivních údajů a úplnost systematického posouzení zdravotního stavu klienta.

Fyzikální vyšetření je možné provádět různými způsoby např. "od hlavy k patě" nebo podle tělesných systémů. Sestra např. provádí měření fyziologických funkcí, antropometrická měření: výška, hmotnost, stav výživy k věku; objektivní popis chování – držení těla, chůze, oční kontakt, komunikace, řeč, výšku hlasu, apod.

K zjišťování příznaků choroby se pro klienty/pacienty připravují i různé dotazníky např. u mamografického screeningu nebo u systematického tělesného screeningu.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 2

Zamyslete se, jaký je hlavní rozdíl mezi slovy „poslouchání“ a „naslouchání“. Vyhledejte význam těchto slov v literatuře/slovníku a připravte si poznámky pro objasnění na hodinu seminárního cvičení.



SAMOSTATNÝ ÚKOL 2

Doplňte chybějící slova:

1. _____ vyšetření je součástí procesu shromažďování objektivních údajů (za pomoci různých nástrojů) k doplnění subjektivních údajů.

2. _____ forma _____ je zaměřená na získání specifických informací v limitovaném čase.

3. _____ forma _____ se používá k navázání spolupráce s pacientem nebo skupinou pacientů.

4. Získané _____ a _____ je nutné zaznamenávat _____, bez interpretace.



Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na příklady vybraných typů nástrojů, které se v ošetrovatelské praxi používají např. k objektivnímu posuzování schopností pacienta v oblasti sebepeč

a rizik vzniku dekubitů. *Praktické používání hodnotících nástrojů bude probíhat při tvorbě kazuistik v průběhu dalšího studia.*



1.2.3 Vybrané typy nástrojů k objektivnímu posuzování rizik vzniku dekubitů a úrovni soběstačnosti klienta/pacienta

Součástí fyzikálního vyšetření sestrou (ošetřovatelského screeningu) jsou různé pomůcky tzv. **nástroje**, které byly vytvořeny a jsou využívány v různých zdravotnických zařízeních a ošetřovatelských službách k měření a objektivnímu posuzování aktuálního stavu a schopností klienta/pacienta v sebezpečí, např.:

- **Stupnice Nortonové, Knoll, aj.** (pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů)
- **Parkerové tabulka** (pro sledování inkontinence)
- **Gaindův test** (pro odhad zmatenosti)
- **PWC měřítko na bolest** (pro děti, pro dospělé)
- **PWC měřítko na velikost očních zornic**
- **PWC měřítko na velikost malých kožních útvarů a defektů**
- **PWC tabulka na zakreslení velikosti rány** (od firmy Johnson&Johnson)
- **Glasgowská stupnice kómatu**
- **Denní životní aktivity (ADL-Activities of Daily Living)**
- **Svanborgův test soběstačnosti pacienta**
- **Barthelův test základních denních činností**
- **Měřítko úrovně soběstačnosti 0 – 4, aj.**
- **Měření vývoje soběstačnosti aj.**

K získávání informací od klienta/pacienta lze používat i obsahově zaměřené dotazníky, např. pro zjišťování výživové anamnézy, aj.

1.3 Vznik standardního modelu pro posuzování zdraví

Adekvátní systematické ošetřovatelské posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta (rodiny a komunity) je považováno za jednu nejkvalifikovanějších dovedností – kompetencí sestry.

V posledních desetiletích dvacátého století vznikla aktuální potřeba hledání "jednotného – standardního" modelu, který by z hlediska holistické ošetřovatelské péče vyhovoval všem (sestrám v praxi, managementu, učitelům, studentům a výzkumu).

Přestože různost a odlišnost je základní zásadou a právem, na konkrétní úrovni v praxi (z důvodu kvality) musí být určitá jednota – standard. Ale čí teorie a model jsou ty správné?

Při řízení ošetřovatelské praxe je právě určitá jednota/standard velmi důležitý.

Každý klient/pacient si minimálně zaslouží, aby sestra adekvátně posoudila jeho zdravotní stav tak, že na základě systematického postupu vytipuje jeho nejdůležitější aktuální nebo potenciální rizika pro zdraví nebo zdravotní problémy, které je nutné řešit.

Standardní ošetřovatelské posouzení (model, struktura, vodítko) nepředstavuje podrobně standardizovaný interpersonální přístup při posuzování stavu zdraví nebo analýze a syntéze získaných informací. Rovněž neznamená, že by profese měla mít podrobně standardizované pojetí cílů péče a interakcí sestra-pacient.

Standardní (systematické) ošetřovatelské posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta musí obsahovat takovou strukturu modelu, která je sestavena na základě velmi důkladného promyšlení všech souvislostí a důsledků. Navržená standardní struktura modelu musí být průběžně vyhodnocována všude, kde se používá.

Ošetřovatelská profese přebírá odpovědnost za sestavení základů takového modelu, aby mohl být aplikován nejen na zdravého i nemocného člověka, ale i na rodinu a komunitu.

Co umožní ošetřovatelské profesi standardní model ?

1. Jasně vymezené pole působnosti (kompetence a odpovědnost).
2. Bude schváleno její zaměření na tuto standardní strukturu klinického pozorování a posuzování.
3. Pro učitelé, studenty a sestry z praxe bude jasně vymezeno, jak je třeba rozvíjet odborné schopnosti a dovednosti v posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta a ošetřovatelské diagnostice.

Na základě výzkumu v **osmdesátých létech** vznikl v USA takový model, který splňuje kritéria **standardního** modelu. Je to **Model "Funkčních typů zdraví"** jehož autorkou je nyní již emeritní profesorka ošetřovatelství z Boston College v Massachusetts Marjory Gordonová, PhD, RN, FAAN.

V 90. letech se začal i v Evropě tento model akceptovat v různých modifikovaných podobách, jeden z nich pod názvem ENMDS (An European Nursing Minimum Data Set).



PRO ZÁJEMCE 1

Standardizace se v systémech zdravotní péče začala intenzivně vyvíjet od poloviny dvacátého století v souvislosti s hledáním způsobů snižování nákladů a zajištění kvality celkové péče. **Kvalita péče je tedy v současné době definována jako uspokojení potřeb klientů/pacientů.**

Koncepce kvality péče znamená v praxi dodržování stanovených standardů, které představují přijatelný způsob, ve kterém jsou prováděny jak technické, tak i interpersonální aktivi-

ty (každé profese). Aby bylo dosaženo efektivity vložených finančních prostředků a kvality péče je nutné, aby standardizace měla systémový charakter (jasně stanovená koncepce péče o zdraví – zdravotní politika, zákonné normy, stanovené standardy strukturální, procesní a výsledkové, vědecké řízení systému s účinnými kontrolními mechanismy).

"Principy ošetřovatelství" Florence Nightingalové (1820 – 1910) jsou dnes považovány za první standardy péče, které byly vytvořeny.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 3

Co umožňuje ošetřovatelské profesi standardní model ošetřovatelství?

Z uvedených odpovědi a) b) c) d) e) f) vyberte správné odpovědi:

- a) Zrušení norem ve vzdělávání sester.
- b) Vymezení kompetencí a odpovědnosti všeobecných sester (zákonnými normami).
- c) Nestandardní postup při posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta.
- d) Akceptování rámce pro posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta (rodiny, komunity) z hlediska potřeb ošetřovatelské péče.
- e) Získat profesní kvalifikaci.
- f) V oblasti profesního a celoživotního vzdělávání umožňuje nasměrovat rozvoj odborných schopností a dovedností např. na ošetřovatelskou diagnostiku, apod.

Správné odpovědi naleznete na konci kapitoly.

1.3.1 Marjory Gordonová – „žijící legenda“, průkopnice elektronické ošetřovatelské dokumentace



Obrázek 1-1: Marjory Gordonová

Marjory Gordonová, Ph. D, RN, FAAN je nyní emeritní profesorkou Boston University v Massachusetts, USA. Pochází z Clevelandu ve státě Ohio a její rodiče byli skotsko-irského původu.

Své studium v ošetřovatelství zahájila po přestěhování do New Yorku, kde získala diplom a absolvovala bakalářský a magisterský stupeň univerzitního studia. Jako oblast své doktorské práce na Boston College si vybrala pedagogickou psychologii a téma zaměřené na diagnostické posuzování. Navrhla, připravila a získala projekt, který byl financován státním grantem v oblasti diagnostiky ošetřovatelství. Stala se členkou Americké Akademie ošetřovatelství, v roce 1978 obdržela za tvorbu profesionálních standardů ocenění mezinárodní čestné ošetřovatelské organizace Sigma Theta Tau.



PRO ZÁJEMCE 2

Dr. Marjory Gordon is a nursing theorist and professor who created a nursing assessment theory known as Gordon's functional health patterns. She remains the international leader in this area of nursing scholarship. Dr. Gordon served as the first president of the North American Nursing Diagnosis Association. She has been a Fellow of the American Academy of Nursing since 1977 and was named as a Living Legend by the same organization in 2009.

Dr. Gordon is an emeritus professor of nursing at Boston College in Chestnut Hill Massachusetts.

Dr. Gordon is the author of four books, including the *Manual of Nursing Diagnosis*, now in its twelfth edition. Her books appear in ten different languages, in forty-eight countries and six continents.

She has contributed significantly to the development of standardized nursing language. Dr. Gordon's work in this sphere has implications for research, education, evaluation of competency, and the establishment of a core of nursing knowledge based on evidence. This language will also form the basis of the nursing component of the electronic medical record.

Marjory Gordon is an alumna of the Mount Sinai Hospital School of Nursing. She earned her bachelor's and master's degrees from Hunter College of the City University of New York and her PhD from Boston College.



K ZAPAMATOVÁNÍ 1

Marjory Gordonová stála od počátku sedmdesátých let v USA u zrodu aktivit pracovních výborů pro ošetřovatelskou terminologii a diagnostiku (nutných pro vznikající elektronické informační systémy ve zdravotnictví), v roce 1982 se stala první volenou prezidentkou NANDA. Svými publikačními, výukovými a výzkumnými aktivitami významným způsobem přispívala k rozšiřování, ověřování a zavádění ošetřovatelské diagnostiky v ošetřovatelské praxi na celém světě.



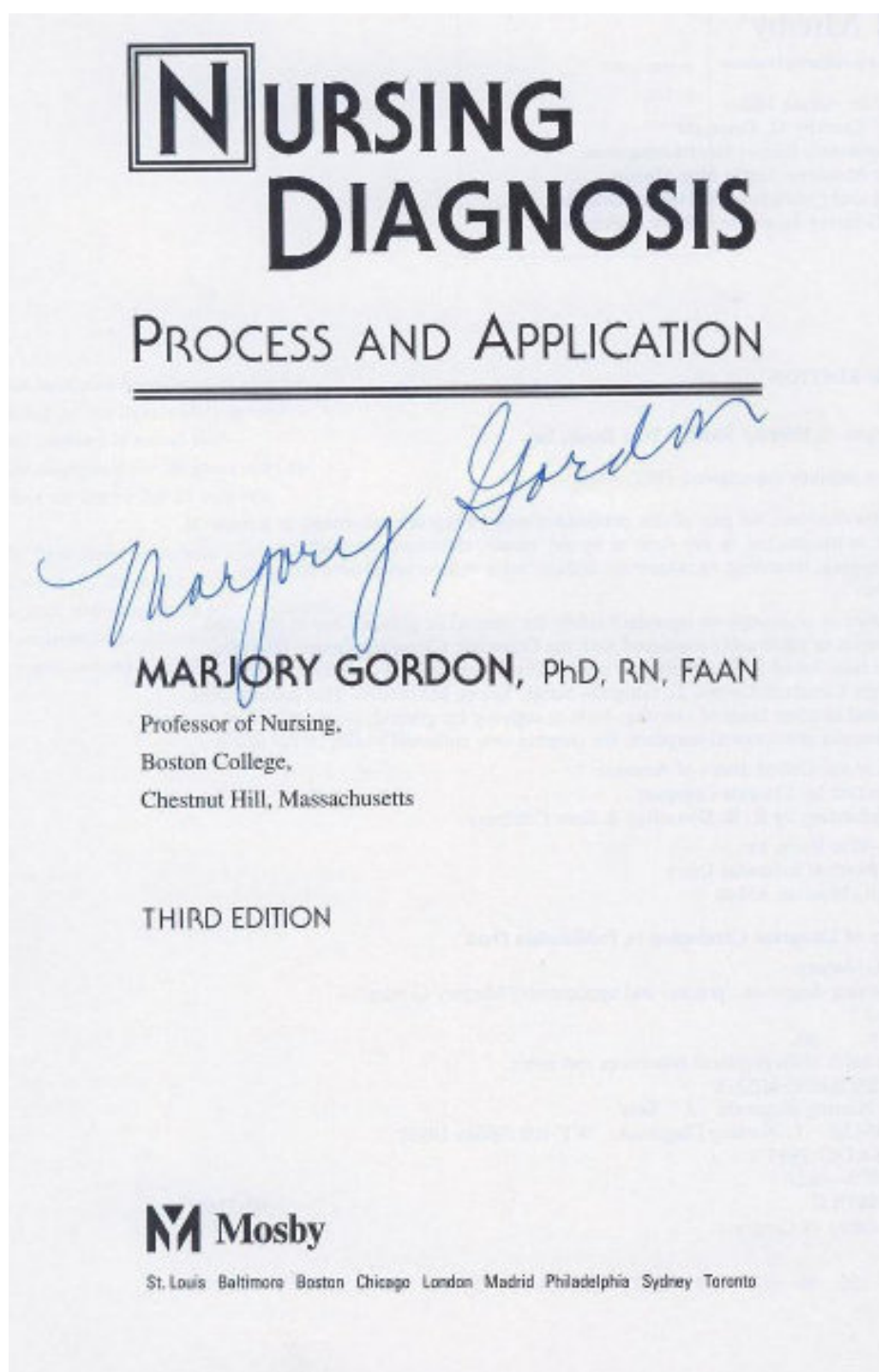
Obrázek 1-2: Osobní setkání Dagmar Mastiliakové s Marjory Gordonovou v Benátkách na konferenci ACENDIO 18. – 21. března 1999 – vyhověla žádosti o autorský podpis své publikace – viz další obrázek níže.

V roce 1974 poprvé publikovala systémovou strukturu pro posuzování zdravotního stavu jednotlivce / rodiny / komunity, kterou tvoří 11 oblastí s názvem: **FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS – FHP** (Funkční typy zdraví).

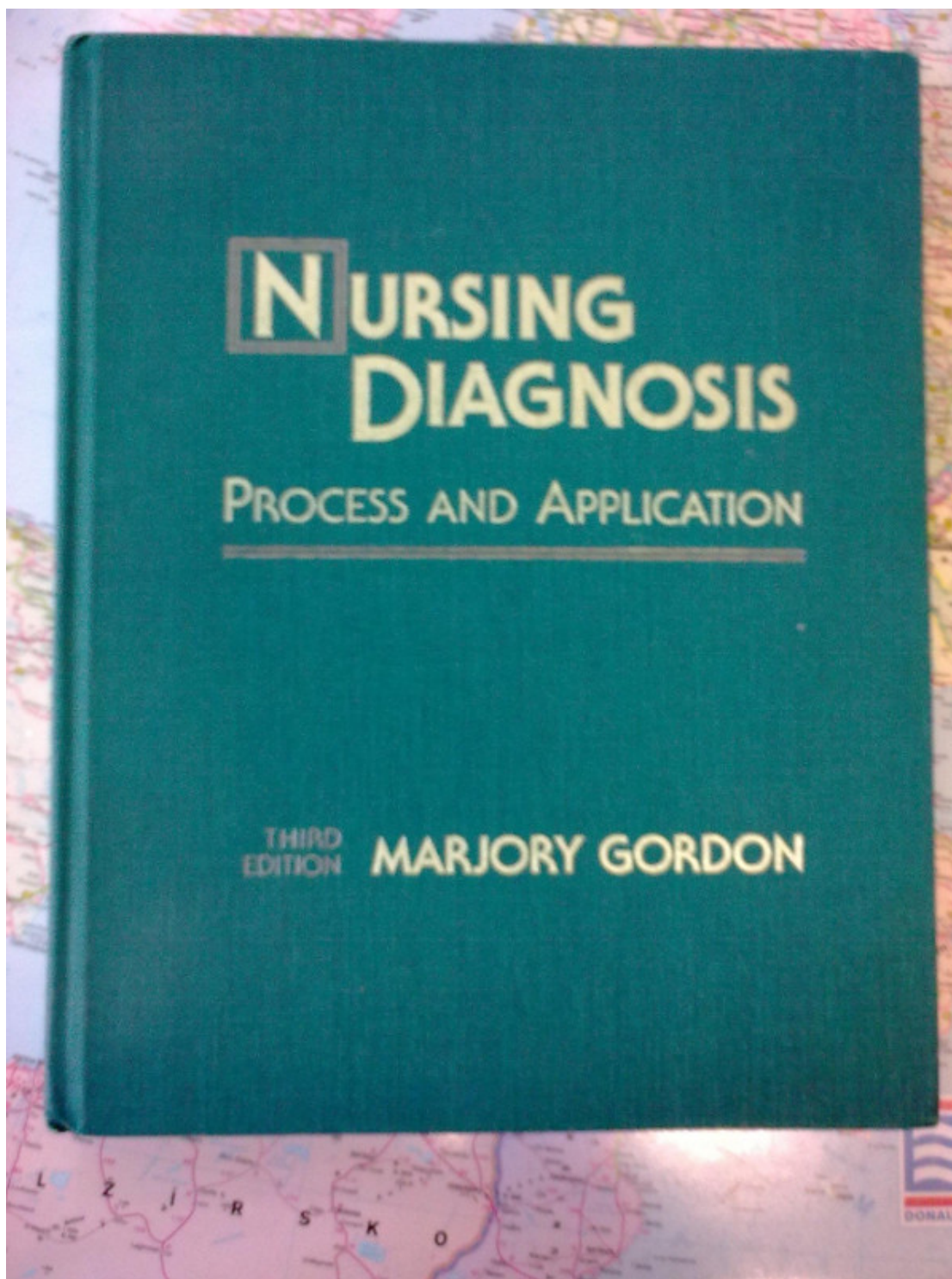
„Funkční typy zdraví“ představují v 11 oblastech určitý způsob chování člověka v průběhu života, který vede k rovnováze, a tím i ke kontinuálnímu celkovému zdraví. Každá oblast zahrnuje varianty chování, které jsou ovlivněny životním stylem jednotlivce / rodiny / komunity.

„S profesorkou Marjory Gordonovou jsem se setkala na třech konferencích ACENDIO: poprvé to bylo v Benátkách v roce 1999, pak ve Vídni v roce 2002, a v Paříži v roce 2003. Každé téma jejího vystoupení bylo originální svým pojetím a prezentací a pro každého přímého účastníka konference se stalo nezapomenutelným. Svou účastí na uvedených konferencích jsem měla vzácnou příležitost se s touto „žijící legendou“ osobně setkat a informovat ji o probíhajících změnách v profesním vzdělávání sester v České republice.“

D. Mastiliaková



Obrázek 1-3: Autorský podpis publikace: GORDON, M. (1994) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3 rd. ed. St. Louis: Mosby., 421 s. ISBN 0-8016-6053-X při osobním setkání Dagmar Mastiliakové s Marjory Gordonovou v Benátkách na konferenci ACENDIO 18. – 21. března 1999



Obrázek 1-4: V této publikaci GORDON, M. (1994) *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3 rd. ed. St. Louis: Mosby., 421 p. ISBN 0-8016-6053-X je mimo jiné charakterizován význam a souvislosti systematického ošetrovatelského posouzení stavu zdraví klienta/pacienta / rodiny a komunity podle struktury „Funkčních typů zdraví“ a ošetrovatelské diagnostiky v případě dysfunkčních typů zdraví.



Obrázek 1-5: Marjory Gordonová vede workshop - Vídeň 2002 - konference ACENDIO, Foto D. Mastiliaková



PRO ZÁJEMCE 3

Marjory GORDON, Ph. D., RN, FAAN – professor emeritus



EDUCATIONAL HISTORY

- Ph. D. – Boston College
- M. S. – Hunter College of the City University of New York
- B. S. – Hunter College of the City University of New York

SELECTED PUBLICATIONS

Articles

- Gordon, M. (1998). Nursing Classification Systems. *Online Journal of Nursing*.
- Gordon, M. (1996). Report of an RNF Study: Diagnostic Criteria for Selected Rehabilitation Nursing Diagnoses. *Rehabilitation Nursing Research*, 5: 1-6.
- Gordon, M. (1995). RNF Project on high frequency-high treatment priority nursing diagnoses in Rehabilitation Nursing, Part I *Rehabilitation Nursing Research*, 4: 3-10.
- Gordon, M. (1995). RNF Project on high frequency-high treatment priority nursing diagnoses in Rehabilitation Nursing, Part II *Rehabilitation Nursing Research*, 5: 38-46.
- Gordon, M. & Murphy, C. M. (1994). Clinical judgment: An integrated model. *Advances in Nursing Science*, 16: 55-70.
- Gordon, M. Functional Health Patterns and Nursing Diagnosis: A Model for Professional Nursing Practice. *Proceedings of the Conference on Professional Nursing Practice*. Groningen, The Netherlands, May, 1994
- Gordon, M. (In Press). Nursing diagnosis and intervention. *Expert Nurse: Special Supplement*. Shorishina Inc. Tokyo.
- Gordon, M. (1995). High frequency-high treatment priority nursing diagnoses in critical care nursing. *Nursing Diagnosis*, 6 (4), 143-154.
- Gordon, M. Functional Health Patterns. *Proceedings of the First European Nursing Diagnosis Conference*. Copenhagen, November 24-27, 1993.
- Gordon, M. (1992). High risk nursing diagnoses in critical care. In Carroll-Johnson, R. (Ed.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: Lippincott.
- Gordon, M. (1990). Toward theory-based diagnostic categories. *Nursing Diagnosis*, 1: 5-11.

Books; Chapters; Other

- Gordon, M. (2010). Manual of nursing diagnoses, 12th edition. St. Louis: Mosby. (Chinese Translation, 1983; 1988; Japanese Translation, 1985; Swedish Translation, 1991, Finnish Translation, 1993), German Translation (1995), Italian Translation, 1993; Dutch Translation, (1996).
- Gordon, M. & Butler-Schmidt, B. (1997). High frequency-high treatment priority nursing diagnoses in home health care nursing. In *Classification of Nurse Diagnoses*. 145-158.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application. 3rd edition, Philadelphia: Mosby. (Chinese Translation, 1983; 1988; Japanese Translation, 1988; French Translation. 1991; Spanish Translation, 1996; Dutch Translation, 1996; German Translation, 1996).
- Gordon, M. (1990). Nursing process and clinical judgment. In G. McFarland & M. D. Thomas. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott, pp. 105-114.

INTERNATIONAL PRESENTATIONS

- 1998 Nursing Diagnosis and Clinical Judgment. Shorinsha Conference, Kyoto and Yokohama, Japan
- 1998 Nursing Diagnosis and Computerized Systems. NEC Corporation Conference, Tokyo, Japan
- 1996 Nursing Diagnosis. European Dialysis and Transplant Nurses Assn., Amsterdam
- 1996 Nursing Diagnosis and Clinical Judgment. University of San Paulo, San Paulo, Brazil
- 1996 Nursing Diagnosis & Education. Neuvo Leon University, Monterray, Mexico
- 1995 Conceptual Framework for Nursing Diagnosis: Functional Health Patterns and Other Nursing Models; Diagnostic Process and Diagnostic Errors: Causes and Prevention; the Practice and Utilization of Nursing Diagnosis in Education and Research. Yokohama, Japan; November, 1995
- 1995 The Universality of Nursing Diagnoses. Japan Society for Nursing Diagnosis, Kyoto, Japan
- 1995 International Development of Nursing Diagnosis. Curtin University, Perth, Australia
- 1994 Functional Health Patterns and Nursing Diagnosis: A Model for Professional Nursing Practice Paper presented at Conference on Professional Nursing Practice. Groningen, The Netherlands
- 1993 High Frequency-High Treatment Priority Nursing Diagnoses in Critical Care and Rehabilitation Nursing Practice: Is There a Common Core in Nursing? Paper presented at the Sigma Theta Tau International Conference, Madrid, Spain
- 1993 Issues and Challenges in Validating and Utilizing Nursing Diagnoses. Paper presented at the 1993 AFEDI Conference. Brussels, Belgium, November 26, 1993 (see articles)
- 1993 Nursing Diagnosis And Intervention. Presented In Tokyo and Kyoto, Japan, September, 1993 (see articles)
- 1993 Nursing diagnosis and diagnostic judgment. Speech at 2 Universities in Japan and Songkla University in Southern Thailand
- 1993 Nursing Diagnosis Workshop for Clinical Directors. 3-days. Minister of Health. Brunei (South Pacific)
- 1993 Keynote Speech. Nursing diagnosis Development. International Conference on Nursing Diagnosis and Intervention. Bangkok, Thailand
- 1993 Nursing diagnosis Development. Paper presented at Conference on Nursing Diagnosis and Intervention. University Hospital, Singapore
- 1993 Nursing Diagnoses in Specialty Practice: Is There A Universal Core of Nursing Paper Presented. International Sigma Theta Tau Research Conference, Madrid
- 1992 Four Lectures-Nursing Diagnosis. Nursing Diagnosis Conference. Universite Libre Europeenne, Paris
- 1992 Nursing Diagnosis and Diagnostic Reasoning. International Conference on

Nursing Diagnosis

- <http://www.bc.edu/schools/son/faculty/Emeritus/gordon.html>



PRO ZÁJEMCE 4



PROFILES IN NURSING: MARJORY GORDON, PIONEER OF THE MEDICAL RECORD

ELIZABETH HANINK, RN, BSN, PHN

AS HOSPITALS MOVE TOWARD ELECTRONIC RECORDS, nurses are probably recognizing that old favorites like “appears to be sleeping” or “breathing comfortably” just don’t cut it anymore. Each patient presents a much more complicated picture, and each requires a more succinct and accurate assessment.

Furthermore, it is increasingly critical to capture and record exactly what the nurse is doing. Acuity measurements depend on it, and so do reimbursements. Today’s medical chart is a whole new animal, because the analysis of data requires the ability to computer code the material. We are talking about something way beyond using green ink to designate the evening shift, red for the night shift and blue for the day shift. Fortunately for our profession, some of us have been thinking hard about these issues for quite some time.

Marjory Gordon is one such nurse. So great is her influence that on her nomination as a “living legend” of the American Academy of Nursing, fellow legend Sister Callista Roy said, “She caught an idea.... She began this work when computers were just starting. And, now this is the basis for [the nursing component of] the electronic medical record.”

Gordon’s interest really started as a fluke. With a concentration on adult medical-surgical nursing, she had aimed to focus her doctoral work on her long-time interest, neurophysiology. But when graduate studies in that field appeared more complex than their actual usefulness, she concentrated instead on cognitive psychology. Her interest in clinical reasoning and judgment led her to attend the first nursing conference on nursing diagnosis sponsored by faculty at St. Louis University. It proved a pivotal event, because out of that meeting in 1972 came, 10 years later, the North American Nursing Diagnosis Association. Gordon served as its first president; in another quirk of fate, she took on a second term when, as she says, “no one else would run for the office.”

NANDA International, with 50 percent of its membership non-North American, has grown over the years. It bases its language of nursing diagnosis not on an alphabetical system, but rather on a classification system organized across several realms. What started out as 25 nursing diagnoses has grown, in time, to 206 over 13 domains. Standardized nursing language has enormous implications for research, education, evaluation of competency and the establishment of a core of nursing knowledge based on evidence.

Gordon has another area of renown, and that is as the theorist behind Functional Health Patterns. This widely used system of nursing assessment, unlike the medical model so familiar in the past, captures the holistic nature of each patient, including the physical, spiritual, emotional and social. It is closely aligned with the NANDA taxonomy.

Gordon has published four books, including the *Manual of Nursing Diagnosis*, in its 12th edition and available in 10 different languages. Her texts are used on “nearly every continent,” she said.

Now Professor Emerita at Boston College, where she spent 23 years on the faculty of the Cornell School of Nursing, she is currently working on a book about clinical reasoning. “It is critical that nurses are taught the thinking skills and cognitive reasoning that can help them translate their observations into clinical judgments.”

Makes sense, doesn't it? As Gordon reminds us, “Knowledge in health care can change over the course of a few years, but cognitive abilities last for a lifetime.”

Elizabeth Hanink, RN, BSN, PHN is a freelance writer with extensive hospital and community-based nursing experience.

<http://jasonaranda.posterous.com/profiles-in-nursing-marjorie-gordon-pioneer-o>



PRO ZÁJEMCE 5

**BOSTON COLLEGE PROFESSOR MARJORY GORDON
NAMED 'Living Legend' by
AMERICAN ACADEMY OF NURSING**

Gordon served on Connell school of nursing faculty for 23 years



Obrázek 1-6: Marjory Gordon (Photo courtesy of Dorothy Jones)

CHESTNUT HILL, MA (12-8-09) – Boston College Connell School of Nursing Professor Emerita Marjory Gordon was named a "Living Legend" by the American Academy of Nursing at its annual meeting in Atlanta last month.

A faculty member in the Connell School for 23 years, Gordon is internationally renowned for her visionary development of the Eleven Functional Health Patterns (FHP), an assessment framework that has provided generations of nurses with a format for patient diagnosis. Her groundbreaking work in clinical reasoning and nursing language development has helped give nurses a voice in patient care outcomes and has led to the adoption of nursing language in the emerging area of electronic medical recordkeeping.

Gordon has published four books, including the *Manual of Nursing Diagnosis*, which is in its 12th edition and has been translated into some 10 languages. Her books can be found in more than 40 countries in every inhabited continent. She has lectured to nurses and educators on nursing diagnosis and FHP in Japan, France, Germany, the United Kingdom, Denmark, the Netherlands, Slovenia, Singapore, Australia, Brazil, and throughout Central America.

The American Academy of Nursing (AAN) serves the public and the nursing profession by advancing health policy and practice through the generation, synthesis and dissemination of nursing knowledge. Its 1500 members, called Fellows, are nursing's most accomplished leaders in education, management, practice and research.

Each year since 1994, the AAN has named select outstanding Fellows as "Living Legends," recognizing them for their extraordinary lifetime achievement.

"This is a tremendous honor," said Gordon, who has been a member of AAN since 1977. "I was so happy that my area of scholarship was being recognized."

Gordon was nominated for the honor by Kay Avant of the University of Texas and her CSON colleagues Professor Sr. Callista Roy and Professor Dorothy Jones.

Sr. Roy, herself an AAN Living Legend, first met Gordon in 1973. She offered this testimonial of Gordon at the awards ceremony: "She began this work [of creating a common nursing language] when computers were just starting. And, now this is the basis for the nursing component of the electronic medical record. I think she's a role model for all us. She is constantly raising the standards and the clarity of nursing diagnosis so as to give nursing a voice and visibility in health care." She called Gordon a "perfect candidate" for the Living Legend award because her work "that started 40 years ago is even more relevant today. Nursing as a discipline is stronger in the U. S. and around the world because of her efforts."

In her letter of recommendation Jones called Gordon's work "timeless." Jones and Gordon were invited to Mexico many times in the 1980s when that country was beginning to implement the FHP assessment framework and nursing diagnosis in clinical practice and education. "At first, the challenges of this endeavor seemed overwhelming. But, with each visit to the school and community sites, faculty and clinical staff gradually began to integrate a nursing framework into their work. [Later that decade] Mexico officially inaugurated the first Mexican Nursing Diagnosis Association," wrote Jones. "Marge is a charismatic leader and a mentor."

Gordon earned bachelor of science and master of science degrees from Hunter College, City University of New York and a doctoral degree from Boston College. **In 1982, she became the first president of NANDA, the North American Nursing Diagnosis Association.**

Gordon is busy at work on her next book which is about clinical judgment. "It is critical that nurses are taught the thinking skills and cognitive reasoning that can help them translate their observations into clinical judgments. Knowledge in health care can change over the course of a few years, but cognitive abilities last for a lifetime."

The AAN Living Legend award is the most recent in a number of honors for Gordon. In 2008, Gordon received the Mentor's Award from NANDA-International. She also is a recipient of the Massachusetts Nurses Association Education Award; Japanese Society for Nursing Diagnosis' Distinguished Service Award, and the Massachusetts Association of Registered Nurses Living Legend Award, among other awards.

http://www.bc.edu/offices/pubaf/archive/news/Gordon_LivingLegend2009_1203.html



SHRnutí KAPITOLY

První kapitola se zaměřuje na základní terminologii související s posuzováním stavu zdraví klienta/pacienta/rodiny a komunity. Objasněna je příčina vzniku standardního rámce pro posuzování stavu zdraví v ošetrovatelství – potřeba jednotného východiska pro výuku, praxi, management a výzkum. Připomíná, že struktura „funkční typy zdraví“ M. Gordonové vznikla na základě celostního (systémového, holistického) přístupu a výzkumu (poprvé publikována v roce 1974 v USA). Charakterizuje její význam – novodobě jasně vymezuje pole působnosti ošetrovatelství a kompetence sester v systému zdravotní péče. V textu jsou zahrnuty i údaje vztahující se k osobnosti Marjory Gordonové a významu její celoživotní vědecké práce pro ošetrovatelství na celém světě.



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 1

A – subjektivní: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19.

B – objektivní: 2, 5, 6, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 20.



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 2

1. Fyzikální...
2. Direktivní... rozhovoru...
3. Nedirektivní... rozhovoru...
4. informace... údaje... věcně...



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 3



b); d); f);



OTÁZKY



1. Co znamená v ošetrovatelství anglické slovo „assessment“:

- a) ošetrovatelský proces
- b) ošetrovatelskou diagnostiku
- c) plánování ošetrovatelské péče
- d) ošetrovatelské posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta/rodiny/komunity (tj. 1. fáze ošetrovatelského procesu)

2. Co rozumíme pod pojmem „stav zdraví“:

- a) definici zdraví podle WHO z roku 1948
- b) zdravotní stav klienta/pacienta/rodiny/komunity
- c) subjektivní informace získané od klienta
- d) objektivní nález fyzikálního vyšetření

3. Co rozumíme pod pojmem „funkční typ zdraví“ (podle M. Gordonové):

- a) plná soběstačnost a mobilita člověka
- b) výkonnost lidského organismu – dobrý fyzický stav
- c) rovnováhu organismu v interakci člověk – prostředí
- d) zjištěné údaje sestrou v 11 oblastech

4. Co rozumíme pod pojmem „dysfunkční typ zdraví“ (podle M. Gordonové):

- a) subjektivní pocit únavy a vyčerpání
- b) poruchu zdraví a bio-psycho-sociální rovnováhy lidského organismu
- c) ošetrovatelskou diagnózu „zanedbání péče o sebe sama“
- d) ošetrovatelský problém v primární péči

5. Jak se projevuje „dysfunkční typ zdraví“ u pacienta:

- a) rizikem poškození organismu
- b) celostními reakcemi lidského organismu (zdravotními/ošetrovatelskými problémy)
- c) rizikem stresového syndromu
- d) situačně sníženou sebeúctou

6. Ošetrovatelské problémy u „dysfunkčních typů zdraví“ jsou standardně vymezené jako:

- a) porucha rovnováhy organismu
- b) zhoršená sociální interace
- c) ošetrovatelské diagnózy NANDA International
- d) nedostatek informací

7. Co rozumíme pod pojmem ošetrovatelská anamnéza:

- a) případová studie
- b) objektivní posouzení soběstačnosti
- c) součást ošetrovatelské dokumentace (formální záznam získaných informací o stavu zdraví klienta/pacienta/rodiny/komunity)
- d) taxonomie – klasifikace

8. Co bylo hlavní příčinou vzniku standardního modelu pro posuzování stavu zdraví klienta/pacienta/rodiny/komunity v ošetrovatelství:

- a) nejednotnost ošetrovatelské dokumentace
- b) rozdílné požadavky ve výuce studentů ošetrovatelství
- c) potřeba jednotného modelu pro všechny zainteresované: sestry v praxi, management zdravotnických zařízení, učitelé ošetrovatelství, studenti a výzkumná činnost
- d) rozvoj teorie v ošetrovatelství

9. Standardní model pro posuzování zdraví „Funkční typy zdraví“ M. Gordonové byl poprvé publikován:

- a) v 60 letech v USA

- b) v roce 1974 v USA
- c) v roce 1971 v USA
- d) v 90 létech v USA

10. Marjory Gordonová známá po celém světě a nazývána „žijící legendou“ je mj. považována za:

- a) v Evropě neznámou Američanku
- b) profesorku ošetřovatelství v důchodu
- c) účastnici mnoha vědeckých konferencí ve světě
- d) průkopnicí elektronické ošetřovatelské dokumentace



POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE



- [1] ACENDIO 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Vienna. ISBN 3-456-83825-5
- [2] ACENDIO 2003 4th European Conference of ACENDIO *Making nursing visible*. Paris ISBN 3-456-83977-4
- [3] GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3.vyd. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1994. p. 421. ISBN 0-8016-6053-X.
- [4] GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*, 11 ed. Jones and Bartlett Publisher: Canada, 2007. ISBN 0-7637-4045-4.
- [5] GRAHAM, N. O.: *Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution*. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1995. ISBN 0-8342-0625-0.
- [6] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2010 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- [7] <http://www.bc.edu/schools/son/faculty/Emeritus/gordon.html>
- [8] <http://jasonaranda.posterous.com/profiles-in-nursing-marjorie-gordon-pioneer-o>
- [9] http://www.bc.edu/offices/pubaf/archive/news/Gordon_LivingLegend2009_1203.html
- [10] http://en.wikipedia.org/wiki/Gordon%27s_functional_health_patterns



ODPOVĚDI



1d); 2b); 3c); 4b); 5b); 6c); 7c); 8c); 9b); 10d);



2 FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ – MODEL M. GORDONOVÉ STRUKTURA PRO POSUZOVÁNÍ STAVU ZDRAVÍ



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola se zaměřuje na obsahové položky v 11-ti oblastech „funkčních typů zdraví“ a jejich praktickou aplikaci při posuzování stavu zdraví subjektů (klienta/pacienta, rodiny i komunity). V úvodní části je charakterizováno pojetí „funkčních“ a „dysfunkčních typů zdraví“ podle M. Gordonové, objasněn je význam termínu „funkční typ“, který reprezentuje integritu a fungování celého lidského organismu. Dále je charakterizován význam systematického posouzení stavu zdraví zahrnující anamnézu a fyzikální vyšetření. Dále je text orientován na vlastní posuzování stavu zdraví u jednotlivých subjektů (klienta/pacienta, kojence, malého dítěte, mladistvého, rodiny a komunity). U každého subjektu jsou podrobně popsány obsahové položky k získávání subjektivních a objektivních informací.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- vysvětlit význam systematické struktury „funkčních typů zdraví“
- charakterizovat položky 11-ti oblastí „funkčních typů zdraví“
- aplikovat strukturu při posuzování stavu zdraví u jednotlivých subjektů



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Celkový doporučený čas k prostudování této kapitoly je 180 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Model Marjory Gordonové „funkční typy zdraví“; „dysfunkční typy zdraví“; ošetrovatelská anamnéza; fyzikální vyšetření; klient/pacient; rodina; komunita.



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text se zaměřuje na úvodní informace a některé souvislosti posuzování zdravotního stavu v ošetrovatelské praxi. Objasňuje např. výhody standardního rámce; význam termínu „funkční typ“, vztah „funkčních typů zdraví“ k věku, vývojové fázi, pohlaví, kultuře a nemoci. Popisuje vlastní posouzení zdravotního stavu, který se skládá z ošetrovatelské

anamnézy a fyzikálního vyšetření. Nemoc a její léčba mění „funkční typy zdraví“ člověka na dysfunkční (zdravotní problémy) – způsobuje změny obvyklého zvládnání situace a tolerance stresu, omezuje pohyblivost, mění metabolismus organismu, vnímání životních hodnot a víru člověka. Nemoc může život člověka přímo ohrožovat.



2.1 „Funkční typy zdraví“ – význam pro ošetrovatelskou praxi

2.1.1 Co představují funkční a dysfunkční typy zdraví podle M. Gordonové

Marjory Gordonová ve svém modelu vychází z toho, *že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením plného lidského potenciálu. Stav zdraví vyjadřuje bio – psycho – sociální (celostní) integritu člověka – porucha v jedné oblasti narušuje rovnováhu a zdraví celého organismu.*

Posouzení typu zdraví umožňuje sestře rozpoznat „funkční“ a „dysfunkční typy zdraví“ jednotlivce/rodiny a komunity. Na základě takto získaných informací pak diagnostikuje aktuální nebo potenciální ošetrovatelské (zdravotní) problémy, na které se pak zaměřuje při poskytování péče.

Zdravotní stav klienta/pacienta může být funkční nebo dysfunkční v každé z 11 oblastí modelu.

Funkční typ zdraví člověka (rodiny nebo komunity) je obecně odvozen z interakce člověk – prostředí.

Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory.

Dysfunkční typ zdraví je charakteristický poruchou rovnováhy a zdraví. To se většinou projevuje celostními reakcemi člověka.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 3



Zamyslete se, jaký je váš životní styl, a zda byste jej označil/a za zdraví podporující a zdraví prospěšné chování.



K posouzení zda-li jde o typ *funkčního* nebo *dysfunkčního zdraví* je nutná adekvátní úroveň znalostí a dovedností sestry zejména v oblasti metod, zaměřených na celostní posuzování

stavu zdraví jak u potenciálně zdravých, tak u nemocných jedinců (rodin / komunit); dále je důležité ovládat adekvátní způsoby komunikace, využívat poznatky z psychologie a používat určité standardní nástroje hodnocení jako např.: výchozí individuální zdravotní stav; normy stanovené pro věkovou skupinu; normy kulturní, společenské, apod.



Základní strukturu modelu M. Gordonové tvoří celkem jedenáct oblastí (typů zdraví), z nichž každá může představovat „funkční“ nebo „dysfunkční“ oblast zdravotního stavu klienta/pacienta/rodiny a komunity.

Sestry poskytují péči nejen nemocným, ale i relativně zdravým jedincům, u nichž by v případě neposkytnutí adekvátní péče (podpory zdraví nebo primární prevence) došlo k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

Struktura/model M. Gordonové splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta/rodiny/komunity v systému primární, sekundární i terciární péče.

Tento model ošetřovatelství nazvaný „Funkční typy zdraví“ vznikl na základě výzkumu a standardizace. Je pojmenován podle vedoucí autorského týmu Američanky Marjory Gordonové. Prošel obdobím testování v různých zemích světa, aby vyhověl požadavkům nejen z oblastí vzdělávání a výzkumu, ale i ošetřovatelské praxe. V současné době je tento model mezinárodně považován za standardní.

Pro sestry v praxi představuje spolehlivý nástroj systémového přístupu při posuzování zdravotního stavu klienta/pacienta/rodiny a komunity, a zároveň jim ponechává široký prostor pro uplatnění individuálních profesních znalostí a dovedností.



K ZAPAMATOVÁNÍ 2



Model Marjory Gordonové – systémová struktura pro získání informací o zdravotním stavu jedince, rodiny a komunity, je složena z 11 oblastí – má název: „**Funkční typy zdraví**“ **FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS – FHP**, poprvé byl publikován roce 1974.

Model M. Gordonové umožňuje sestřám kriticky myslet při poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu. Umožňuje systematicky posoudit rizika pro zdraví a zdravotní stav klienta/pacienta, rodiny a komunity, analyzovat informace, stanovit aktuální a potencionální (ošetrovatelské problémy) NANDA ošetrovatelské diagnózy, naplánovat a realizovat individuální péči.



2.1.2 Výhody standardního rámce pro posuzování zdraví

Tato struktura poskytuje standardní posuzovací rámec pro základní ošetrovatelskou databázi (sestavení ošetrovatelské anamnézy), bez ohledu na věk klienta/pacienta, úroveň péče nebo medicínskou diagnózu.

SAMOSTATNÝ ÚKOL 4



Mezi výhody standardního rámce pro posuzování stavu zdraví (1 – 6) nepatří:

1. Nevyžaduje kontinuální změny při výuce a učení studentů. Aplikace posuzovací struktury je rozšířená jako klinická znalost v zařízeních, kde je poskytována ošetrovatelská péče.
2. Umožňuje přesnou identifikaci klienta/pacienta podle osobních údajů a jejich využití podle potřeby.
3. Zajišťuje holistický přístup v posuzování stavu zdraví v jakémkoli zdravotnickém zařízení (zahrnující ošetrovatelskou péči), v posuzování stavu zdraví jakékoli věkové kategorie a v jakékoli životní situaci. Struktura zahrnuje interakci: *klient-prostředí, věk-vývojová fáze, zdraví-nemoc, kulturu a dynamiku života*.
4. Posuzovací struktura je vodítkem pro získávání informací nejen o zdraví jednotlivce, ale i jeho rodiny nebo života dané komunity, pokud jde o zdravotní problémy a udržování zdraví.
5. Od posouzení stavu zdraví směřuje ke stanovení ošetrovatelských diagnóz (v případě zjištěných rizik pro zdraví nebo dysfunkčního typu zdraví).
6. Umožňuje trvalé uložení osobních dat přístupných veřejnosti na požádání.

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.





Všechny lidské bytosti mají určité „funkční typy zdraví“, které přispívají k jejich zdraví, kvalitě života a uplatnění jedinečného lidského potenciálu.

Na tyto normální „funkční typy zdraví (1-11)“ je zaměřeno ošetřovatelské posouzení (assessment).

Sestra identifikuje funkční typy zdraví (zdroje síly klienta) a dysfunkční typy zdraví (ošetřovatelské diagnózy).



SAMOSTATNÝ ÚKOL 5

Mezi způsoby využívání struktury „funkčních typů zdraví“ nepatří:

1. Jako příloha soukromé korespondence mezi zainteresovanými subjekty.
2. Jako systém klinických znalostí. Kurz pro edukační program.
3. Jako systém pro výběr a sestavení klinické literatury. Příspěvek ke klasifikaci konferenčních příspěvků a přehledu literatury.
4. Jako doklad o provedené činnosti sestry v primární péči.
5. Jako formát pro záznam získaných dat (ošetřovatelskou anamnézu) s návazností na výběr a stanovení ošetřovatelských diagnóz.
6. Jako téma pro klinický výzkum v oblasti typů zdraví.

Správné odpovědi naleznete na konci této kapitoly.





Zdraví, které je definováno v kontextu „funkčních typů zdraví“ je optimální úroveň funkce organismu, která umožňuje jednotlivcům, rodinám nebo komunitám rozvíjet jejich plný potenciál.

Zdraví lze měřit parametry a normami (např. statistickými, kulturními, aj.) v kombinaci se subjektivním vnímáním klienta/pacienta. Ideál zdraví je shodný s individuálním potenciálem a proto umožňuje stav zdraví individualizovat.

2.1.3 Odlišnost používání termínu „funkční typ“ v ošetrovatelství a v medicíně

Termín „funkční“ je používán v různých profesionálních oblastech. Pomáhá brát v úvahu odlišnosti a podobnosti, např.:

1. Ošetrovatelství se tradičně zaměřuje na „způsob života“ (ways of living) a „funkční typy zdraví“ v oblasti podpory zdraví, prevence, pomoci a rehabilitaci.

2. V medicíně se slovo „funkční“ používá k popisu fyziologických procesů (např. respiračních, vylučovacích, srdečních, oběhových nebo mozkových). Diagnostický proces v medicíně se zaměřuje na funkci buněk, orgánů a tělesných systémů, nikoli na integrované fungování organismu jako celku. Funkční stav a porucha funkce se obvykle používají ve vztahu k mobilitě a jiným tělesným parametrům.

Biologické systémy (např. neurologický, respirační, oběhový, aj.) podporují dobrý zdravotní stav klienta/pacienta a poskytují jeden typ informací při posuzování.

V péči o osobu, která není schopna monitorovat vlastní srdeční puls nebo dilataci očních zornic, sestry získávají informace ze dvou důvodů: *porozumět nebo předvídat změny ve „funkčním typu zdraví“ a nahlásit hrozící komplikace nebo zhoršování zdravotního stavu pacienta lékaři v situaci, kdy to klient/pacient není schopen posoudit.* Dysfunkční typ zdraví (ošetrovatelské problémy) jsou důvodem, které vedou sestru k informování lékaře.

Orgány a tělesné systémy jsou na nižší úrovni komplexity, než „funkční typy zdraví“ reprezentující integritu a fungování celého lidského organismu.

Např.: oběhové, respirační a neuromuskulární systémy jsou důležitými faktory v jakékoli schopnosti tělesné aktivity-cvičení. „Funkční typy zdraví“ však znamenají více, než podporující části; Typ zdraví (v oblasti aktivity-cvičení) je manifestace celku.



K ZAPAMATOVÁNÍ 3

Není správné pojmenovat určitý „funkční typ zdraví“ jako „fyziologický“ a ostatní jako „psychosociální“. Každý z 11 „funkčních typů zdraví“ je pojímán holistický (v pojetí bio-psycho-sociálně-spirituálním).



2.1.4 Vztah „funkčních typů zdraví“ a nemoci

Patologické stavy a jejich léčba mění „funkční typy zdraví“ člověka. **Nemoc způsobuje změnu obvyklého způsobu zvládnání situace a tolerance stresu. Klid na lůžku mění způsob vylučování a metabolismu, mění životní hodnoty a víru člověka, jehož život nemoc ohrožuje.**

Např.: Pacient je hospitalizován pro úbytek na váze, časté močení, žízeň, a zvýšenou hladinu krevního cukru. Lékař potvrdil diagnózu diabetes mellitus. Sestry potvrdí, že u pacienta s poprvé diagnostikovaným diabetem je sekundární dopad tohoto onemocnění v jeho životě velmi široký.

Patologický stav, jeho léčba, reakce rodiny a dlouhodobé zvládnání tohoto stavu ovlivní „funkční typy zdraví“ daného klienta/pacienta. Kromě toho porucha „funkčních typů zdraví“ sekundárně k chorobě (dysfunkčnímu typu zdraví) se může objevit i v situaci, kdy nejsou žádné klinické projevy choroby. Klient/pacient může být po medicínské stránce zdrav, ale stále potřebuje ošetrovatelskou péči.

Nevyřešené „dysfunkční typy zdraví“ (u rizik pro zdraví nebo daného chorobného stavu) zvyšuje vnímavost k různým chorobám, stresorům a působení mikroorganismů.

Např. každý člověk dnes už ví, že ho životní styl předurčuje ke vzniku např. kardiovaskulárních onemocnění. Lidé jsou vyzýváni, aby se pohybovali nebo běhali (aktivita-cvičení), snižovali tělesnou hmotnost (výživa – metabolismus), přestali kouřit, snížili hmotnost,

podstupovali pravidelné preventivní prohlídky (vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví), učit se zvládat stres (plnění rolí – mezilidské vztahy), stanovení priorit (víra – životní hodnoty).

Mnoho lidí potřebuje pomoc při udržování stavu produktivního zdraví. **Sestry přejímají odpovědnost za podporu a udržování zdraví. Systematická a včasná identifikace a léčba aktuálních a potenciálních ošetrovatelských problémů (při dysfunkčních typech zdraví) představují pozitivní dopad na zdraví populace.**



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 4



Zamyslete se, k jakým symptomům a příznakům „dysfunkčních typů zdraví“ povede u kuřáka vykouření 20 cigaret denně.



2.1.5 Význam interakce klienta/pacienta a prostředí

Interakce mezi klientem/pacientem a prostředím (přírodním a společenským) je velmi významná. Ovlivňuje a rozvíjí všech 11 oblastí „funkčních typů zdraví“.

Např.: v oblastech plnění rolí-mezilidské vztahy a sebepojetí-sebeúcta jsou ovlivněny prostředím, lidmi a kulturou. Tento vliv začíná začíná narozením, učením se danému jazyku a nonverbálnímu chování. Přijímání a poskytování emocionální podpory je dalším příkladem interakce klienta a prostředí. V tomto případě tato interakce ovlivňuje stres a jeho zvládání. Zemědělská úroda, doplňky stravy a teplota prostředí ovlivňují výživu a metabolismus člověka. Lidské výrobní aktivity poškozují přirozené prostředí produkcí znečišťujících látek. Interakce klient–prostředí tvoří nedílnou součást získávaných informací v každé oblasti „funkčních typů zdraví“.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 5

Zamyslete se, kdo Vám ve vašem okolí nejvíce poskytuje potřebnou emocionální oporu v každodenním životě.



2.1.6 Vztah věku a vývojových fází při posuzování stavu zdraví

Sestry se zaměřují na vývojové fáze lidského života: v dětství, dospělosti, v rodině a komunitě. Růst a vývoj se odrážejí v každé oblasti „funkčních typů zdraví“.

Např. změny způsobu vylučování zejména v oblasti volní kontroly. Zrání směrem k normě v dospělosti se projevuje v oblastech: plnění rolí – mezilidské vztahy, vnímání – poznávání, a dalších s postupem času.

Všechny oblasti „funkčních typů zdraví“ jsou vždy posuzovány s ohledem na věk a vývojové normy, např. 8 stádií psychosociálního rozvoje osobnosti E. H. Eriksona.



2.1.7 Vztah „funkčních typů zdraví“ a kultury

Kultura představuje důležitý společensko-přírodní vliv na „funkční typy zdraví“ každého jednotlivce. Podobně jako věk a vývoj, je zdravotní stav produktem prostředí a kultury. Většinou normy kulturní, vývojové a pohlaví bývají důležité pro porozumění typům zdraví člověka. V poslední době se zvyšuje pozornost věnovaná kulturní diverzitě (rasa, kultura, kulturní dědictví nebo sexuální orientace). Za kompetentní péči je považována taková péče, která je kulturně senzitivní. Znalosti kulturních norem, hodnot, komunikace, vnímání času jsou nutné jako základ klinického modelu kompetentní péče.

Např. diagnóza obezity v americké kultuře znamená: (1) společenské odsouzení pro ztrátu sebekontroly a nedostatek schopnosti; (2) hanbu být obézní (pomalost, ošklivý vzhled) pro dítě ve sportovní třídě; (3) rozpaky při udávání velikosti při nákupu oblečení; (4) nízký společenský status nebo třída; (5) označení tzv. hlídačů hmotnosti.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 6



Zamyslete se, zda jste získal/a zkušenost se způsobem života a aktivitami v péči o zdraví, u některé z kulturních menšin ve svém okolí, např. romského etnika.

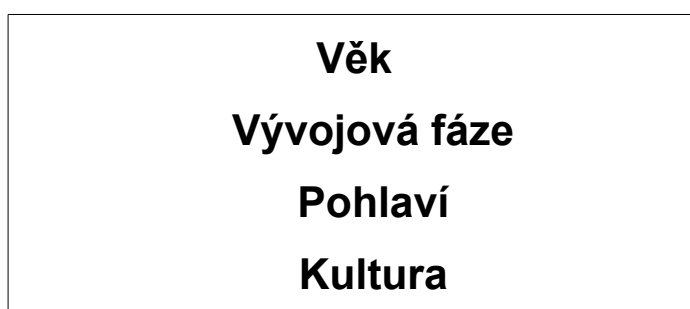


2.1.8 Posuzování zdravotního stavu v ošetrovatelské praxi

Ošetrovatelská profese je kompetentní v posuzování stavu zdraví populace podle 11 „funkčních typů zdraví“. Poznatky o této struktuře jsou nedílnou součástí odborné literatury v ošetrovatelství a studenti ošetrovatelství je získávají v profesně orientovaných studijních programech.

Čím více zdravotních rizik a problémů má klient/pacient, tím více času sestra potřebuje pro posouzení „dysfunkčního typu zdraví“.

„Funkční typy zdraví“ – stav zdraví (zdravotní stav) je produktem interakce člověka – prostředí. Důležité faktory, které je nutné brát v úvahu jsou vždy:



Choroba nebo mentální onemocnění se nemusí vždy plně projevovat, proto existují i různé typy ovlivňujících faktorů. Jednou z důležitých součástí posuzování stavu zdraví je fyzikální vyšetření (objektivní příznaky). Závisí na rozhodnutí sestry, které příznaky by měly být vyšetřeny podrobněji u dané choroby nebo mentálního onemocnění.

„Funkční typy zdraví“ usnadňují sestře i etické rozhodování.

Např. informace získané v oblasti vnímání – poznávání jsou užitečné pro vymezení potřeby náhrady rozhodování klienta/pacienta. Sestra zjistila, že pacient nechápe význam svého rozhodování. Zjištěné informace z oblasti víra – životní hodnoty mohou být použity při vymezení klientova přání týkajícího se jeho života a zachraňujících léčebných postupů.

„Funkční“ přístup pomáhá při vymezování schopnosti rozhodování klienta/pacienta.



K ZAPAMATOVÁNÍ 4

Pro posouzení „funkční schopnosti“ pro rozhodování klienta/pacienta byly navrženy čtyři testy:

1. Důkaz výběru nebo volby možností.
2. Porozumění sporným bodům (věcná, důležitá východiska).
3. Způsob zpracování informací (manipulace, zacházení).

4. Porozumění situaci (odhad, vyhodnocení, uvědomění si důsledků rozhodnutí).

Posouzení podle „funkčních typů zdraví“ poskytuje klinická data pro každý z těchto testů. Toto posouzení usnadňuje i posun od zjištěných dat a informací k ošetrovatelské diagnostice.



2.1.9 Význam prvního systematického posouzení zdravotního stavu

Počáteční (přijímací) posouzení zdravotního stavu představuje databázi informací:

- (1) anamnézu (minulost a současnost)
- (2) výchozí stav (základní kritéria), podle nichž se budou porovnávat budoucí změny stavu zdraví.

Posouzení zdravotního stavu podle „funkčních typů zdraví“ se skládá z:

- 1. ošetrovatelské anamnézy (rozhovor)**
- 2. fyzikálního vyšetření (a pozorování)**

Začíná rozhovorem s klientem/pacientem (nebo jinými osobami) doprovázené pozorováním, pak následují fyzikální vyšetřovací postupy. Úplné celkové posouzení je nezbytné.

Pokud je pacient v kritickém stavu (existuje fyziologická nebo psychologická nestabilita), je dovoleno provést na počátku jen velmi krátké a stručné posouzení.

Získané informace při přijetí klienta/pacienta umožňují sestře systematický popis 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ včetně vnímání a objasňování jakýchkoli jeho problémů. Vysvětlení pacienta např. jeho zvláštního chování nebo prožívání situace je velmi důležité. Může doplnit chybějící informace a pomoci správné diagnostice ošetrovatelských problémů.

- **v zařízeních primární péče (ambulantní péče)** může být integrováno posouzení stavu podle „funkčních typů zdraví“ s biomedicínským posuzováním. V těchto zařízeních anamnéza a fyzikální vyšetření zahrnuje:

(1) zjištění „dysfunkčního typu zdraví“ (včetně choroby, kterou léčí lékař podle protokolu)

(2) identifikace životního stylu a zdraví podporujícího chování

- **v domácí péči** je prováděno kompletní posouzení rodiny při první návštěvě.
- **v komunitě** – komunitní sestra, která odpovídá za program plánování péče o zdraví provádí posouzení komunity a jiných problémů, které ovlivňují zdraví skupin v dané komunitě. *Např. v anamnéze může popsat způsob stravování starší populace v komunitě; likvidaci nebezpečných odpadů v této geografické oblasti, jak lidé vnímají svou komunitu, pracovní příležitosti, zaměstnanost, politické a rekreační aktivity. Vyšetření komunity může zahrnovat pozorování lidí na rušných ulicích nebo v autobusech, pozorování vybavenosti a zdrojů. (Místní kadeřník/holič nebo výčepník/barman jsou zdroji informací o prospívání komunity).*

Při posuzování komunity je nutné provádět rozhovor s vybranými (např. vysoce rizikovými) rodinami, pokud jde o určité riziko pro zdraví obyvatel.



- **Tělesné charakteristiky:** chůze a mobilita, integrita kůže, puls, rozsah pohybu

v kloubech lze pozorovat. Při rozhovoru s klientem sestra vnímá řeč pacienta (výšku hlasu, rychlost, a kvalitu) a interakci s jinými lidmi (vztah rodič-dítě nebo mezilidské vztahy).

- **Posouzení rodiny v domácím prostředí** umožňuje sestře pozorovat životní podmínky, ve kterých rodina žije a případná rizika pro její bezpečí v okolí nebo sousedství. Získávání informací podle jednotlivých položek v 11 oblastech „funkčních typů zdraví“ pomáhá sestře provádět systematické posuzování.



PRO ZÁJEMCE 6



Gordon's Functional Health Patterns

Marjory Gordon proposed functional health patterns as a guide for establishing a comprehensive nursing data base. These 11 categories make possible a systematic and standardized approach to data collection, and enable the nurse to determine the following aspects of health and human function:

1. Health-Perception – Health-Management Pattern. Assessment and data collection is focused on the person's perceived level of health and well-being, and on practices for maintaining health. Habits that may be detrimental to health are also evaluated, including smoking and alcohol or drug use. Actual or potential problems related to safety and health management may be identified as well as needs for modifications in the home or needs for continued care in the home.

2. Nutritional – Metabolic Pattern. Assessment is focused on the pattern of food and fluid consumption relative to metabolic need. The adequacy of local nutrient supplies is evaluated. Actual or potential problems related to fluid balance, tissue integrity, and host defenses may be identified as well as problems with the gastrointestinal system.

3. Elimination Pattern. Assessment and data collection is focused on excretory patterns (bowel, bladder, skin). Excretory problems such as incontinence, constipation, diarrhea, and urinary retention may be identified.

4. Activity – Exercise Pattern. Assessment is focused on the activities of daily living requiring energy expenditure, including self-care activities, exercise, and leisure activities. The status of major body systems involved with activity and exercise is evaluated, including the respiratory, cardiovascular, and musculoskeletal systems.

5. Sleep – Rest Pattern. Assessment is focused on the person's sleep, rest, and relaxation practices. Dysfunctional sleep patterns, fatigue, and responses to sleep deprivation may be identified.

6. Cognitive – Perceptual Pattern. Assessment is focused on the ability to comprehend and use information and on the sensory functions. Data pertaining to neurologic functions are collected to aid this process. Sensory experiences such as pain and altered sensory input may be identified and further evaluated.

7. Self-Perception – Self – Concept Pattern. Assessment is focused on the person's attitudes toward self, including identity, body image, and sense of self-worth. The person's level of self-esteem and response to threats to his or her self-concept may be identified.

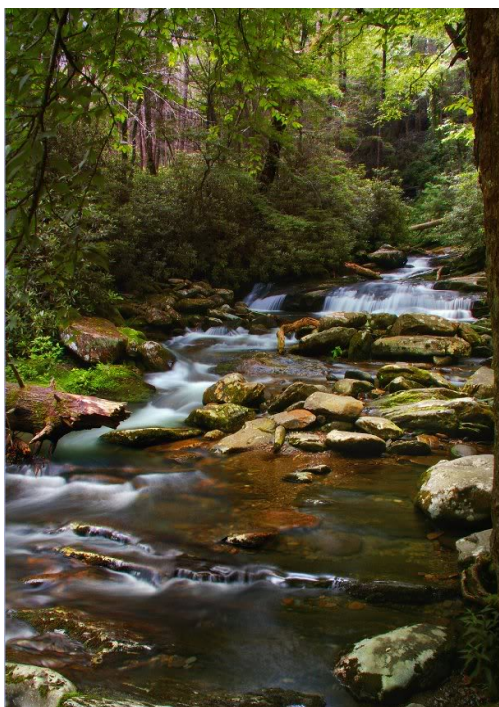
8. Role – Relationship Pattern. Assessment is focused on the person's roles in the world and relationships with others. Satisfaction with roles, role strain, or dysfunctional relationships may be further evaluated.

9. Sexuality – Reproductive Pattern. Assessment is focused on the person's satisfaction or dissatisfaction with sexuality patterns and reproductive functions. Concerns with sexuality may be identified.

10. Coping – Stress -Tolerance Pattern. Assessment is focused on the person's perception of stress and on his or her coping strategies. Support systems are evaluated, and symptoms of stress are noted. The effectiveness of a person's coping strategies in terms of stress tolerance may be further evaluated.

11. Value – Belief Pattern. Assessment is focused on the person's values and beliefs (including spiritual beliefs), or on the goals that guide his or her choices or decisions.





2.2 Posuzování zdravotního stavu – dospělého KLIENTA / PACIENTA

PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na aplikaci 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ při posuzování stavu zdraví dospělého klienta/pacienta. V každé z těchto oblastí jsou uvedeny základní obsahové položky, podle nichž sestra získává subjektivní a objektivní informace. Používá metody jako je: rozhovor, naslouchání, pozorování, fyzikální vyšetření a vybrané nástroje, škály, normy a pomůcky.



11 oblastí „Funkčních typů zdraví“ představuje zdraví a pohodu, jsou základním předpokladem pro kontinuální rozvoj lidského potenciálu a jsou životní silou, která je mobilizována v případě, že se objeví zdravotní problémy.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Health-Perception – Health-Management Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje např. to, jak klient/pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Zahrnuje vnímání individuálního zdravot-

ního stavu, jeho důležitost ve vztahu k současným životním aktivitám a plánům do budoucna. Obsahuje také informace o tom, jak si klient/pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaká je úroveň jeho celkové péče o zdraví např. dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení a následné péče v případě nemoci.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Subjektivní vnímání zdravotního stavu, úroveň dosavadního zdraví, alergie.
2. Prodělaná nachlazení v posledním roce.
Pokud je to vhodné: Absence v zaměstnání nebo ve škole.
3. Aktivity pro udržení zdraví, návyky, ev. alternativní nebo lidové léčitelské postupy, např. užívání přírodních léčivých prostředků, kdy a co naposled. Kouření, užívání léků, drog, alkoholu.
U žen: Ovládání techniky a provádění samovyšetřování prsou.
4. Úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě.
5. Problémy v minulosti se způsobem a dodržováním doporučení lékařů a sester ?
6. **Pokud je to vhodné:** Co způsobilo chorobu. Co bylo uděláno při objevení prvních příznaků, s jakým dopadem.
7. **Pokud je to vhodné:** Co bude potřeba zařídit pro klidnou dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení. Jak můžeme pomoci.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Celkový vzhled a chování (zdravý, nemocný)



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 7

Přečtěte si pozorně všechny výše uvedené položky v oblasti 1 a zamyslete se, které jsou zaměřeny na potenciálně zdravého člověka, a které na člověka nemocného.





2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

Nutritional – metabolic pattern

Tato oblast popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Dále různé typy projevů, které svědčí o způsobu místního zásobení výživnými látkami. Zahrnuje individuální způsob stravování a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů. U malých dětí pak kojení a způsob krmení kojence. Dále zde patří hodnocení stavu kůže, kožních defektů, poranění a celková schopnost hojení ran, která souvisí s imunitním systémem. Patří zde také stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Typický denní příjem stravy (přídavky, přílohy, vitamíny, doplňky stravy) popsat.
2. Typický denní příjem tekutin, celkové množství, popsat.
3. Hmotnost (váha) v posledním období, je pozorován úbytek nebo zvýšení hmotnosti.
4. Chuť k jídlu, změny. Kojení, krmení kojence.
5. Příjem potravy, polykání, potíže při jídle nebo dietní omezení.
6. Popsat stav kůže, suchá, vlhká, poranění, kožní defekty apod.
7. Hojení drobných poranění, dobře/hůře.
8. Problémy se zuby, náhradní chrup. Návštěvy zubního lékaře. Kdy byla poslední kontrola.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Kůže: kostní výběžky, léze, změna barvy, vlhkost.
- b) Stav dutiny ústní (slizniční membrány), barva, vlhkost, léze
- c) Zuby, celkový vzhled, udržování, zubní náhrady, dutiny, chybějící zuby
- d) Aktuální výška, hmotnost.
- e) Tělesná teplota.
- f) Intravenózní (vstupy) kanyla, i.v. výživa (specifikovat)



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 8

Zamyslete se nad výše uvedenými položkami v oblasti 2 a přemýšlejte o jejich integraci (vztah výživy-metabolismu-imunitního systému).



3. VYLUČOVÁNÍ

Elimination Pattern

Posouzení v této oblasti obsahuje informace o způsobu vylučování (tlustého střeva, močového měchýře a kůže). Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu při vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a kvalita exkretů. Eventuálně postupy používané k řízení vylučování.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Způsob vyprazdňování stolice/střeva: frekvence, charakter, potíže, stomie, regulace, užívání laxancií.
2. Způsob vylučování moče: frekvence, charakter, potíže, regulace.
3. Nadměrné pocení, ev. problém se zápachem.
4. Výtok z tělesných dutin, drény, odsávání, aj. (specifikovat).

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) **Pokud je to indikováno:** vyšetřit exkrementy (stolici, moč), výtok, barvu, konzistenci.



4. AKTIVITA - CVIČENÍ

Activity – Exercise Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci. Zahrnuje základní denní životní aktivity (sebepečí, soběstačnost), které vyžadují vynaložení energie a úsilí jako je např. hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti, atd. Obsahuje také všechny typy cviků jejich kvantitu i kvalitu, včetně sportů, které jsou typické pro jednotlivce. Faktory, které jednotlivci brání v provozování aktivit např. dušnost, bolest, angina pectoris, neuromuskulární poruchy, svalové křeče při námaze, onemocnění srdce nebo plicními chorobami atd. Patří zde i způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává. Zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Vnímání životní síly a energie (stav oběhového a dechového systému dušnost, pocit slabosti, malátnost, závrať), apod.
2. Typ a pravidelnost cvičení, sport.
3. Volný čas, aktivity ve volném čase, hry.
4. Vnímání schopnosti: Úroveň sebepečí a soběstačnosti - **vychází ze schopnosti celkového pohybu/pohybu na lůžku:**

KÓDY funkční úrovně soběstačnosti 0 – 4 (viz fyzikální – objektivní screeningové vyšetření sestrou):

0: Úplná nezávislost (*plná soběstačnost*)

1: Lehká závislost (*potřebuje pomocný prostředek (používání pomůcek a*

zařízení)

2: Střední závislost - *potřebuje minimální pomoc nebo dohled jiné osoby, pomůcky nebo zařízení*

3: Těžká závislost - *potřebuje pomoc nebo dohled jiné osoby a pomůcky nebo zařízení*

4: Úplná závislost – *úplná nesoběstačnost např. pacient v bezvědomí, celková imobilita.*

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Demonstruje: schopnost najíst se, umýt se, vykoupat se, obléci se a upravit se, dojít si na toaletu; v domácím prostředí: schopnost nakoupit si, uvařit si, a uklidit si domácnost; aj
- b) Chůze, držení těla, chybní tělesných částí (specifikovat).
- c) Rozsah pohybu (v kloubech), svalová síla.
- d) Sevření ruky do pěsti, může zvednout tužku (jemná motorika, např. zapnout si knoflíky, udržet lžici, učesat se, utrhnout toaletní papír))
- e) Puls (jakost, pravidelnost, hmatatelnost)
- f) Dýchání (počet, hloubka).
- g) Krevní tlak.
- h) Celkový vzhled (úprava zevnějšku, hygiena, úroveň životní energie).



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 9



Zamyslete se, jaký význam má schopnost celkového pohybu (a udržování pohybové kondi-
ce) pro každodenní život člověka. Zkuste si vzpomenout, zda jste sám/sama prožila situaci,
kdy jste byl/a pohybově omezená a na pocity omezení s tím spojené.



5. SPÁNEK - ODPOČINEK

Sleep – Rest Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Trvání doby
spánku během 24 hod (noc, den). Zahrnuje individuální vnímání kvantity a kvality spánku
a odpočinku a také vnímání životní energie k denním životním aktivitám získané odpo-
činkem. Ptáme se také na způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, ob-
vyklé činnosti před spaním, eventuálně užívání medikamentů na spaní.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Vnímání pocitu odpočinku a připravenosti pro denní životní aktivity (po odpo-
činku).
2. Problémy se spaním: začátek, časné probuzení, přerušovaný spánek,
převrácení doby spánku, apod.
3. Období / fáze odpočinku – relaxace

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) *Pokud je to možné:* Pozorování typu spánku.

Klient, jehož spánek se jeví jako normální, ale udává spánkovou deprivaci nebude mít
dostatečně hluboký spánek.



6. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

Cognitive – Perceptual Pattern

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří zde přiměřenost smyslového vnímání jako je např. sluch, zrak, chuť, čich, hmat a používání kompenzačních pomůcek nebo protéz. Úroveň vědomí, mentálních funkcí, orientace místem, časem, osobou. Zjištění zda jednotlivec netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena. Dále zde patří i zhodnocení poznávacích (kognitivních) schopností jako je např. schopnost učení, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování, schopnost komunikace, atd. Důležité je zjistit do jaké míry je klient informován a poučen o svém zdravotním stavu, a co ještě potřebuje vědět.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Sluch, potíže se sluchem, užívání sluchadla nebo jiných kompenzačních pomůcek.
2. Zrak, potíže se zrakem, brýle, poslední změna, poslední oční kontrola.
3. Mentální stav a úroveň vědomí: jakákoli změna koncentrace, paměti (zapamatování a výbavnost informací nebo výpadky paměti).
4. Rozhodování, snadné/obtížné, pocit nejistoty.
5. Nejsnadnější způsob učení se, potíže s učením.
6. Informace o svém zdravotním stavu, poučen, chybí další informace.
7. Vnímání bolesti (chronické/aktuální), ne/ano – údaj z analogové škály - intenzita, lokalizace, charakter bolesti.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Orientace místem, časem, osobou
- b) Slyší šepot
- c) Přečte novinové písmo

- d) Rozumí myšlenkám, otázkám (abstrakcím)
- e) Jazyk, jakým komunikuje
- f) Úroveň slovní zásoby
- g) Rozsah pozornosti



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 10



Zamyslete se nad výše uvedenými položkami v oblasti 6. (vnímání – poznávání) a odpovězte si na otázku: Jak poznám, že pacient je dezorientován místem, časem, osobou? Příznaky dezorientace pacienta vypište na list papíru a přemýšlejte, co všechno může dezorientaci způsobit.



7. SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

Self-Perception – Self – Concept Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje emocionální ladění a vnímání sebe sama (tělesný vzhled). Zahrnuje individuální názor na sebe např. na vnímání svých schopností, zálib, talentu (v oblasti tělesné, citové, poznávací), celkového vzhledu, vlastní identity (tožnosti), celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce. Zahrnuje objektivní pozorování způsobu neverbálních projevů klienta jako je držení těla, způsob pohybu a chůze, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Celkové emocionální ladění (pozitivní, negativní), vnímání sebe sama (dobře, ne nejlépe),
2. Změny tělesného vzhledu a schopností, vlastní hodnocení zručnosti, obratnosti, talentu a dispozic.
3. Věci, které rozčilují, nudí, straší, vyvolávají úzkost, depresi. Neschopnost je kont-

- rolovat. Co pomáhá nebo poskytuje úlevu.
4. Objevuje se někdy pocit ztráty naděje ?

I. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Udržuje oční kontakt. Rozsah pozornosti, neschopnost se koncentrovat.
- b) Hlasitost řeči. Držení těla,
- c) Nervozita (5) nebo uvolněnost (1) rozsah (1-5).
- d) Asertivita (5) nebo pasivita (1) rozsah (1-5).
- e) Vnímání sebe sama, celkové emocionální ladění, identita (nonverbální chování).

Vnímání sebe sama u klienta může sestra objektivně posoudit získáním informací o (1) *vnímání vlastní hodnoty a identity klienta*; (2) *o stavu jeho celkové emocionality*. Pozorování během rozhovoru je zaměřeno na jeho nonverbální chování ve vztahu k sebeúctě a sebezpojetí (držení těla, celkový pohyb, oční kontakt, výšku hlasu, rychlost řeči). Pokud je u klienta problém s identitou, změnou tělesného vzhledu, snížením sebeúcty, pocitem bezmoci, situační depresí, a strachem je nutné jim věnovat pozornost.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 11

Zamyslete se, jak v danou chvíli vnímáte sebe sama (pozitivně nebo negativně) – jaké je vaše aktuální emocionální ladění?



8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

Role – Relationship Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti. Rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci. Soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti (trestná činnost), plnění povinností ve vztahu k rolím.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Žije sám /s rodinou, struktura rodiny.
2. Rodinné problémy např. zakládání nové rodiny, přírůstek do rodiny, alkoholismus, apod. Způsob řešení rodinných problémů.
3. Závazky, nutnost starat se o rodinné příslušníky nebo potřeby rodiny, způsoby zvládnutím souvisejících problémů.
4. Reakce rodiny na vaše onemocnění, chorobný stav.
5. Výchova dítěte, vztahy (problémy).

6. Příslušnost / členství ke společenské skupině, blízcí přátelé, pocit osamělosti (častost).
7. Vnímání mezilidských vztahů v zaměstnání / ve škole.
8. Finanční příjem – je dostatečný pro potřeby.
9. Vnímání okolí, sousedství / zapojení / izolace.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

a) **Pokud jsou přítomni:** Interakce se členy rodiny nebo jinými .

Pracovní role a mezilidské vztahy tvoří důležitou oblast posuzování. Prožívání ztráty, změny nebo ohrožení vytváří problémy v mezilidských vztazích



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 12



Prostudujte si pozorně výše uvedené položky a zamyslete se, jak vnímáte vlastní mezilidské vztahy a kolik rolí nyní plníte ve svém životě.



9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Sexuality – Reproductive Pattern

Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje poruchy nebo potíže jedince v této oblasti. Zahrnuje reprodukční období ženy (pre-menstruační, menstruační cyklus, porody, potraty, post-menopauzu) a problémy s tím související. U mužů (podle věku) pohlavní choroby, potíže s prostatou.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. **Pokud je to vhodné k věku/situaci:** (uspokojivé sexuální vztahy, změny, potíže) nebo jiné problémy. Onemocnění pohlavních orgánů (zejména přenosných).
U starších mužů potíže s prostatou.
2. **Pokud je to vhodné:** Užívání antikoncepce, problémy, potíže.
3. **Ženy:** Začátek menstruace/datum poslední menstruace/rok ukončení menstruace. potíže /problémy? Kolik porodů, kolik se narodilo živých dětí, kolikrát těhotenství, pravidelnost preventivních prohlídek, kdy naposled.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není zjištěn žádný problém, není nutné. Jinak gynekologické vyšetření jako součást celkového vyšetření.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 13

Zamyslete se, jak vnímáte promiskuitu a střídání sexuálních partnerů u mládeže, a co by podle vás přispělo k prevenci tohoto chování.



10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Coping – Stress -Tolerance Pattern

Posouzení v této oblasti zahrnuje nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací, individuální rezervy nebo kapacitu ve zvládání narušování vlastní integrity, způsoby zvládání stresu, podporu rodiny a ji-

ných podpůrných systémů. Vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Důležité změny v životě za poslední 1-2 roky.
2. Důvěryhodné osoby, které pomáhají, jejich dosažitelnost při prožívání stresové situace.
3. Napětí /nervozita/ klid (převážně nebo jak často). Co pomáhá uklidnit.
4. Zvládání nervozity, stresu, léky, drogy, alkohol, kouření. tělesná cvičení, mentální relaxace.
5. Pokud je velký problém v životě, jakým způsobem je zvládán.
6. Pomáhají zvolené způsoby problém/y zvládnout ?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není zjištěn problém, není nutné.

Sestra požádá klienta, aby popsal stresující životní události, situace a způsob jejich zvládnutí a posoudí efektivitu jejich zvládnutí. To jsou důležité informace o toleranci a zvládání stresu u klienta. Informace z jiných oblastí mohou naznačovat, že klient se cítí ohrožen nebo předpokládá ohrožení své integrity. V tomto případě sestra pokračuje při posuzování, jak klient plánuje vypořádat se s ohrožením, a jak on sám tuto situaci vnímá (**H. Selye**: „*Nejde o to, co se vám stalo, ale způsob jakým situaci vnímáte a řešíte vy sami*“).





ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 14

Zamyslete se, zda jste v posledních 2 letech prožil/a nějakou důležitou životní změnu/více změn, které ovlivnily váš každodenní život, a jaké metody k jejich zvládnutí jste použil/a. Tyto metody byly vašemu zdraví prospěšné nebo škodlivé?



11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Value – Belief Pattern

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry a transcendentna (toho, co přesahuje smyslové nebo rozumové poznání), které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu nebo rozhodování. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, víře nebo očekávání, které se vztahují ke zdraví.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Důležité životní priority a plány do budoucna. Existuje něco, co byste chtěl odstranit ze svého života ?
2. Náboženské vyznání v životě. **Pokud je to vhodné:** Pomáhá to při překonávání potíží?
3. **Pokud je to vhodné:** Představuje pro vás pobyt u nás nějaké omezení pokud jde o náboženství?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není zjištěn problém, není nutné.



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 15



Zamyslete se nad „žebříčkem“ vlastních životních hodnot a pokuste se je seřadit podle priorit, které máte v současné době. Vypište si na list papíru hlavní životní cíle, a pokuste se zamyslet, zda k nim směřují všechny vaše dosavadní životní aktivity. Zamyslete se rovněž, nad morálními pravidly vlastního života, které jsou pro vás důležité, a kterými se v životě řídíte (např. křesťanské desatero).



12. JINÉ

Do této oblasti je možné zařadit další důležité informace nebo problémy, které se týkají zdravotního stavu nebo životních událostí, které nebyly zařazeny do předchozích 11 oblastí. Např.: *Jsou nějaké věci, o kterých jsme ještě nehovořili? Máte nějaké otázky?*



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text seznamuje s příklady otázek k vedení rozhovoru s dospělým klientem/pacientem. Jde o pomůcku, kterou studenti používají při praktických cvičeních a postupně zdokonalují své dovednosti.



2.2.1 Příklady otázek k vedení rozhovoru s dospělým klientem/pacientem

K sestavení ošetřovatelské anamnézy – získání subjektivních údajů klienta/pacienta.



1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

- a) Jaký je váš zdravotní stav/úroveň vašeho zdraví?
- b) Prodělal jste v posledním roce nějaké nachlazení?
Pokud je to vhodné: Měl jste absence v zaměstnání nebo ve škole?
- c) Co všechno děláte pro udržení svého zdraví? Včetně všech zvyklostí, ev. alternativních nebo lidových léčitelských postupů (např. kouření, užívání přírodních léčivých prostředků, léků, drog, alkoholu. Kdy a co naposled?
U žen: Provádíte sebevyšetřování prsou?
- d) Dotaz na úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě.
- e) Byly nějaké problémy v minulosti s nalezením způsobu jak dodržovat doporučení lékařů a sester ?
- f) **Pokud je to vhodné:** Co si myslíte, že způsobilo vaši chorobu? Co jste udělal,

když se objevily první příznaky a jaké to mělo důsledky?

- g) **Pokud je to vhodné:** Co bude pro vás důležité po dobu pobytu u nás?
Jak vám můžeme pomoci?

2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

- Můžete mi popsat váš typický denní příjem stravy (přidavky, přílohy)?
- Můžete mi popsat váš typický denní příjem tekutin? Kolik je jejich celkové množství?
- Jaká je Vaše hmotnost (váha) v posledním období, pozorujete zvýšení hmotnosti nebo úbytek?
- Máte chuť k jídlu? Nepozorujete nějakou změnu?
- Můžete mi popsat druhy jídla a způsob příjmu potravy? Máte nějaké potíže při jídle nebo dietní omezení?
- Jak byste popsal/a stav kůže, poranění, kožních defektů apod.?
- Máte nějaké problémy se zuby? Máte náhradní chrup? Navštěvujete zubního lékaře? Kdy byla poslední kontrola?

3. VYLUČOVÁNÍ

- Míváte pravidelnou stolici? Můžete popsat vzhled exkretů ? Máte nějaké potíže při vyprazdňování stolice? Užíváte projímadla ?
- Můžete popsat způsob a pravidelnost močení? Problémy s pravidelností? Množství, vzhled, barvu a zápach moče?
- Potíte se nadměrně, (neobvyklý zápach potu) ?

4. AKTIVITA - CVIČENÍ

- Máte pocit dostatečné síly a životní energie ?
- Jak se pohybujete ?
- Cvičíte ? Jaké typy cvičení a jejich pravidelnost ?
- Jak trávíte svůj volný čas? Aktivní / pasivní odpočinek ?
- Vnímání schopnosti pro denní životní aktivity (*zapsat subj. údaje klienta*)

Příklady:

Celková pohyblivost: např.: "Chodím o holi" nebo "Pohybují se na vozíku".

Pohyb na lůžku: např.: "Neotočím se na bok".

Schopnost najíst se: např.: "Musí mi někdo pomoci nakrájet maso".

Schopnost umýt se: např.: "Potřebuji pomoc dojít k umývadlu".

Schopnost vykoupat se: např.: "Nemohu stát pod sprchou".

Schopnost upravit se: např.: "Nezvednu ruku, abych se mohla učesat"

Schopnost dojít si na toaletu: např.: "Nedojdu na WC bez doprovodu".

Schopnost obléci se: např.: "Nezapnu si knoflíky u košile".

Poznámka:

Do (objektivního) screeningového vyšetření sestrou, pak každou schopnost sebezpečí označit patřičným kódem soběstačnosti 0-4).

5. SPÁNEK - ODPOČINEK

- a) Jaký máte pocit celkového odpočinku a energie k denním činnostem?
- b) Máte nějaké potíže s usínáním? Co vám pomáhá? Máte sny/noční děsy? Budíte se v noci? Probouzí se časněji?
- c) Jak dlouho trvá celková doba odpočinku / relaxace?

6. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

- a) Máte nějaké potíže se sluchem? Užíváte sluchadlo nebo jiné kompenzační pomůcky?
- b) Vidíte dobře? Nosíte brýle? Kdy byla naposled oční kontrola?
- c) Mentální stav a úroveň vědomí: Nemění se Vám paměť (zapamatování a vybavnost informací nebo výpadky paměti)?
- d) Rozhodujete se snadno/obtížně? Máte pocit nejistoty při rozhodování?
- e) Jakým způsobem se nejnádhněji naučíte novou věc? Někaké potíže s učením?
- f) Byl jste poučen o svém stavu? Schází vám další informace?
- g) Bolí vás něco, (intenzita, lokalizace, charakter, trvání bolesti)? Jiné nepříjemné pocity? Jak je zvládáte? S jakým efektem?

7. SEBEPOJETÍ - SEBEÚCTA

- a) Jak se máte? Jak se vám daří? Jak zvládáte situace, spoléháte na sebe? Na jiné? Myslíte si, že si v náročnějších situacích sám poradíte? Jste sám se sebou spokojen, daří se vám dosahovat stanovených cílů? Jste si jist sám sebou? Jak byste popsal sám sebe?
- b) Změnil se nějakým způsobem váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké to pro vás má důsledky a jaké máte problémy?
- c) Jak prožíváte současnou situaci (např. od vzniku nebo v průběhu onemocnění)

eventuálně došlo ke změně způsobu vnímání sebe sama nebo vašeho těla?

- d) Existuje něco, co vás zneklidňuje? Nudí? Vyvolává strach, úzkost, špatnou náladu, depresi? Jak se těmto pocitům bráníte, a co vám přináší úlevu? Jaké relaxační techniky používáte?

8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

- a) Bydlíte samostatně /s rodinou? Jaká je struktura rodiny ?
- b) Jsou nějaké problémy v rodině (malé, dospívající děti, zakládání rodiny, rozšiřování rodiny)?
- c) Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?
- d) **Pokud je to vhodné:** Jak rodina prožívá vaši nemoc/hospitalizaci?
- e) Je na vás rodina závislá? Jak to zvládáte ?
- f) **Pokud je to vhodné:** Jsou problémy s dětmi? Zvládáte tyto situace?
- g) Patříte k nějaké společenské skupině? Máte blízké přátele? Trpíte pocitem osamělosti? Často?
- h) Jste celkově spokojen ve svém zaměstnání? Ve škole?
Pokud je to vhodné: Máte dostatečný příjem pro uspokojení svých potřeb?
- i) Cítíte se být součástí svého okolí nebo máte pocit, že jste izolován v místě svého bydliště?

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

- a) **Pokud je to vhodné k věku/situaci:** (uspokojivé sexuální vztahy, změny, potíže) nebo jiné problémy. Onemocnění pohlavních orgánů (zejména přenosných). U starších mužů potíže s prostatou.
- b) **Pokud je to vhodné k věku/situaci:** Užívání antikoncepce, problémy, potíže.
- c) Ženy (vzhledem k věku): Kdy vám začala menstruace? Můžete mi říci datum poslední menstruace? Máte nějaké potíže nebo problémy? Kolik jste měla porodů? Kolik se vám narodilo živých dětí? Kolikrát jste byla gravidní? Poslední preventivní kontrola.

10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

- a) Vyskytla se nějaká větší změna ve vašem životě v posledních 2 letech? Vyskytla se situace, kterou byste označil/a krizí?
- b) Kdo vám nejvíce pomůže při řešení vašich životních problémů a záležitostí? Je tato osoba pro vás vždy k dispozici?
- c) Prožíváte napětí dlouhodobě? Co vám pomáhá k jeho snížení? Užíváte léky? Drogy? Alkohol?
- d) Když máte větší nebo jakékoli problémy v životě, jak je zvládáte? Jaké řešení

volíte? (např. zdraví prospěšné /škodlivé) Jsou tyto způsoby efektivní?

11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

- a) Jaký důležitý plán/y máte do budoucna? Prožíváte něco, co byste chtěl odstranit ze svého života?
- b) Jste věřící? Je pro vás náboženství důležité?
Pokud je to vhodné: Pomáhá vám to pro překonávání potíží?
- c) **Pokud je to vhodné:** Představuje pro vás pobyt u nás nějaké omezení pokud jde o náboženství?

12. JINÉ

Jakékoli jiné záležitosti, o kterých jsme nemluvili, a o kterých byste se rád zmínil ?



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text je zaměřen na obsah elektronické ošetrovatelské dokumentace týkající se ošetrovatelské anamnézy. *Poskytovatelé zdravotnické péče jsou podle Zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování povinni vést dokumentaci o poskytované péči. Dosavadní ručně psaná ošetrovatelská dokumentace v klinické praxi se postupně převádí do elektronické podoby a zdokonaluje.*



2.2.2 Obsah (elektronického) formuláře pro ošetřovatelskou anamnézu

Formulář pro ošetřovatelskou **anamnézu** je (*vedle plánu ošetřovatelské péče, záznamu vývoje stavu klienta/pacienta a propouštěcí zprávy*) základní součástí ošetřovatelské dokumentace.

A. ANAMNÉZA

Základní strukturu ošetřovatelské anamnézy tvoří moderní počítačový software.

- I. **část** (lze přizpůsobit potřebám konkrétního zařízení) Osobní údaje klienta/pacienta: věk, bydliště, nejbližší příbuzní, telefonní kontakty. Jak si přeje být osloven (zejména v zařízeních dlouhodobé péče), důvod přijetí, jak nemocný chápe svůj zdravotní stav, reakce pacienta/rodiny na přijetí, domácí podmínky.
- II. **část** (základní rámec tvoří 11 oblastí a jejich položky, které odpovídají druhu poskytované péče v zařízení). Zapisují se nejdůležitější věcné informace získané z rozhovoru, doplněné fyzikálním vyšetřením, pozorováním a informace získané z jiných zdrojů, které mají význam pro plánování individuální ošetřovatelské péče na nejbližší časové období.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ
2. VÝŽIVA – METABOLISMUS
3. VYLUČOVÁNÍ
4. AKTIVITA – CVIČENÍ
5. SPÁNEK – ODPOČINEK
6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ
7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA
8. PLNĚNÍ ROLÍ – MEZILIDSKÉ VZTAHY
9. SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST
10. STRES – ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE
11. VÍRA – ŽIVOTNÍ HODNOTY

B. ZÁKLADNÍ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ (OŠETŘOVATELSKÝ SCREENING)

Podle potřeby je možné přidat další položky k rozšíření fyzikálního vyšetření.

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena:

Dutina ústní a nos:

Zuby: Zubní náhrady

Chybění zubů:

Sluch (slyší šepot?)

Zrak (má brýle?)

Přečte novinové písmo?

Puls: Rychlost _____ Pravidelnost _____ Jakost(síla) _____

Dýchání: Pravidelnost _____ Hloubka _____ Dýchací zvuky _____

Krevní tlak: _____

Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky:

Může zvednout tužku?

Rozsah pohybu kloubů:

Svalová tuhost/pevnost:

Kůže:

Barva:

Kožní defekty:

Riziko dekubitů (podle stupnice např. Nortonové):

Chůze:

Držení těla:

Chybění části těla:

Péče o sebe sama:

Předvedená schopnost pro soběstačnost v denních životních aktivitách (zapsat pouze číslo 0-4):

KÓD PRO FUNKČNÍ ÚROVEŇ 0 - 4

Schopnost najít se _____

Schopnost vykoupat se _____

Schopnost dojít si na toaletu _____

Schopnost obléknout se _____

Schopnost nakoupit si _____

Schopnost umýt se _____

Celkový pohyb _____

Pohyb na lůžku _____

Schopnost uvařit si _____

Udržovat domácnost _____

Kanyly intravenózní

Odsávání

Nynější hmotnost

Výška

Vývody/cévky

Drény

Hmotnost nahlášena

Tělesná teplota

OBJEKTIVNÍ POZOROVÁNÍ

(vnímání, verbální a jiné neverbální projevy) v průběhu získávání informací a vyšetření:

Orientace (místem, časem, osobou):

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy):

Řeč, způsob vyjadřování:

Hlas (výška) a způsob řeči:

Úroveň slovní zásoby:

Oční kontakt (udržuje, neudržuje):

Rozsah pozornosti (odvádění, rozptylování):

Nervozita (rozrušení nebo uvolnění) rozsah 1-5:

Pasivní, Agresivní, Asertivní projevy v komunikaci rozsah 1 - 5:

Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny nebo doprovázející osobou, pokud je přítomna:

2.3 Posuzování zdravotního stavu – KOJENCE / DÍTĚTE MLADISTVÉHO

PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na aplikaci 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ při posuzování stavu zdraví kojenců a malých dětí. Získávání informací probíhá za přítomnosti rodiče/rodičů nebo doprovázející osoby. Otázky a způsob vedení rozhovoru včetně zaměření fyzikálního vyšetření a pozorování je nutné přizpůsobit věku dítěte.



Při fyzikálním vyšetření je nutné respektovat stanovené normy pro vývojové období dítěte. Např. *noční pomočování se bude objevovat u kojence nikoli u staršího dítěte.* Anamnéza je získávána od (1) rodičů (průvodce dítěte), (2) od dítěte nad 7 let, podle vývojové úrovně jeho komunikace je možné s ním také komunikovat. U mladistvých je možné provádět individuální posuzování obdobně jako u dospělých. Způsob života rodičů a celé rodiny významně ovlivňuje stav zdraví a vývoj dítěte. Proto dříve, než začneme posuzovat stav dítěte, stručně posoudíme i stav zdraví rodičů. Otázky a pozorování kojence a malého dítěte (do 7 let) jsou následující.

2.3.1 Soubor položek (otázek) k posouzení stavu zdraví kojence/dítěte (do 7let)

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

A. Informace od rodičů:

- a) Jak probíhalo těhotenství, porod, průběh porodu (tohoto dítěte, sourozenců)?
- b) Jaký byl zdravotní stav dítěte od porodu?
- c) Byly dodržovány rutinní preventivní prohlídky? Očkování?
- d) Jaké infekce dítě prodělalo, jak často se vyskytovaly? Jak často byly absence ve škole?
- e) Pokud je to vhodné: Jaká je nemoc dítěte, léčení a prognóza?
- f) Pokud je to vhodné: Když se objeví příznaky a potíže spojené s chorobou dítěte jaká opatření a postupy jsou voleny?
- g) Pokud je to vhodné : Byly pochopeny pokyny, které poskytl lékař nebo sestra?
- h) Preventivní opatření a ochrana dítěte *např. jak často měníte pleny, oblečení, jiné pomůcky?*
- i) Kouří rodiče? V přítomnosti dítěte?
- j) Utrpělo dítě nějaký úraz, nehodu? Jak často?
- k) Jaké má dítě hračky v kolébce/postýlce? Jsou bezpečné? Jak je zajištěno bezpečí při chování a přenášení dítěte? Jak je zajištěno bezpečí v dopravních prostředcích, kterým dítě jezdí – kočárek, auto, autobus, jiné?
- l) Jak je zajištěno bezpečí v domácnosti (léky, čistící a jiné nebezpečné prostředky – louhy, kyseliny, hořlaviny atd.)

B. Rodiče:

- a) Jaký je jejich celkový zdravotní stav?

C. Pozorování

- a) Celkový vzhled kojence/dítěte
- b) Celkový vzhled, zevnějšek rodiče(ů)

2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

A. Informace od rodičů:

- a) Kojíte/krmíte dítě z láhve? Odhadnete množství? Může dítě sát?
- b) Má chuť k jídlu? Je neklidné / jsou nějaké problémy při krmení?
- c) Jaký je celkový příjem výživy /živin za 24 hod?
- d) Doplnujete stravu přísadkami nebo náhražkami stravy?
- e) Jak se dítě chová při jídle?
- f) Čemu v jídle dítě dává přednost? Vyskytují se konflikty v souvislosti s jídlem?

- g) Jaká byla porodní váha? Jaká je současná váha?
- h) Má dítě nějaké kožní problémy: vyrážky, defekty atd.?

B. Pozorování

- a) Výška
- b) Váha
- c) Barva kůže, hydratace, vyrážky, defekty, atd.

3. VYLUČOVÁNÍ

A. Informace od rodičů:

- a) Jak probíhá vyprazdňování stolice ? Popsat způsob, frekvenci, konzistenci stolice, potíže s vyprazdňováním.
- b) Jaký je obvyklý postup při výměně plen?
- c) Jak probíhá vyprazdňování moče (popsat způsob)? Jak často měníte pleny?
- d) Jaké množství moče (odhad)? Proud moče (silný, odkapávání).
- e) Nepozorujete nadměrné pocení u dítěte (zápach)?

4. AKTIVITA – CVIČENÍ

A. Informace od rodičů:

- a) Jaký je obvyklý postup při koupání. Kdy? Jak? Kde? Jaký typ mýdla používáte?
- b) Jaký je obvyklý způsob oblékání (oblečení doma/venku)?
- c) Jak vypadá postýlka / kolébka a jiné, můžete je popsat?
- d) Jaké jsou typické denní činnosti dítěte (hodiny strávené v postýlce)? Chováte/nosíte dítěte? Hrajete si s ním, hraje si samo? S jakými typy hraček?
- e) Je dítě čilé, pohyblivé, jak toleruje aktivitu?
- f) Jak je dítě silné (má sílu, výdrž nebo je slabé)?
- g) Dítě (podle věku): Dotaz na péči o sebe sama (schopnost se umýt, vykoupat, nakrmit, upravit zevnějšek, dojit si na toaletu)?
- h) Jak probíhá vlastní rodičovská péče o dítě? Jak vypadá soubor činností pro udržování chodu domácnosti?

B. Pozorování:

- a) Reflexy (odpovídající věku)
- b) Způsob dýchání, rychlost, rytmus
- c) Srdeční ozvy, počet rytmus
- d) Krevní tlak

5. SPÁNEK – ODPOČINEK

A. Informace od rodičů:

- a) Způsob spánku: Kolik hodin (odhad)?
- b) Je dítě neklidné? Trpí nočními děsy?
- c) Kojenec: Jakou zaujímá polohu ve spánku? Pohybuje tělem?
- d) Jaký je způsob spánku rodičů?

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

A. Informace od rodičů:

- a) Jaká je celková schopnost dítěte reagovat (vnímat, citlivost)?
- b) Reaguje dítě na hlas? Hluk? Předměty? Dotek?
- c) Sleduje předměty očima? Reaguje na hračky v kolébce nebo v postýlce?
- d) Jak se dítě učí (zapamatovává si změny)? Co dítě umí?
- e) Vydává dítě zvuky a projevuje se hlasově?
- f) Jaký je jeho způsob řeči? Jaká používá slova? Umí říci věty?
- g) Používáte stimulační prostředky: mluvením, hrou atd.?
- h) Vidí a slyší dobře, vnímá dotek? Udrží rovnováhu?
- i) Dítě: Řekne: Své jméno, čas, adresu, telefonní číslo?
- j) Netrpí bolestí? Má nějaké jiné potíže (popsat jaké)?

7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

A. Informace od rodičů:

- a) Rodina, struktura domácnosti.
- b) Problémy v rodině, stresující faktory.
- c) Interakce členů rodiny s dítětem/kojencem.
- d) Reakce kojence/dítěte na odloučení.
- e) Dítě: Závislost.
- f) Jakou má/mívá/ dítě náladu?
- g) Má dítě pocit vlastní hodnoty, identity, schopností?

B. Informace od dítěte:

- a) Jak se cítíš a jakou máš náladu?
- b) Máš mnoho/málo kamarádů a přátel? Myslíš, že jsi u ostatních oblíben/a?
- c) Jak vnímá samo sebe. (Většinou dobře. Mállokdy dobře.)
- d) Je pořád osamělý?
- e) Má strach? Obavy (přechodně, často)?

C. Pozorování:

- a) Dítě: Oční kontakt. Způsob řeči. Držení těla.

D. Rodiče:

- a) Celkový pocit vlastní hodnoty, identity, schopností.

8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

A. Informace od rodičů:

- a) Rodina, struktura domácnosti.
- b) Problémy v rodině, stresující faktory.
- c) Interakce členů rodiny s dítětem/kojencem.
- d) Reakce kojence/dítěte na odloučení.
- e) Dítě: Závislost.
- f) Dítě: Způsob jak si hraje.
- g) Dítě: Zlobí se? Mívá záchvaty vzteku? Má disciplinární problémy ?
- h) Dítě: Jak se přizpůsobilo škole?

B. Pozorování:

- a) Směje se (kojenec)?
- b) Sociální interakce dítěte. Uzavřenost. Agresivita.
- c) Reakce na výzvu a požadavky.

C. Rodiče:

- a) Plnění rolí. Uspokojení.
- b) Práce. Společnost. Rodina. Příbuzenské vztahy.

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

A. Informace od rodičů:

- a) Jak vnímá dítě samo sebe je mužského/ženského rodu ?
- b) Klade otázky týkající se sexuality ? Jak reaguje?

B. Rodiče:

- a) *Pokud je to vhodné:* Reprodukční anamnéza.
- b) Sexuální uspokojení / problémy.

10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

A. Informace od rodičů:

- a) Způsob jakým dítě zvládá problémy, frustraci, zlost atd.
- b) Stresující faktory. Tolerance.

B. Rodiče:

- a) Strategie zvládání problémů.
- b) Jaké jsou využívány podpůrné systémy (nebo opory)?
- c) Životní zátěžové situace. Zátěžové situace v rodině.

11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

A. Informace od rodičů:

- a) morální vývoj dítěte, výběr způsobu chování, angažovanost

B. Rodiče:

- a) Důležité věci v životě. Přání do budoucna.
- b) *Pokud je to vhodné:* Jak je vnímán vliv choroby na životní cíle ?

12. JINÉ

Chcete se ještě na něco zeptat ?

Ošetřovatelský screening - fyzikální vyšetření / pozorování dítěte (obdobně jako u dospělých):

- Image dítěte
- Image rodičů
- Výška, hmotnost dítěte – norma pro růst a vývoj
- Kůže: barva, hydratace, vyrážky, léze
- ***Pokud je to nutné:*** způsob vyprazdňování moče, stolice (nočník, WC, pomočování)
- Reflexy (odpovídající věku)
- Krevní tlak
- Srdeční puls: počet, rytmus
- Dýchání: počet, rytmus
- Kojenec/dítě: reakce, kognitivní vnímání podle věkových norem
- Dítě: oční kontakt, způsob řeči, držení těla
- Kojenec: směje se
- Sociální interakce dítěte: nevrlost, roztržitost, agresivita.
- Hlasová reakce na požadavky

2.4 Posuzování zdravotního stavu – RODINY



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na aplikaci 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ při posuzování stavu zdraví rodiny. Podle nich je možné posoudit nejen celkové zdraví jejích členů, ale i materiální prostředí rodiny k zajištění zázemí pro výchovu a pocit bezpečí. Rodiny jsou primárními klienty v komunitním ošetřovatelství.



K ZAPAMATOVÁNÍ 5



V rodině sestra posuzuje:

- (1) Úroveň péče o uspokojování potřeb kojenců nebo dětí, o které je v rodině pečováno.
- (2) Zdravotní problémy dětí nebo dospělých, které mohou ovlivňovat život v rodině.





2.4.1 Soubor položek (otázek) k posuzování rodiny

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Jaká byla (v posledních několika letech) úroveň zdraví rodiny?
Prodělal někdo z rodiny v posledním roce nějaké nachlazení?
Pokud je to vhodné: Byla absence v zaměstnání nebo ve škole?
2. Co všechno se v rodině dělá pro udržení zdraví? Včetně návyků, ev. Alternativních nebo lidových léčitelských postupů (užívání přírodních léčivých prostředků). Kdy a co naposled?
3. Dotaz na kouření, pití alkoholu, užívání drog u členů rodiny.
4. Očkování ? Všeobecný lékař ? Pravidelnost preventivních prohlídek ? Úrazy a nehody doma, v zaměstnání, v dopravě.
5. **Pokud je to vhodné:** Uložení léků, uskladnění čisticích prostředků, rozložení volných koberečků na zemi.
6. Byly v minulosti nějaké problémy se zaregistrováním u lékaře, sestry, sociálního pracovníka. **Pokud je to vhodné:** nějaké návrhy ?
7. Něco důležitého, co se týká zdraví rodiny a s čím je nutné pomoci.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Celkový vzhled členů rodiny a domácnosti
- b) **Pokud je to vhodné:** uložení léků, dětské postýlky, dětské ohrádky, topných těles, sporáku, jiných rizik.

2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

V rodině existují určité návyky a způsoby stravování, příjmu tekutin a doplňků stravy. Tyto návyky si pak dítě odnáší do svého samostatného života. Důležité je, kdo v rodině nakupuje a vaří, ten rozhoduje o složení a kvalitě stravy.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Popis typického příjmu stravy v rodině, rychlá občerstvení (přídavky, přílohy)?
2. Popis typického denní příjmu tekutin? Nealkoholické nápoje, džusy, káva, aj.
3. Chut' k jídlu? Obezita členů rodiny ?
4. Problémy s chrupem. Dentální péče (pravidelnost prohlídek) ?
5. Potíže s kůží u členů rodiny. Hojení ran, (dobře, špatně)

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) **Pokud je to vhodné:** kontrola obsahu lednice, přípravy jídla, složení stravy.

3. VYLUČOVÁNÍ

V rodině existuje určitý způsob vylučování a likvidace odpadů a odpadků, ten je posuzován z hlediska hygienických opatření. Při návštěvě domácnosti se sestra zajímá o likvidaci odpadků a domovního odpadu.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Používání laxancií v rodině, jiných způsobů regulace vyprazdňování.
2. Problémy s odpadky, likvidace odpadků.
3. Zvířecí kotce a výkaly, likvidace (doma, venku)
4. **Pokud je to indikováno:** problémy s mouchami, blechami, hlodavci, apod.
5. Hygienická opatření, sanitární úklid.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) **Příležitostně:** kontrola toalet, odpadkových košů, popelnic, zvířecích pelechů, kotců, indikátory rizik pro výskyt much, blech, hlodavců.

4. AKTIVITA – CVIČENÍ

V každé rodině existuje typický proces pohybových aktivit. Někdy jde o proces velmi hektický, jinde se může zdát, že existuje spíše letargie. Společné trávení volného času zvy-

šuje rodinnou solidaritu. Problémy vznikají např. při udržování domácnosti, celkové péči o sebe sama u některého z rodinných příslušníků. Přemíra aktivit může rodině škodit.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. **Obecně:** provozuje rodina sporty / pohybové aktivity aktivity (málo /hodně). Typ aktivit / pravidelnost.
2. Volnočasové aktivity v rodině. Aktivní/pasivní.
3. Problémy s nakupováním (donášením, dovozem), vařením, udržováním domácnosti, rozpočtem na stravu, oblečení, udržování domácnosti, náklady na dům, bydlení.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Způsob celkové údržby domu a sebezpečí osob, trávení volného času.

5. SPÁNEK – ODPOČINEK

V rodině existují obvyklé návyky týkající se spánku a odpočinku. Ne všichni členové rodiny mají stejné potřeby a délku spánku. Narušení návyků rodiny v této oblasti souvisí se spánkovými problémy některého z členů rodiny a to vyžaduje individuální posouzení daného člena rodiny.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Všeobecně se členové rodiny jeví jako dobře odpočati a jsou připraveni jít do školy a pracovat.
2. Členové rodiny mají pro spánek dostatečný prostor a ticho.
3. Rodina nachází čas na relaxaci a odpočinek.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) **Pokud je možnost:** Pozorování přípravy ke spánku a způsobu spánku (včasnost uložení ke spánku, včasné vstávání, přerušování, neklid v prostředí).

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Posuzování rodiny v oblasti vnímání – poznávání je možné pozorováním způsobu myšlení (konkretizace, abstrakce) v rozhodování a zda se orientuje na přítomnost nebo budoucnost. Zjištěné informace jsou i základem pro pochopení dalších problémů dezorganizace a stresu rodiny. Sestry znají mnoho způsobů, jak rodině pomoci.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Problémy se zrakem, sluchem, jejich zvládání.
2. Důležitá rozhodnutí, která udělala rodina, s jakým výsledkem.

II. VYŠETŘENÍ/ Pozorování

- a) **Pokud je to nutné:** Jakým jazykem se v rodině hovoří.
- b) Porozumění myšlenkám, otázkám (abstrakce, konkretizace).
- c) Jazyková komunikace, úroveň slovní zásoby.

7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

Rodiny vnímají celkově svou image, status a kompetentnost jako schopnost poradit si a řešit problémy v životě. Společná sdílnost a emocionální prožívání je díky blízkým vztahům každodenní realitou. Situace, která ovlivní jednoho člena rodiny má vliv na celou rodinu. To pomáhá rodině realizovat svůj potenciál.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Většina času, kdy se členové v rodině cítí dobře (nedobře).
2. Celková nálada rodiny šťastná, úzkostná, depresivní, co pomáhá zlepšovat náladu v rodině.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Celková nálada v rodině je obecně : nervózní (5) nebo uvolněná (1) rozsah (1-5)
- b) Členové rodiny jsou obecně asertivní (5) nebo pasivní (1) rozsah (1-5)

Rodiny v komunitě vnímají sebe sama, svou image a status.

8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

Vztahy v rodině ovlivňují její vývojové úlohy: (1) péči o fyziologické potřeby; (2) rozdělení zdrojů; (3) rozdělení práce a povinností; (4) socializace členů rodiny; reprodukce; (5) přijímání nových členů - dětí do rodiny; vedení k osamostatňování členů rodiny; (6) udržování chodu rodiny; (7) udržování soudržnosti a morálních zásad každodenního života.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Členové rodiny nebo domácnosti. Věk členů a struktura rodiny.
2. Jakýkoli problém v rodině týkající se zvládnání jejího fungování, výchovy a péče o děti.
3. Vzájemné vztahy mezi členy rodiny, sourozenci (dobré/nedobré). Vzájemná podpora.
4. Příjem pro fungování rodiny je dostatečný ?
5. Cítí se rodina součástí nebo je izolovaná od komunity, sousedů ?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Interakce mezi členy, pokud jsou přítomní.
- b) Pozorování, kdo je „hlavou“ rodiny.

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Sestra při posuzování sexuality v rodině a úrovně uspokojení v sexuálním partnerství, věnuje pozornost vnímání problémů v této oblasti. Pokud jsou v rodině děti je nutné věnovat pozornost způsobu jejich informování o souvislostech sexuality a sexuální identitě.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. **Pokud je to vhodné:** (sexuální partner je členem domácnosti nebo jde o náhodné příležitosti). Je sexuální vztah uspokojivý, změny, problémy.
2. Existuje plánované rodičovství ? Antikoncepce, problémy.
3. **Pokud je to vhodné k věku dítěte:** cítí se klidně a pohodlně při rozhovoru a vysvětlování o odlišnostech sexuálních subjektů (muž, žena).

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není problém, není nutné.

10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Dimenze posuzování rodiny v této oblasti jsou obdobné jako u jednotlivce. Život v rodině je založen na vzájemných vztazích jejich členů, ty mohou podporovat zvládnání stresu nebo mohou být zdrojem stresu a způsobu jeho zvládnání.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

1. Jakékoli velké změny v rodině v posledních několika letech.
2. Napětí / klid v rodině většinu času. Pokud se tenze objeví užívá někdo z členů ro-
diny léky, drogy, alkohol pro snížení tenze ?
3. Pokud má rodina problém, způsob jakým je zvládán.
4. Jsou dané způsoby zvládání problému efektivní.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není problém, není nutné.

11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Sdílené hodnoty a víra jsou jednou z důležitých charakteristik při uzavírání sňatku. Rozdílnost v této oblasti pak vytváří konflikty. Ty se objevují při posuzování i v jiných oblastech „funkčních typů zdraví“. Konflikty často vznikají v době, kdy členové rodiny procházejí určitými vývojovými fázemi např. období puberty u dětí.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor

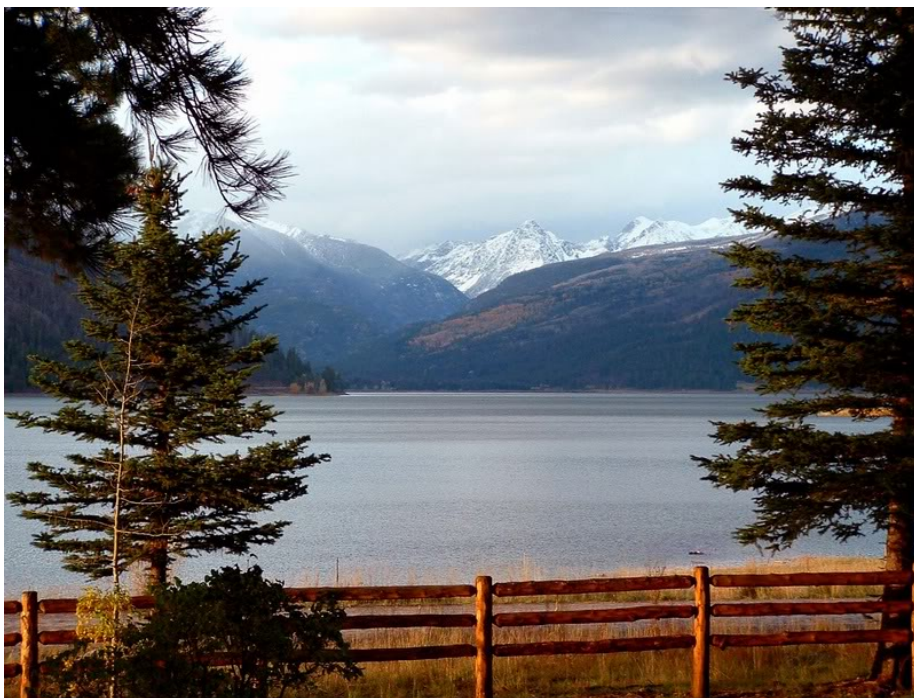
1. **Obecně:** členové rodiny realizují svůj život podle svých představ a
přání, které chtějí od života.
2. Důležité plány, cíle a naděje do budoucna.
3. Pravidla, která jsou důležitá a respektována v rodině.
4. Náboženská víra v rodině, pomáhá při vzniklých náročných situacích.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pokud není problém, není nutné.



2.5 Posuzování zdravotního stavu – KOMUNITY





PRŮVODCE TEXTEM

Následující text je zaměřen na aplikaci 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ při posuzování stavu zdraví komunity jako lidského společenství (obyvatel části města, obce, vesnice). Komunitu charakterizuje zejména sdílená vzájemná interakce vycházející ze společných potřeb a zájmu. Každá lidská komunita (nikoli virtuální na internetu) je založena na vzájemném fyzickém kontaktu více živých lidí. Komunita jako „klient“ zahrnuje jedince, rodiny a skupiny obyvatel.



K ZAPAMATOVÁNÍ 6

Základní komponenty komunitní ošetrovatelské péče (WHO, 1974):

1. smysl pro odpovědnost
2. péče o ohrožené skupiny
3. klient (jedinec, rodina, skupina, komunita) má být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče v komunitě.

Při kontaktu s obyvateli dané komunity se komunitní sestra může setkat s následujícími informacemi např.:

„Máme zde velký problém s užíváním drog u mládeže, dříve to bývalo krásné prostředí pro výchovu dětí“. nebo

„Potřebujeme umístit u přechodu dopravní značku STOP, aby mohly děti i dospělí bezpečně projít na druhou stranu silnice“. nebo

„Zrušili nám tu lékařskou ambulanci a nyní musíme jezdit až do města“. nebo

„Snad úplně každý letos dostal chřipku, která se šířila ze škol. Nepamatuji horší zimu, kdy bylo tolik lidí nemocných“.

Tyto informace obsahují vnímání rizik a zdravotních problémů obyvatel v komunitě. Pokud obyvatelé v komunitě identifikují nějaká rizika nebo problémy týkající se zdraví komunity, je nutné, aby se komunitní sestra zaměřila na kroky k jejich odstranění a další aktivity k podpoře zdraví. Objektívni data o zdraví komunity může získat ze statistických údajů o mortalitě a morbiditě, počtu nehod, a jiných veřejných údajů. Posouzení potřeby zdravotnických služeb, domácí péče, péče o děti a seniory, stav platné legislativy apod.

2.5.1 Soubor položek (otázek) k posuzování komunity

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. **Obecně:** Jaká je úroveň zdraví/blaha populace na škále 1-5 (5 nejvyšší úroveň).

Nejčastější zdravotní problémy ?

2. Nejdůležitější kulturní rys ovlivňující udržování zdraví.
3. Jak vnímají lidé přístup ke zdravotní péči.
4. Chybí nějaký druh zdravotnických služeb nebo preventivních programů.
5. Vnímají lidé dostatečné zajištění bezpečnosti – službu požárníků, policie, jiné.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování (veřejné údaje o komunitě)

- a) Morbidita, mortalita, počet hendikepovaných osob (podle věkových skupin)
- b) Počet nehod (podle okresů, městských částí).
- c) V současné době fungující typy zdravotnických zařízení a služeb (domácí péče, školní sestra, geriatrická sestra, rodinná sestra, aj.).
- d) Pokračující zdravotnické preventivní programy (jejich využívání).
- e) Počet zdravotnických profesionálů na populaci.
- f) Zákon vztahující se k pití alkoholu (věkové omezení).
- g) Statistické údaje o zadržení policií pro drogy, řízení pod vlivem alkoholu (podle věkových skupin).

2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

Skupina lidí, která žije na stejném geografickém území sdílí běžný způsob stravování. Rozhovorem a pozorováním může sestra získat informace o kvalitativních a kvantitativních aspektech stravování a příjmu tekutin v komunitě.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. **Obecně:** Jak vypadají lidé z hlediska výživy, jsou v dobrém stavu, děti, starší lidé ?
2. Program doplňků stravy, označení jídel etiketami, častost jejich použití.
3. Přijatelné ceny jídel ve vztahu k příjmům obyvatel.
4. Obchody s potravinami, dostupnost pro většinu obyvatel, pojízdná prodejna ?
5. Vodní zdroje a kvalita vody (možnost testování v případě vlastních studní). Cena vody. Omezení při suchém počasí.
6. Znepokojení v souvislosti s růstem komunity přesahující zásoby vodních zdrojů.
7. Topení a vytápění /cena uhlí pro většinu obyvatel, programy ?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Celkový vzhled (výživy, stav chrupu, oblečení ve vztahu ke klimatu), u dětí, dospělých, starých lidí.
- b) Nakupování potravin (pozorování skladování, uložení v pultech, kontejnerech).
- c) Prodejní automaty na občerstvení (např. ve školách, veřejných budovách).

3. VYLUČOVÁNÍ

Komunity představují koncentraci obyvatel, domácnosti a průmyslu. Každá z těchto sociálních jednotek má svůj systém vylučování a odstraňování odpadů, který může ovlivnit komunitu. Pozornost by měla být věnována nebezpečným odpadům a znečišťování ovzduší. Toto jsou oblasti, které je nutné posoudit z hlediska rizik pro zdraví.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Hlavní druhy odpadů (průmyslové, domovní odpadní vody, splašky), systémy likvidace odpadků, recyklační programy; problémy, které vnímají obyvatelé komunity v této oblasti.
2. Kontrola škůdců, hmyzu. Inspekce stravovacích služeb, výdejen stravy na ulici.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Statistiky infekčních nemocí.
- b) Statistiky znečišťování ovzduší.

4. AKTIVITA – CVIČENÍ

Každá komunita má své typické způsoby zajištění pohybu a dopravy - veřejná doprava umožňuje lidem dostat se do zaměstnání, každodenní život, dostupnost služeb, účast na rekreačních a společenských aktivitách.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Existuje v komunitě vhodná doprava do práce, do rekreačních center, do zdravotnických zařízení ?
2. Existují / fungují v komunitě komunitní centra (pro seniory, mládež, aj.). Existují v komunitě rekreační zařízení /vybavení pro děti, dospělé, seniory ?
3. Existuje adekvátní bydlení (dostupnost, cena). Veřejné ubytování.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Rekreační / kulturní programy.
- b) Pomoc /bezbariérový přístup pro hendikepované.
- c) Obytná centra, ošetrovatelské domy, rehabilitační zařízení ve vztahu k potřebám obyvatel.
- d) Vnější údržba obytných domů, dvorů, zahrad, bytů.

e) Všeobecná úroveň aktivit v komunitě (spěch lidí, hemžení, klid).

5. SPÁNEK – ODPOČINEK

Komunity mají rovněž svůj spánkový, odpočinkový a relaxační vzorec. Některá města jsou charakterizována jako nikdy „neutichající“ (např. hluk letiště, dálniční dopravy, průmyslu – zvyšuje se tak úroveň stresu obyvatel).

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. **Obecně:** klid v noci v okolí a sousedství.
2. Obvyklý provoz obchodů a průmyslových podniků v komunitě.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Aktivity- úroveň hluku a provozu obchodů, podniků, hluk v obytných částech komunity.

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Sestra může získat řadu informací o rozhodování v komunitě, které souvisí se zdravím a jeho podporou. Ověřuje si efektivitu činnosti školských výborů a asociace rodičů. Zda jsou vyslyšeny hlasy týkající se návrhů na podporu a ochranu zdraví. Sestra se může zúčastnit setkání v komunitě zabývajících se touto problematikou. Ověřuje si, existenci plánování a efektivitu zvládání krizových situací. Všechny tyto aktivity prokazují úroveň kognitivního procesu obyvatelstva v komunitě.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Kolika jazyky mluví lidé v komunitě (jedním, dvěma)
2. Vzdělanostní úroveň obyvatel v komunitě.
3. Jak vypadají školy - vypadají dobře / potřebují zlepšení. Vzdělání dospělých požadované / dostupné.
4. Typy problémů, které vyžadují rozhodnutí komunity. Proces rozhodování. Jaký je nejlepší způsob realizace věcí a vyřešení problémů v komunitě.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Školní zařízení. Počet neúspěšných (propadlých) žáků. Existují školní výbory a sdružení rodičů.
- b) Struktura obecních zastupitelů v komunitě. Linie rozhodování, zabývají se zdravím v komunitě, řešení krizí.

7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

Stejně jako jedinec a rodina má svou identitu a vnímání sebe sama komunita. Image, status, a vnímání kompetenci pro řešení problémů. Image komunity může odrážet bydlení, stav budov, čistota. Vnímání vlastní hodnoty komunity se vztahuje ke školskému systému, počtu kriminálních případů, nehodám, a tomu, zda si lidé myslí, že se jim tam dobře žije. Kompetentnost v řešení sociálních a politických problémů v komunitě vytváří pocit hrdosti.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Komunita vyhovuje životu rodiny. Její úroveň se zvyšuje /snižuje.
2. Jde o starší komunitu, novější.
3. Věkové kategorie, které v komunitě dominují.
4. Celková nálada v komunitě, těší je život v komunitě? Prožívají stres, mají negativní pocity?
5. Mají lidé obecně potřebné schopnosti pro tuto komunitu?
6. Fungování sousedství komunity – promenády, cvičiště.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Rasové a etnické skupiny.
- b) Socioekonomický status.
- c) Pozorování celkové nálady obyvatel komunity.

8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

Základní funkce komunity spočívá na vzájemných vztazích, spolupráci a rozložení odpovědnosti při plnění rolí. Sestra posuzuje, zda struktura rolí v komunitě a mezilidské vztahy umožňují lidem realizovat svůj osobní potenciál ve vztahu ke zdraví. Kriminalita, rasová nesnášenlivost, a sociální síť mezilidských vztahů je významně ovlivňuje.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Zdá se, že lidé v komunitě spolu dobře vycházejí a úspěšně probíhá socializační proces.
2. Vnímají lidé, že jsou respektováni představiteli komunity. Vysoká/nízká účast na setkáních.
3. Je dostatek práce /zaměstnání pro všechny? Jsou platy/mzdy adekvátní. Jsou lidé se svou prací v komunitě spokojeni / stresováni?
4. Problémy s výtržnictvím, násilím v sousedství. Násilí v rodinách. Problémy s dětmi, životními partnery, starými osobami, opilci.
5. Soužití a vycházení s pravidly v komunitě. Spolupráce na komunitních projektech.

tech.

6. Zdá se, že si sousedé v komunitě pomáhají ?
7. Funguje komunita jako celek ?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Pozorování interakcí mezi lidmi v komunitě (celkově a na specifických setkáních).
- b) Statistické údaje interpersonálního násilí.
- c) Statistiky zaměstnanosti, příjmů a bohatství.
- d) Počet rozvodů.

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Při posuzování v této oblasti jsou důležité údaje o sexuální kriminalitě (znásilnění) v komunitě a sexuálním zneužívání dětí. Reprodukce v komunitě odráží počet porodů, umělých přerušení těhotenství, samovolných potratů. Důležitými indikátory je mateřská a dětská úmrtnost. Dostupnost zdravotnických služeb a předporodních edukačních programů by měla být rovněž posouzena. Posoudit je nutné i těhotenství mladistvých a edukačních programů pro tuto skupinu ve školách.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Průměrné velikosti rodin v komunitě.
2. Existují nějaké problémy s pornografií nebo prostitucí v komunitě.
3. Mají lidé zájem / podporují sexuální výchovu ve školách a komunitě?

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Velikost rodin a typy domácností.
- b) Poměr mužů a žen.
- c) Průměrný mateřský věk, mateřská úmrtnost, dětská úmrtnost, počty.
- d) Těhotenství mladistvých.
- e) Počet potratů.
- f) Statistika sexuálního násilí.
- g) Normy/ pravidla regulace týkající se informací kontroly porodnosti.

10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Stresory jsou někdy vnímány celou komunitou. Zahrnují problémy s nezaměstnaností, rasovým a etnickým napětím, problematikou drog, počtem neštěstí a nehod. Komunitu mohou ohrožovat přírodní katastrofy. Způsob zvládání stresu lze zjistit rozhovorem se členy komunity. Zvládání stresu v komunitě závisí na podpoře a vzájemných vztazích mezi skupinami, které tam žijí.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Jakákoli skupina, u které se projevuje prožívání stresu.
2. Je dostupná linka důvěry, pomocná skupina, jiný způsob (s ohledem na zdraví).

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Statistické údaje týkající se: delikvence, užívání drog, alkoholismu, sebevraždnosti, psychiatrických chorob.
- b) Počet nezaměstnaných podle rasy, etnicity, pohlaví.

11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

Komunita má své hodnoty a víru včetně vztahu ke zdraví. Porozumění těmto hodnotám je významné pro spolupráci se skupinami v komunitě. Hodnoty tvoří základ rozhodování, jak budou rozděleny finance, např. jestli bude mít komunita klinické pracoviště pro potraty, sexuální výchovu na školách centrum pro seniory nebo edukační zařízení pro hendikepované.

I. ANAMNÉZA / Rozhovor (představitelé komunity)

1. Hodnoty komunity: Jaké jsou čtyři nejdůležitější věci pro lidi, kteří žijí v komunitě (např. hodnoty týkající se zdraví, jiné priority).
2. Jsou lidé schopni se angažovat v případech nebo místních kampaních, týkajících se financování zlepšování zdraví obyvatelstva.
3. Náboženské skupiny v komunitě. Jsou v blízkosti kostely, modlitebny ?
4. Tolerují / netolerují lidé sociálně odlišné/deviantní chování.

II. VYŠETŘENÍ / Pozorování

- a) Místní normy a pravidla ochrany pořádku.
- b) Místní samospráva, složení, zdravotní výbor, cíle, priority.
- c) Rozpočet na zdravotní péči ve vztahu k celkovému rozpočtu komunity.

V západních zemích je pracovní pozice „komunitních sester“ vymezena zákonem. V České republice se připravuje inovace zákona o obcích, který zakotví pozici „komunitní sestry“, jejíž činnost bude zahrnovat výše uvedené komponenty komunitní ošetrovatelské péče. *(Více poznatků o komunitní péči naleznete v e-opoře a e-kurzu: Komunitní a domácí péče.)*

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 16



Zamyslete se, jak byste charakterizoval/a vaši komunitu (místo, kde bydlíte) z hlediska položek 11 oblastí „funkčních typů zdraví“. Položte si otázku, zda jde o zdravou komunitu.



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 4



2; 6;



ODPOVĚDI NA – SAMOSTATNÝ ÚKOL 5



1; 4;



SHRNUTÍ KAPITOLY



Tato kapitola se zaměřuje na obsah 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ a jejich aplikaci při posuzování stavu zdraví subjektů (klienta/pacienta, rodiny i komunity). V úvodní části je charakterizováno pojetí „funkčních“ a „dysfunkčních typů zdraví“ podle M. Gordonové, objasněn je význam termínu „funkční typ“ reprezentující integritu a fungování celého lidského organismu. Charakterizován je význam systematického posouzení stavu zdraví zahrnující anamnézu a fyzikální vyšetření. Dále je popsáno vlastní posuzování stavu zdraví u jednotlivých subjektů (klienta/pacienta, kojence, malého dítěte, mladistvého, rodiny a komunity). U každého subjektu jsou podrobně popsány obsahové položky k získávání subjektivních a objektivních informací (v rámci realizace 1. fáze ošetrovatelského procesu).



OTÁZKY



1. „Funkční typy zdraví“ (všech 11 oblastí) jsou pojímány:

- fyziologicky
- holisticky (celostně v pojetí bio-psycho-sociálně -spiritulním)
- psychologicky

d) sociálně

2. „Funkční typy zdraví“ reprezentují:

- a) riziko zhoršování stavu zdraví
- b) dezintegraci biologických systémů organismu
- c) manifestaci orgánových systémů organismu
- d) integritu a fungování celého lidského organismu

3. Tělesné orgány a systémy jsou na:

- a) nižší úrovni komplexity
- b) vyšší úrovni komplexity
- c) střední úrovni komplexity
- d) nejvyšší úrovni komplexity

4. Interakce mezi klientem a prostředím ovlivňuje a rozvíjí

- a) pouze 7 oblast (sebepojetí – sebeúctu) „funkčních typů zdraví“
- b) pouze 6 oblast (vnímání – poznávání) „funkčních typů zdraví“
- c) pouze 8 oblast (plnění rolí – mezilidské vztahy) „funkčních typů zdraví“
- d) všech 11 oblastí „funkčních typů zdraví“

5. Faktory, které není nutné brát v úvahu při posuzování stavu zdraví podle „funkčních typů zdraví“:

- a) věk a vývojová fáze
- b) pohlaví
- c) kultura
- d) výši finančního příjmu

6. Mezi hlavní položky v testu k vymezení funkční schopnosti klienta/pacienta se rozhodovat nepatří:

- a) porozumění situaci (odhad, uvědomění si důsledků)
- b) porozumění sporným bodům a zpracování informací
- c) důkazy výběru nebo volby možností
- d) stav zrakového ústrojí

7. Vlastní posouzení zdravotního stavu podle 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ zahrnuje:

- a) ošetrovatelskou dokumentaci
- b) analýzu získaných informací
- c) ošetrovatelskou anamnézu a fyzikální vyšetření
- d) předtištěný formulář

8. Ve struktuře „funkčních typů zdraví“ je 4 oblastí:

- a) spánek – odpočinek
- b) stres – zvládání, tolerance
- c) aktivita – cvičení
- d) víra – životní hodnoty

9. Ve struktuře „funkčních typů zdraví“ je 6 oblastí:

- a) vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
- b) sexualita – reprodukční schopnost
- c) plnění rolí – mezilidské vztahy
- d) vnímání – poznávání

10. Ve struktuře „funkčních typů zdraví“ je 2 oblastí:

- a) vyučování
- b) výživa
- c) stres – zvládání, tolerance
- d) aktivita – cvičení

11. Do fyzikálního vyšetření v oblasti 4 (aktivita – cvičení) nepatří:

- a) předvedená schopnost dojít si na toaletu
- b) krevní tlak
- c) předvedený pohyb a chůze
- d) vyšetření moče

12. Při sestavování anamnézy do položek v oblasti 7 (sebepojetí – sebeúcta) patří:

- a) interakce se členy rodiny
- b) finanční příjem
- c) celkové emocionální ladění
- d) způsob vylučování moče

13. K pozorování (vyšetření) v oblasti 7 (sebepojetí – sebeúcta) nepatří:

- a) hlasitost řeči, oční kontakt, rozsah pozornosti
- b) držení těla, nonverbální chování
- c) nervozita, uvolněnost
- d) rozsah pohybu v kloubech

14. Při posuzování stavu zdraví kojence a malého dítěte podle „funkčních typů zdraví“ je nutné:

- a) vést rozhovor pouze s rodičem nebo doprovázející osobou
- b) přizpůsobit jak otázky při rozhovoru, tak fyzikální vyšetření
- c) nevěnovat pozornost stavu zdraví rodičů
- d) ignorovat způsob života rodičů

15. Při posuzování stavu zdraví rodiny podle „funkčních typů zdraví“ nebývá posuzována položka:

- a) péče o kojence nebo děti
- b) zdravotní stav dětí a dospělých, který ovlivňuje život v rodině
- c) životní podmínky a rizika pro bezpečí členů rodiny
- d) přátelské vztahy rodiny s nejbližšími sousedy

16. Do které z 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ při posuzování zdraví rodiny patří položka „očkování“:

- a) do oblasti 2 (výživa – metabolismus)
- b) do oblasti 10 (stres – zvládání, tolerance)
- c) do oblasti 1 (vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví)
- d) do oblasti 11 (víra – životní hodnoty)

17. Komunitu při posuzování stavu zdraví chápeme jako:

- a) problémové skupiny mládeže
- b) představitelé komunity (např. obecní zastupitelstvo)
- c) lidské společenství (klienta) zahrnující jedince, rodiny a skupiny obyvatel
- d) bezdomovce a osoby trestané

18. K objektivním údajům o komunitě nepatří:

- a) statistické údaje o morbiditě, mortalitě, počtu hendikepovaných (podle věkových

- skupin)
- b) údaje o kvalitě vodních zdrojů
 - c) údaje o způsobu topení a vytápění
 - d) jak lidé vnímají fungování dopravy

19. Komunitní ošetrovatelská péče podle WHO, 1974 nezahrnuje:

- a) smysl pro odpovědnost
- b) péči o ohrožené skupiny
- c) jednotlivci, rodiny a skupiny v komunitě mají být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče v komunitě
- d) převýchovu trestaných osob

20. Jedním z vážných problémů v komunitách bývá:

- a) počet malých rodin
- b) těhotenství mladistvých
- c) rozestavěnost novostaveb
- d) nízký počet rozvodů

POUŽITÁ LITERATURA



- [1] GORDON, M. *Nursing Diagnoses: Process and Application*. 3.vyd. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1994. p. 421. ISBN 0-8016-6053-X.
- [2] GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*, 11 ed. Jones and Bartlett Publisher: Canada, 2007. ISBN 0-7637-4045-4.
- [3] HERDMAN, T. H. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*, 1. vyd. Grada Publishing: Praha 2010. s. 456. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [4] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2010 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.



ODPOVĚDI



1b; 2d; 3a; 4d; 5d; 6d; 7c; 8c; 9d; 10b; 11d; 12c; 13d; 14b; 15d; 16c; 17c; 18d; 19d; 20b;



3 DYSFUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola se zaměřuje na objasnění odlišnosti „funkčních“, „dysfunkčních“ a „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“. Na rozdíl od „funkčních“, „dysfunkčních“ nebo „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“ neodpovídají očekávaným normám a jsou definovány jako zdravotní (ošetřovatelské) problémy. V praxi se rozlišují jejich dvě kategorie: aktuální zdravotní (ošetřovatelské) problémy a vysoké riziko zdravotních (ošetřovatelských) problémů. „Dysfunkční typy zdraví“ nebo aktuální zdravotní problémy mění chování daného klienta/pacienta a negativně ovlivňují jeho denní životní aktivity a kvalitu života. U „dysfunkčních typů zdraví“ rozlišujeme fázi: akutní, přechodnou a chronickou. U změny zdravotního stavu rozlišujeme typ: dysfunkční, stabilizovaný a zhoršující se. U „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“ je nutné věnovat pozornost: vysokému riziku změny z „funkčního“ na „dysfunkční typ zdraví“, a vysokému riziku dysfunkčního typu růstu a vývoje. Názvy aktuálních zdravotních (ošetřovatelských) problémů a rizik jsou standardizovány taxonomií: NANDA ošetřovatelské diagnózy.



CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- rozlišit „funkční“ a „dysfunkční typy zdraví“ v ošetřovatelské praxi
- vysvětlit vztah „dysfunkčních typů zdraví“ a zdravotních (ošetřovatelských) problémů
- vysvětlit vztah „dysfunkčního typu zdraví“, „potenciálně dysfunkčního typu zdraví“ a NANDA ošetřovatelských diagnóz.



ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

Doporučený čas ke studiu této kapitoly je 120 minut.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

„Dysfunkční typy zdraví“, „potenciálně dysfunkční typy zdraví“, zdravotní (ošetřovatelské) problémy, NANDA ošetřovatelské diagnózy.



PRŮVODCE TEXTEM



Následující text se zaměřuje „dysfunkční typy zdraví“, kdy se objevují symptomy a příznaky zdravotních (ošetřovatelských) problémů, které vyžadují léčebné a ošetřovatelské zásahy. Příčiny vzniku zdravotních (ošetřovatelských) problémů (u klientů, kojenců, dětí, mladistvých, rodin i komunit) bývají různé. Nejčastěji jde o neuspokojování základních potřeb organismu v oblasti zdravého životního stylu (málo pohybu, dostatečný příjem tekutin a vhodné stravy, kouření, užívání drog, úrazy, podstupování rizik všeho druhu (např. střídání sexuálních partnerů), apod.



3.1 Rozlišení „funkčního“ a „dysfunkčního typu zdraví“

3.1.1 Pojem zdravotní (ošetřovatelský) problém

Pokud se objeví symptomy a příznaky zdravotních (ošetřovatelských) problémů (u „dysfunkčního typu zdraví“) vyžadují terapeutický zásah na straně lékaře, sestry, klienta, rodiny, přátel nebo komunity. Jinými slovy, pokud se objeví **zdravotní (ošetřovatelský) problém**, vyžaduje léčebný zásah.

Zdravotní (ošetřovatelské) problémy - v praxi jsou rozlišovány dvě kategorie:

1. **Aktuální zdravotní (ošetřovatelské) problémy**, které jsou identifikovány v některé z 11 oblastí „dysfunkčních typů zdraví“.
2. **Vysoké riziko zdravotních (ošetřovatelských) problémů**, které je rovněž identifikováno v některé z 11 oblastí „dysfunkčních typů zdraví“.

Terapeutický zásah se vztahuje k potřebě klienta/pacienta být léčen a k povinnosti profesionálů tento zásah poskytnout.

Rozlišení „funkčních“ a „dysfunkčních typů zdraví“ je v ošetrovatelské praxi velmi důležité, protože každý typ zdravotních (ošetrovatelských) problémů klienta/pacienta, dítěte, rodiny a komunity vyžaduje odlišné ošetrovatelské zásahy.

Ošetrovatelské intervence v 11 oblastech „funkčních typů zdraví“ (charakterizujících celkové zdraví, pohodu nebo optimální úroveň funkcí lidského organismu) jsou zaměřeny na podporu klientů v dodržování zdravého životního stylu a dosahování co nejvyšší úrovně celkového zdraví a pohody.

Ošetrovatelské terapeutické zásahy u „dysfunkčního typu zdraví“ (aktuálního zdravotního problému) se zaměřují na faktory, které přispívají nebo způsobují aktuální zdravotní (ošetrovatelský) problém, zatímco pro „potenciální dysfunkční typ zdraví“ (vysoké riziko zdravotních (ošetrovatelských) problémů) je cílem prevence vzniku dalších zdravotních problémů a omezování rizikových faktorů.



3.1.2 „Funkční typ zdraví“

„Funkční typ zdraví“ (v některé z 11 oblastí) se může lišit od stanovených norem. Normy jsou různé: biologické a vývojové, socio-kulturní i osobní priority (hodnoty). Systematické poznatky o normách sestry získávají při studiu, poznatky o osobních hodnotách klienta sestry získávají až při rozhovoru s klientem.

Mezi poznatky z biologie patří např. „normy“ počtu pulsů při pohybových aktivitách; normy pro danou věkovou kategorii. V každé kultuře existují určité standardy např. pro bezpečnou péči o rodičovství, matku a dítě, výživu, podporu růstu a vývoje, které pak ovlivňují celkové zdraví (11 oblastí „funkčních typů zdraví“) každého jedince, rodiny a komunity.

„Funkční typ“ představuje zdraví tak, jak je obvykle definováno, např.: „Zdraví znamená dobře se cítit a využívat naplno své síly“ (F. Nightingalová). Naopak „dysfunkční typ zdraví“ a nemoc omezují pocit pohody, autonomii a plný životní potenciál jedince, rodiny i komunity.

3.1.3 „Dysfunkční typ zdraví“

„Dysfunkční typ zdraví“ nebo aktuální zdravotní (ošetřovatelský) problém se projevuje symptomy a příznaky tj. změnou zdravotního stavu a chování daného klienta/pacienta, které neodpovídá normám pro zdraví a negativně ovlivňuje jeho denní životní aktivity a kvalitu života. Může *např. způsobit opožděný vývoj jedince, změny v rodině i komunitě.*

U „dysfunkčního typu zdraví,, rozlišujeme fázi:

- **akutní,**
- **přechodnou**
- **chronickou**

Posouzení změn u „dysfunkčního stavu zdraví“ probíhá srovnáním aktuálně zjištěných informací se stavem v minulosti.

U změny zdravotního stavu rozlišujeme typ:

- **dysfunkční,**
- **stabilizovaný**
- **zhoršující se**

Zaostalý nebo málo rozvinutý potenciál pro podporu zdraví může existovat u jednotlivců, rodin i komunit, kdekoli na světě. Sestry se jimi zabývají v situaci, kdy vedou ke zdravotním problémům.

Např. dítě, které nastupuje do školy nezvládá dovednost zavázat šňůrky u bot nebo se obléci tak, jak stanovuje norma pro jeho věk. Jeho rodiče nechtějí, aby se namáhalo kvůli obav ze zhoršení jeho onemocnění astmatu bronchiále. Ve škole mu ostatní děti říkají „miminko“, postupně se nezúčastňuje ani her a jiných aktivit s dětmi ve škole ani v sousedství. Toto dítě se vyhýbá lidem, je melancholické, vzpurné, mrzuté, a uzavřené.



Diagnostika dysfunkčního potenciálu pro rozvoj lidského jedince je založena na srovnání stanovených norem a dosažených schopnostech a potenciálu.

Výše uvedený příklad opožděného vývoje dítěte byl způsoben strachem rodičů a nepochopením problematiky tolerance pohybové aktivity dítěte. Opožděný rozvoj v tomto případě je nutné odlišit od ztráty pohybových schopností, které se mohou objevit u dospělých.

NANDA Ošetrovatelská diagnóza tohoto problému je:

00111 Opožděný růst a vývoj (dovednosti sebepěče) z důvodu nepochopení rodičů potřeby pohybových aktivit.



Smyslem diskuse o různých typech „dysfunkčních typů zdraví“ (zdravotních problémech) je diagnostický postup. Když klienti popisují svůj způsob stravování, zvládnání stresu, vnímání zdravotního stavu, to jsou důležité informace pro posuzování, zda došlo k nějaké změně a jestli tato změna vedla ke zlepšení „dysfunkčního stavu zdraví“.

PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je zaměřen na objasnění myšlenkových algoritmů sestry při zvládnání dysfunkčního zdravotního stavu klienta/pacienta, kdy je nutné zvažovat všechny příčiny a související faktory, které mohou způsobit vážné komplikace. K pojmenování aktuálních i potenciálních zdravotních (ošetřovatelských) problémů jsou používány NANDA ošetřovatelské diagnózy 2009 – 2011.

3.1.4 Vztah mezi dysfunkčním, stabilizovaným a zhoršujícím se typem zdraví

Mezi identifikací zdravotních (ošetřovatelských) problémů sestrou a pacientem existuje souvislost. Pro ošetřovatelský zásah je velmi důležité zjistit příčinu, která vedla ke vzniku zdravotního problému u pacienta, a kterou sestra může identifikovat ze získaných odpovědí klienta/pacienta na následující otázky:

Proč existuje tento problém ?

Které faktory přispěly k jeho rozvoji ?

Proč se tyto faktory podílejí na rozvoji daného problému ?

Odpovědi na tyto otázky jsou zásadní. Směřují ošetřovatelskou péči k pomoci klientovi redukovat nebo odstranit příčinu zdravotního problému.

Sestra používá kritické myšlení na základě svých znalostí a dovedností.

*Např. při posouzení byl zjištěn **00109 Deficit sebepéče při oblékání** a **00092 Intolerance aktivity**. *Netolerance aktivity je neschopnost normálního fungování velkých svalových skupin u aktivit vyžadujících svalovou sílu a energii např. při koupání a oblékání. Je logické, že netolerance aktivity je příčinou deficitu sebepéče.**



Faktory, které jsou pravděpodobnou příčinou zdravotních (ošetřovatelských) problémů, zhoršují celkový zdravotní stav klienta/pacienta a udržují ho, se nazývají **etiologické nebo související faktory**. Pokud jsou tyto faktory identifikovány, zaměřují se na ně ošetřovatelské zásahy.

Sestry používají k identifikaci etiologických nebo souvisejících faktorů (zhoršujících zdraví klienta/pacienta) „Funkční typy zdraví“. Všechny 11 oblastí je vzájemně závislých a interaktivních. Lidská bytost funguje komplexně jako celek v interakci s prostředím, v každé životní situaci.

Např. dysfunkční spánkový rytmus (prodloužená fáze usínání) může být primárně způsobená dysfunkčním vnímáním sebe sama (strach z narkózy před chirurgickým zákrokem). Nebo posouzením u jednoho klienta se zjistí úzkost ve vztahu ke spánkové deprivaci, zatímco u jiného klienta se při posuzování zjistí spánková deprivace ve vztahu k úzkosti.



K ZAPAMATOVÁNÍ 7

Shrnutí k vymezování (určení, pojmenování) zdravotních (ošetřovatelských) problémů pacienta na základě získaných informací při posuzování stavu zdraví podle „funkčních typů zdraví“:

1. Hledat pravděpodobnou příčinu zdravotních problémů (etiologických nebo souvisejících faktorů) podle 11 oblastí „funkčních typů zdraví“.
2. Zjištěné informace a klinická zdůvodnění vymezují zdravotní problém nebo související faktory v dané situaci.
3. Klinické zdůvodnění je založeno na teoretických znalostech a zkušenostech, které ukazují pravděpodobné propojení mezi zdravotními problémy.
4. Používat názvy NANDA ošetřovatelských diagnóz, které představují buď zdravotní (ošetřovatelský problém) nebo etiologické faktory.
5. Na etiologické nebo související faktory se zaměřují ošetřovatelské zásahy.



3.1.5 „Potenciálně dysfunkční typy zdraví“

Vedle podpory zdraví a preventivních zásahů je nedílnou součástí moderního ošetřovatelství identifikace potenciálních zdravotních (ošetřovatelských) problémů. Ty jsou důležité při diagnostice dysfunkce. Při aktuálních zdravotních problémech se mohou objevit i potenciální problémy, přestože chybí medicínská diagnóza, nebo se objeví ve spojitosti s chorobou, chirurgickým zákrokem nebo léčbou. Potenciální zdravotní problémy nebo vysoké riziko u NANDA ošetřovatelských diagnóz zahrnují řadu rizikových faktorů „dysfunkčních typů zdraví“. Zaměření ošetřovatelských zásahů na potenciální zdravotní problémy je redukce rizikových faktorů. Během posuzování je třeba věnovat pozornost dvěma typům potenciálních problémů:

1. **Vysoké riziko změny z „funkčního“ na „dysfunkční typ zdraví“.** NANDA ošetřovatelské diagnózy v této oblasti indikují rizikové faktory a představují vysoké riziko změny v chování pacienta. Rizikové faktory předcházejí aktuálnímu zdravotnímu problému, *např. 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu nebo 00125 Riziko bezmocnosti.*
2. **Vysoké riziko dysfunkčního typu růstu a vývoje.** NANDA ošetřovatelské diagnózy v této oblasti indikují vysoké riziko pro zdravotní problémy vztahující se k bio-psycho-sociálnímu růstu jedince nebo rodiny. Když lidská bytost (dítě, dospělý) nebo rodina, která vstupuje do nové vývojové fáze nemusí vždy mít optimální podmínky pro rozvoj.

- *Např. 00112 Riziko opožděného vývoje (sociální dovednost, komunikace) nebo 00058 Riziko narušení vztahu.* Rizikové faktory musí být přítomny.
- *Např. pokud starší žena v domácím prostředí (1) má teplotu, (2) nemá energii a sílu dosáhnout z lůžka na džbán s vodou mezi jídly a (3) je právě letní počasí s teplotou 30°C po několik dnů, pak u ní existuje vysoké Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00125).*
- *Riziko traumatu (00038)* je dalším příkladem rizikových faktorů. Při hospitalizaci např. často hrozí opaření horkou vodou při koupání, vznik požáru od cigaret (kouření v posteli) a následného popálení. Dalším příkladem potenciálního problému ve vztahu k léčbě je *Riziko poškození (00035)*.
- *Např. mnohonásobná preskripce léků, zvyšuje riziko, že klient/pacient nebude léky užívat. Rizikovým pacientem pro chirurgický zákrok je např. obézní pacient nebo kuřák s chronickým onemocněním plic, kdy se může objevit pooperační atelektáza plic.* Sestra se pak musí zaměřit na intenzivní ošetrovatelské zásahy k prevenci plicních komplikací po chirurgickém zákroku.

Z pohledu ošetrovatelské péče je samotný „dysfunkční stav zdraví“ pro sestru ošetrovatelským problémem. Jde buď o zhoršování zdravotního stavu pacienta nebo o jeho relativní stabilizaci. Rizikový stav charakterizuje přítomnost faktorů, které přispívají k „dysfunkčnímu stavu zdraví“.

Příklady rizikových NANDA ošetrovatelských diagnóz:

00047 Riziko narušení integrity kůže,

00213 Riziko vaskulárního traumatu,

00086 Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce,

00180 Riziko kontaminace,

00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty,

00004 Riziko infekce,

00115 Riziko narušeného chování kojence,

00211 Riziko snížené odolnosti,

00149 Riziko stresového syndromu z přemístění,

00200 Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze,

00094 Riziko intolerance aktivity,

00173 Riziko akutní zmatenosti,

*00205 Riziko šoku, 00206 Riziko krvácení,
00179 Riziko nestabilní glykémie,
00178 Riziko zhoršené funkce jater,
00195 Riziko dysbalance elektrolytů,
00022 Riziko urgentní inkontinence moči.*

Další: viz seznam NANDA ošetrovatelských diagnóz 2009 – 2011.

PRŮVODCE TEXTEM



Následující text je věnován přehledu NANDA ošetrovatelských diagnóz, které charakterizují zdravotní (ošetrovatelské) problémy a rizika podle 11 oblastí „funkčních typů zdraví“.



3.2 NANDA ošetrovatelské diagnózy v 11 oblastech „dysfunkčních typů zdraví“

3.2.1 Stav diagnózy

Aktuální: reálně existující v přítomnosti. Aktuální diagnóza popisuje lidské reakce na zdravotní stav / životní procesy, které se vyskytují u jedince, rodiny nebo komunity. Je podložen určitými znaky (projevy, příznaky, a symptomy), např. *00134 Nausea*.

Riziko: důsledek vystavení faktorům, které zvyšují možnost poškození nebo ztráty. Riziková diagnóza popisuje lidské reakce na zdravotní stav / životní procesy, které se mohou vyvinout u ohroženého jedince, rodiny, komunity. Je podloženo rizikovými faktory, které přispívají k ohrožení, např. *00035 Riziko poškození*.

Wellness (stav pocitu fyzické pohody, zdraví): Wellness diagnóza popisuje lidské reakce na pocit pohody a zdraví u jedince, rodiny a komunity, kteří projevují snahu o zlepšení, např. *00158 Snaha zefektivnit zvládání zátěže*.

3.2.2 Určující znaky, rizikové a související faktory

Určující znaky: u *všech* diagnóz: jsou pozorovatelné projevy, příznaky a symptomy.

Rizikové faktory: u *rizikových* diagnóz: jsou faktory prostředí, fyziologické, psychologické, genetické nebo chemické prvky, které ohrožují zdravotní stav jedince, rodinu nebo komunitu vznikem zdravotních problémů.

Související faktory: u *wellness a aktuálních diagnóz*: pokud je diagnóza *aktuální*, je nutné stanovit související faktory, např. *00013 Průjem*, související faktory: (1) psychogenní (úzkost), (2) situační (nežádoucí účinek léků), (3) fyziologické (infekční proces, záněť).

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

- 00099 Neefektivní udržování zdraví**
- 00078 Neefektivní péče o vlastní zdraví**
- 00186 Snaha zlepšit stav imunizace**
- 00187 Snaha zlepšit zdatnost**
- 00193 Zanedbávání sebe sama**
- 00080 Neefektivní řízení léčebného režimu v rodině**
- 00162 Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví**
- 00004 Riziko infekce**
- 00039 Riziko aspirace**
- 00036 Riziko udušení**
- 00037 Riziko otravy**
- 00038 Riziko traumatu**
- 00155 Riziko pádu**
- 00035 Riziko poškození**
- 00072 Neefektivní popírání**
- 00188 Chování náchylné ke zdravotním rizikům**
- 00041 Alergická reakce na latex**
- 00042 Riziko alergické reakce na latex**



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 17



V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

- 00163 Snaha zlepšit výživu
- 00107 Neefektivní vzorec výživy kojence
- 00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu
- 00001 Nevyvážená výživa: více, než je potřeba organismu
- 00003 Riziko nevyvážené výživy: více, než je potřeba organismu
- 00103 Porucha polykání
- 00179 Riziko nestabilní glykemie
- 00194 Novorozenecká žloutenka
- 00178 Riziko zhoršené funkce jater
- 00195 Riziko dysbalance elektrolytů
- 00160 Snaha zlepšit rovnováhu tekutin
- 00027 Snížený objem tekutin v organismu
- 00026 Zvýšený objem tekutin v organismu
- 00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu
- 00025 Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu

00045 Poškozená sliznice dutiny ústní
00106 Efektivní kojení
00104 Neefektivní kojení
00105 Přerušené kojení
00007 Hypertermie
00006 Hypotermie
00008 Neefektivní termoregulace
00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty
00043 Neefektivní ochrana
00046 Narušená integrita kůže
00047 Riziko narušení integrity kůže
00044 Narušená integrita tkáně
00213 Riziko vaskulárního traumatu
00048 Poškozená dentice



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 18

V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



3. VYLUČOVÁNÍ

00020 Funkční inkontinence moči
00176 Močová inkontinence s přetékáním
00018 Reflexní inkontinence moči
00017 Stresová inkontinence moči
00019 Urgentní inkontinence moči
00022 Riziko urgentní inkontinence moči
00016 Zhoršené vylučování moči
00166 Snaha zlepšit vylučování moči

- 00023 Retence moči
- 00014 Inkontinence stolice
- 00011 Zácpa
- 00012 Uvědomovaná zácpa
- 00015 Riziko zácpy
- 00013 Průjem
- 00196 Dysfunkční gastrointestinální motilita
- 00197 Riziko dysfunkční gastrointestinální motility



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 19



V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



4. AKTIVITA – CVIČENÍ

- 00040 Riziko syndromu nepoužívání
- 00097 Nedostatek zájmových aktivit
- 00168 Sedavý způsob života
- 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
- 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

- 00089 Zhoršená pohyblivost na vozíku**
- 00100 Prodloužení pooperačního zotavení**
- 00090 Zhoršená schopnost přemísťování se**
- 00088 Zhoršená chůze**
- 00050 Porucha energetického pole**
- 00093 Únava**
- 00092 Intolerance aktivity**
- 00094 Riziko intolerance aktivity**
- 00206 Riziko krvácení**
- 00032 Neefektivní vzorec dýchání**
- 00030 Porucha výměny plynů**
- 00029 Snížený srdeční výdej**
- 00033 Zhoršená spontánní ventilace**
- 00034 Negativní reakce organismu na odpojení od ventilátoru**
- 00156 Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence**
- 00204 Neefektivní periferní tkáňová perfuze**
- 00200 Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze**
- 00201 Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfuze**
- 00202 Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze**
- 00203 Riziko neefektivní renální perfuze**
- 00205 Riziko šoku**
- 00182 Snaha zlepšit sebepéči**
- 00108 Deficit sebepéče při koupání**
- 00109 Deficit sebepéče při oblékání**
- 00102 Deficit sebepéče při stravování**
- 00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování**
- 00098 Zhoršená schopnost péče o domácnost**
- 00101 Neschopnost dospělého sedál rozvíjet**
- 00111 Opožděný růst a vývoj**
- 00113 Riziko disproporčního růstu**
- 00112 Riziko opožděného vývoje**

- 00009 Autonomní dysreflexie
- 00010 Riziko autonomní dysreflexie
- 00049 Snížení nitrolební adaptivní kapacity
- 00086 Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 20



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



5. SPÁNEK – ODPOČINEK

- 00095 Nespavost
- 00198 Narušený vzorec spánku
- 00096 Nedostatek spánku



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 21



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

- 00132 Akutní bolest
- 00133 Chronická bolest

- 00183 Snaha zlepšit komfort**
- 00214 Zhoršený komfort**
- 00134 Nauzea**
- 00123 Opomíjení jedné strany**
- 00127 Syndrom zhoršené interpretace okolí**
- 00154 Potulka**
- 00122 Narušené smyslové vnímání** (specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, gustatorické, taktilní, olfaktorické)
- 00128 Akutní zmatenost**
- 00129 Chronická zmatenost**
- 00173 Riziko akutní zmatenosti**
- 00126 Nedostatečné znalosti**
- 00161 Snaha zlepšit znalosti**
- 00131 Zhoršená paměť**
- 00184 Snaha zlepšit rozhodování**
- 00199 Neefektivní plánování aktivit**
- 00051 Zhoršená verbální komunikace**
- 00157 Snaha zlepšit komunikaci**



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 22

V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

- 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti**
- 00124 Beznaděj**
- 00121 Narušená osobní identita**
- 00054 Riziko osamělosti**
- 00125 Bezmocnost**
- 00152 Riziko bezmocnosti**

- 00167 Snaha zlepšit sebepojetí
- 00120 Situace snižená sebeúcta
- 00119 Chronicky snižená sebeúcta
- 00153 Riziko situace snižené sebeúcty
- 00118 Narušený obraz těla
- 00146 Úzkost
- 00147 Úzkost ze smrti
- 00136 Truchlení
- 00137 Chronický smutek
- 00135 Komplikované truchlení
- 00172 Riziko komplikovaného truchlení

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 23



V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

- 00053 Sociální izolace
- 00116 Narušené chování kojence
- 00115 Riziko narušeného chování kojence
- 00117 Snaha zlepšit organizaci chování kojence
- 00151 Sebepoškození
- 00150 Riziko sebevraždy
- 00138 Riziko násilí vůči jiným
- 00140 Riziko násilí vůči sobě
- 00061 Zátěž v roli pečovatele
- 00062 Riziko zátěže v roli pečovatele
- 00056 Narušené rodičovství
- 00164 Snaha zlepšit rodičovství

- 00057 Riziko narušení rodičovství**
- 00058 Riziko narušení vztahu**
- 00063 Dysfunkční procesy v rodině**
- 00159 Snaha zlepšit procesy v rodině**
- 00064 Konflikt rodičovských rolí**
- 00207 Snaha zlepšit vztah**
- 00055 Neefektivní plnění rolí**
- 00052 Zhoršená sociální interakce**



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 24

V knize: NANDA International Ošetrovateľské diagnózy Definície & klasifikácie 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovateľským diagnózám prostudujte: *určujúci znaky a súvisiace faktory* a zamyslete sa nad ich definíciami.

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÁ SCHOPNOSŤ

- 00059 Sexuálna dysfunkcia**
- 00065 Neefektívny vzorec sexuality**
- 00208 Snaha o lepší priebeh porodu**
- 00209 Riziko narušenia vzťahu matky k plodu**

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 25



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

- 00074 Oslabené zvládání zátěže v rodině
- 00071 Obranné zvládání zátěže
- 00073 Neschopnost zvládat zátěž v rodině
- 00069 Neefektivní zvládání zátěže
- 00077 Neefektivní zvládání zátěže v komunitě
- 00158 Snaha zefektivnit zvládání zátěže
- 00076 Snaha zefektivnit zvládání zátěže v komunitě
- 00075 Snaha zefektivnit zvládání zátěže v rodině
- 00210 Zhoršená odolnost jedince
- 00212 Snaha zvýšit odolnost
- 00211 Riziko snížené odolnosti
- 00177 Stresové přetížení
- 00141 Posttraumatický syndrom
- 00145 Riziko posttraumatického syndromu
- 00142 Traumatický syndrom po znásilnění
- 00114 Stresový syndrom z přemístění
- 00149 Riziko stresového syndromu z přemístění

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 26



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

- 00185 Snaha zvýšit naději
- 00068 Snaha zlepšit duchovní well – being
- 00038 Konflikt při rozhodování
- 00175 Morální strádání
- 00079 Noncompliance
- 00169 Zhoršená religiozita
- 00171 Snaha zlepšit religiozitu
- 00170 Riziko zhoršené religiozity
- 00066 Duchovní strádání
- 00067 Riziko duchovního strádání



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 27

V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



PRŮVODCE TEXTEM

Následující text objasňuje postup při sestavování ošetřovatelské anamnézy u kritických stavů. V situaci, kdy jde o život ohrožující (kritický) stav je hlavním cílem péče stabilizace životních funkcí pacienta. Objektivní pozorování a monitoring jsou hlavními metodami získávání informací o změnách ve stavu pacienta. Jakmile je pak pacient přeložen na standardní oddělení, je možné dokončit systematické ošetřovatelské posouzení podle 11 oblastí „funkčních typů zdraví“.



3.3 Posuzování zdravotního stavu u – AKUTNÍCH / ŽIVOT OHROŽUJÍCÍCH STAVŮ

Pacienti v kritickém stavu *např. s vážnými poruchami systému: dýchacího, srdečně cévního, neurologického nebo při vážných poruchách psychických funkcí* nejsou schopni odpovídat na otázky při rozhovoru podle oblastí „funkčních typů zdraví“. Rovněž nelze a není vhodné získávat systematické informace pro ošetřovatelskou anamnézu na pooperačním pokoji nebo

jednotkách intenzivní péče (JIP). **(Výjimka: Někteří klienti/pacienti jsou umístováni na JIP i přesto, že se u nich se nejedná o urgentní stav – jednodenní chirurgie).** Celkové ošetrovatelské posouzení je však nutné k referenci o klinickém stavu a propuštění do domácí péče.

Během kritické fáze péče o pacienta je hlavním cílem ošetrovatelské a lékařské péče stabilizace fyziologických a psychologických funkcí a prevence dalších komplikací, poranění a emocionálního stresu.



Vyšetření a pozorování (objektivní příznaky, monitoring) jsou hlavní metody získávání informací o změnách v kritickém stavu klienta/pacienta, tj. v době, kdy pacient nemá kapacitu, životní energii, potřebný rozsah pozornosti ke spolupráci se sestrou na vytvoření ošetrovatelské anamnézy.

Rodinní příslušníci nebo doprovázející osoby, pokud jsou přítomni mohou být zdrojem informací, které jsou důležité pro péči. **Pokud je pacient přeložen z JIP na standardní oddělení je nutné dokončit systematickou ošetrovatelskou anamnézu.**

Po přijetí na JIP je nutné stanovit aktuální vysoce rizikové ošetrovatelské diagnózy a patofyziologická nebo psychiatrická rizika související se stavem pacienta a vznikem komplikací. Důležité je i předvídání reakce rodiny na krizovou situaci. Následující NANDA ošetrovatelské diagnózy se mohou vyskytovat během kritických fází péče o pacienta.

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

00004 Riziko infekce

00035 Riziko poškození

00036 Riziko udušení

00180 Riziko kontaminace

00206 Riziko krváčení



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 28

V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



2. VÝŽIVA – METABOLISMUS

00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

00047 Riziko narušení integrity kůže

00046 Narušená integrita kůže

00044 Narušená integrita tkáně

00213 Riziko vaskulárního traumatu

00006 Hypotermie

00008 Neefektivní termoregulace

00039 Riziko aspirace

00028 Riziko sníženého objemu tekutin v organismu

00027 Snížený objem tekutin v organismu

00195 Riziko dysbalance elektrolytů

00179 Riziko nestabilní glykemie

00007 Hypertermie



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 29



V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



3. VYLUČOVÁNÍ

00015 Riziko zácpy

00011 Zácpa

00013 Průjem

00197 Riziko dysfunkční gastrointestinální motility

00196 Dysfunkční gastrointestinální motilita

00016 Zhoršené vylučování moči

00023 Retence moči





ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 30

V knize: NANDA International Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



4. AKTIVITA – CVIČENÍ

- 00029 Snížený srdeční výdej
- 00094 Riziko netolerance aktivity
- 00092 Netolerance aktivity
- 00031 Neefektivní průchodnost dýchacích cest
- 00040 Riziko syndromu nepoužívání
- 00032 Neefektivní vzorec dýchání
- 00033 Zhoršená spontánní ventilace
- 00034 Negativní reakce organismu na odpojení od ventilátoru
- 00108 Deficit sebepéče při koupání
- 00109 Deficit sebepéče při oblékání
- 00102 Deficit sebepéče při stravování
- 00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování
- 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
- 00010 Riziko autonomie dysreflexie
- 00009 Autonomní dysreflexie
- 00100 Prodloužení pooperačního zotavení
- 00086 Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce
- 00200 Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze
- 00202 Riziko neefektivní gastrointestinální perfuze
- 00203 Riziko neefektivní renální perfuze
- 00205 Riziko šoku
- 00155 Riziko pádu
- 00087 Riziko perioperačního poškození

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 31



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



5. SPÁNEK – ODPOČINEK

00198 Narušený vzorek spánku

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

00122 Narušení smyslového vnímání (specifikovat: vizuální, auditivní, kinestetické, taktilní, olfaktorické, gustatorické)

00132 Akutní bolest

00134 Nauzea

00177 Stresové přetížení



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 32



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



7. SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

00146 Úzkost

00147 Úzkost ze smrti
00148 Strach
00125 Bezmocnost
00124 Beznaděj
00120 Sizačně snížená sebeúcta



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 33

V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



8. PLNĚNÍ ROLÍ - MEZILIDSKÉ VZTAHY

00060 Narušené procesy v rodině
00051 Zhoršená verbální komunikace
00064 Konflikt rodičovských rolí
00136 Truchlení

9. SEXUALITA - REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

00209 Riziko narušení vztahu matky a plodu



ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 34

V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory* a zamyslete se nad jejich definicemi.



10. STRES - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

00145 Riziko posttraumatického syndromu
00141 Postraumatický syndrom
00142 Traumatický syndrom ze znásilnění

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

00071 Obranné zvládnání zátěže

00074 Oslabené zvládnání zátěže v rodině

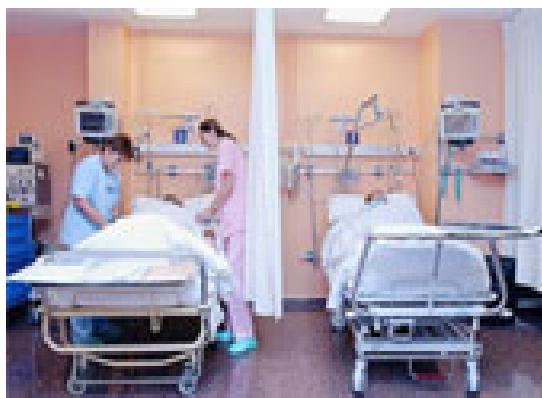
11. VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY

00066 Duchovní strádání

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ 35



V knize: NANDA International Ošetřovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009-2011 si k výše uvedeným ošetřovatelským diagnózám prostudujte: *určující znaky a související faktory a zamyslete se nad jejich definicemi.*



PRO ZÁJEMCE 7



HOW TO WRITE A NURSING ASSESSMENT & DIAGNOSIS

By Lynn Hetzler, eHow Contributor

One aspect of a nurse's job is to assess a patient's condition, develop a nursing diagnosis and establish a care plan. The North American Nursing Diagnosis Association, or NANDA, defines a nursing diagnosis as "clinical judgment about individual, family, or community experiences and responses to actual or potential health problems and life processes." A medical diagnosis deals only with the patient's disease or medical condition. A nursing diagnosis assesses the human response to this illness. An accurate nursing assessment and diagnosis is imperative to a patient's overall recovery, not just the resolution of the specific illness.

Instructions

1. Ask the patient questions designed to develop a nursing history. This nursing history includes questions about the patient's overall health status and any significant injuries or illnesses in the past. Inquire about the patient's family's health, including questions about family members who have had diabetes, heart disease or other conditions.
2. Solicit information about the patient's primary medical problem, including measures the patient has taken to manage his illness. This conversation gives the nurse clues to the patient's familial support structure, how he perceives his illness and how well he is managing his condition. Note this information on the patient's chart.
3. Perform a physical examination of the patient, including vital signs and assessment of physical well-being. The nurse should listen for bowel sounds and for clear lungs. She should examine the musculoskeletal system and the skin for rashes, infections and lesions. Write down all observations in the patient's chart.
4. Inquire about any symptoms a patient experiences, taking care to prioritize pertinent symptoms while still noting other symptoms that may not normally be indicative of the primary illness. Find out how long the patient has experienced these symptoms and what, if any, treatments seem to ease those symptoms. Write all symptoms in the patient's chart.
5. Use established assessment tools. Download and print helpful assessment tools, like the Barthel Index, which was developed by the Maryland State Medical Society and is helpful for stroke patients. Universal use of these documents will give the nursing staff a uniform approach to effective treatment plans for all patients suffering common illnesses.
6. Develop an individualized nursing care plan, incorporating not only the medical effects of the patient's illness but also the familial and social aspects of his condition. Determine how the illness will affect his quality of life, including mobility, work and play, and whether he will be able to live independently. Add this care plan to the patient's medical chart so that the course of treatment may be properly implemented and maintained.

http://www.ehow.co.uk/how_8399400_write-nursing-assessment-diagnosis.html



SHRnutí KAPITOLY

Tato kapitola je zaměřena na objasnění odlišností „funkčních“, „dysfunkčních“ a „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“. Na rozdíl od „funkčních“, „dysfunkčních“ nebo „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“ nespĺňují stanovené normy a jsou defínovány jako zdravotní (ošetřovatelské) problémy. V praxi se rozlišují jejich dvě kategorie: aktuální zdravotní (ošetřovatelské) problémy a vysoké riziko zdravotních (ošetřovatelských) problémů. „Dysfunkční typy

zdraví“ nebo aktuální zdravotní (ošetřovatelské) problémy mění chování daného klienta/pacienta a negativně ovlivňují jeho denní životní aktivity a kvalitu života. U „dysfunkčních typů zdraví“ se rozlišují fáze: akutní, přechodná a chronická. U změny zdravotního stavu je klinické praxi rozlišován typ: dysfunkční, stabilizovaný a zhoršující se. U „potenciálně dysfunkčních typů zdraví“ je nutné věnovat pozornost: vysokému riziku změny z „funkčního“ na „dysfunkční typ zdraví“, a vysokému riziku dysfunkčního typu růstu a vývoje. Názvy aktuálních zdravotních (ošetřovatelských) problémů a rizik jsou standardizovány taxonomií: NANDA ošetřovatelské diagnózy.



OTÁZKY



1. „Dysfunkční typ zdraví“ znamená, že se u klienta/pacienta objeví:
 - a) zdravotní (ošetřovatelské) problémy
 - b) reakce na podnět z okolí
 - c) stresová reakce
 - d) prožívání ztráty

2. „Dysfunkční typy zdraví“ – zdravotní (ošetřovatelské) problémy vyžadují:
 - a) terapeutický zásah, který je povinností profesionálů
 - b) psychologický přístup
 - c) dodržování etických zásad
 - d) kooperaci profesionálů

3. Mezi změny zdravotního stavu pacienta nepatří typ:
 - a) zhoršující se
 - b) stabilizovaný
 - c) dysfunkční
 - d) intermitentní

4. Sestry se zabývají zaostalým nebo málo rozvinutým potenciálem pro podporu zdraví jedince v případě, že vedou:
 - a) vzniku zdravotních problémů
 - b) odstranění nevhodného prostředí
 - c) řešení a podpoře sociálními pracovníky
 - d) umístění do diagnostického ústavu

5. Faktory, které jsou pravděpodobnou příčinou zdravotních problémů nebo rizik se nazývají:

- a) stresové faktory
- b) etiologické nebo související faktory
- c) sociální faktory
- d) psychologické faktory

6. Mezi fáze „dysfunkčních typů zdraví“ nepatří:

- a) norma
- b) přechodný
- c) chronický
- d) akutní

7. Pod pojmem „potenciálně dysfunkční typy zdraví“ rozumíme:

- a) posttraumatický syndrom
- b) potřebný ošetrovatelský zásah
- c) potřebný léčebný zásah lékaře
- d) potenciální zdravotní (ošetrovatelské) problémy nebo vysoké riziko jejich vzniku

8. Samotný „dysfunkční stav zdraví“ je pro sestru:

- a) ošetrovatelským problémem
- b) ošetrovatelským zásahem
- c) plánem ošetrovatelské péče
- d) vyhodnocením dosaženého výsledku v péči

9. Během kritické fáze péče o pacienta v kritickém stavu:

- a) je vhodné získávat informace od pacienta
- b) není vhodné získávat informace od pacienta
- c) je vhodné získat informace na pooperačním pokoji
- d) je vhodné získat informace až v domácí péči

10. Mezi hlavní metody získávání informací o změnách v kritickém stavu pacienta patří:

- a) písemná komunikace
- b) verbální komunikace
- c) nonverbální komunikace
- d) fyzikální vyšetření, pozorování, přístrojové monitorování

11. Hlavním cílem ošetrovatelské a lékařské péče během kritické fáze není:

- a) stabilizace fyziologických a psychologických funkcí
- b) prevence dalších komplikací
- c) prevence poranění a emocionálního stresu
- d) zlehčování závažnosti situace pacienta

12. Po přijetí na JIP není nutné stanovit:

- a) aktuální a vysoce rizikové NANDA ošetrovatelské diagnózy
- b) patofyziologická nebo psychiatrická rizika
- c) možné reakce rodiny na krizovou situaci
- d) termín propuštění pacienta do domácího léčení

13. Kdy je možné dokončit ošetrovatelské posouzení zdravotního stavu podle „funkčních typů zdraví „u pacienta v kritickém stavu:

- a) při návštěvě rodinných příslušníků
- b) při přeložení pacienta z JIP na standardní oddělení
- c) po nabytí potřebné energie ke komunikaci
- d) po stabilizaci fyziologických funkcí

14. Ošetrovatelskými diagnózami NANDA International rozumíme:

- a) vytvořenou strukturu ošetrovatelských problémů
- b) standardní pojmenování ošetrovatelských problémů seřazených do systematické struktury domén a tříd (taxonomie).
- c) vybrané ošetrovatelské problémy
- d) seřazení ošetrovatelských problémů podle abecedy

15. Pod pojmem „stav“ ošetrovatelské diagnózy rozumíme:

- a) aktuálnost, potenciálnost, wellness (stav pocitu zdraví a pohody)
- b) rizikové faktory
- c) ohrožení komplikacemi
- d) terapeutický zásah

16. „Určující znaky“ u aktuálních a wellness ošetrovatelských diagnóz jsou:

- a) negativní emocionální ladění
- b) změny krevního tlaku
- c) změna vědomí

d) pozorovatelné příznaky a projevy

17. „Rizikové faktory“ u rizikových ošetrovatelských diagnóz jsou:

- a) prvky environmentální
- b) změny směřující ke zlepšení stavu
- c) faktory vnějšího a vnitřního prostředí, které ohrožují pacienta komplikacemi
- d) změny emocionality pacienta

18. „Související faktory“ u aktuálních a wellness ošetrovatelských diagnóz jsou:

- a) fází diagnostického procesu
- b) odhadovaná rizika
- c) domněnky sestry
- d) bezprostředně předcházející nebo přispívající k příznakům a projevům diagnózy



POUŽITÁ LITERATURA A DALŠÍ ZDROJE

- [1] GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3 rd. ed. St. Louis: Mosby., 1994. ISBN 0-8016-6053-X.
- [2] GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*, 11 ed. Jones and Bartlett Publisher: Canada, 2007. ISBN 0-7637-4045-4 (Diagnostic Categories s. xxi – xxviii).
- [3] HERDMAN, T. H. *NANDA International OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY Definice & klasifikace 2009 – 2011* Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [4] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2010 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

http://www.ehow.co.uk/how_8399400_write-nursing-assessment-diagnosis.html



ODPOVĚDI

1a; 2a; 3d; 4a; 5b; 6a; 7d; 8a; 9b; 10d; 11d; 12d; 13b; 14b; 15a; 16d; 17c; 18d;





SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Studijní opora s názvem: „*FUNKČNÍ TYPY ZDRAVÍ*“. *Model Marjory Gordonové pro posuzování stavu zdraví. Standardní model ošetřovatelství* obsahuje celkem tři kapitoly, které se orientují na problematiku systematického posuzování stavu zdraví subjektů: klienta/pacienta, malého dítěte, mladistvého, rodiny a komunity. Z metodologického hlediska jde o první fázi ošetřovatelského procesu. Model Marjory Gordonové s názvem „Funkční typy zdraví představuje mezinárodní standard a vymezuje pole působnosti ošetřovatelství v systémech zdravotní péče. Struktura „funkční typy zdraví“ zahrnuje celkem jedenáct dílčích typů zdraví (oblastí), podle nichž je možné z holistického hlediska posoudit nejen aktuální stav zdraví klienta, rodiny a komunity, ale i rizika, která mohou jeho zdravotní stav významně zhoršit, pokud nejsou včas odstraněna. První kapitola je zaměřena na vybrané pojmy související s posuzováním zdravotního stavu a výsledky výzkumných činností M. Gordonové, která je dnes považována za „žijící legendu“ a průkopnicí elektronické ošetřovatelské dokumentace. Druhá kapitola je zaměřena na obsahové položky jedenácti oblastí „funkčních typů zdraví“ a jejich aplikaci u posuzovaných subjektů. Třetí kapitola je zaměřena na „dysfunkční typy zdraví“ a ošetřovatelskou diagnostiku zdravotních (ošetřovatelských) problémů. „Dysfunkční typy zdraví“ (vzniklé zdravotní problémy) vyžadují terapeutický zásah ze strany, sestry, lékaře, klienta, rodiny i komunity, protože negativně ovlivňují jeho denní životní aktivity a kvalitu života. Tento model sestrám umožňuje plnit své rozšířené role ve všech oblastech péče o zdraví – primární, sekundární i terciární.























Příklad sestavené ošetřovatelské anamnézy podle 11 oblastí „funkčních typů zdraví“ najdete v kapitole 6 příloha – v e-opoře: Ošetřovatelský proces – metoda ošetřovatelské praxe.



- [1] ACENDIO 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Vienna. ISBN 3-456-83825-5.
- [2] ACENDIO 2003 4th European Conference of ACENDIO *Making nursing visible*. Paris ISBN 3-456-83977-4.
- [3] GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3.vyd. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1994. p. 421. ISBN 0-8016-6053-X.
- [4] GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis*, 11 ed. Jones and Bartlett Publisher: Canada, 2007. ISBN 0-7637-4045-4.
- [5] GRAHAM, N. O.: *Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution*. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 1995. ISBN 0-8342-0625-0.
- [6] HERDMAN, T. H. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*, 1.vyd. Grada Publishing: Praha 2010.s. 456. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [7] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2010 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- [8] STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6: hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDV PZ, 2001
- [9] <http://www.bc.edu/schools/son/faculty/Emeritus/gordon.html>
- [10] <http://jasonaranda.posterous.com/profiles-in-nursing-marjorie-gordon-pioneer-o>
- [11] http://www.bc.edu/offices/pubaf/archive/news/Gordon_LivingLegend2009_1203.html
- [12] http://en.wikipedia.org/wiki/Gordon%27s_functional_health_patterns
- [13] http://www.ehow.co.uk/how_8399400_write-nursing-assessment-diagnosis.html



PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON A POUŽITÝCH ZKRATEK

	Čas potřebný ke studiu		Cíle kapitoly
	Klíčová slova		Nezapomeňte na odpočinek
	Průvodce studiem		Průvodce textem
	Rychlý náhled		Shrnutí
	Tutoriály		Definice
	K zapamatování		Případová studie
	Řešená úloha		Věta
	Kontrolní otázka		Korespondenční úkol
	Odpovědi		Otázky
	Samostatný úkol		Další zdroje
	Pro zájemce		Úkol k zamyšlení