

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**OCHRIP – NOVÁ DIMENZE**  
**OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor: Ilona Weissová

Vedoucí práce: MUDr. Tomáš Beran, Mgr. Ivana Kupečková

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**MEDICAL FAKULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**CHICU – NEW DIMENZION**  
**OF NURSING CARE**

Bachelor's thesis

Author: Ilona Weissová

Supervisor: MUDr. Tomáš Beran, Mgr. Ivana Kupečková

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem zpracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne: 20.9.2008

Ilona Weissová

#### Poděkování autora.

Děkuji MUDr. Tomášovi Beranovi a Mgr. Ivaně Kupečkové za cenné rady a návrhy při vedení a zpracování bakalářské práce. Zároveň děkuji vedení společnosti ANESAN s.r.o, za poskytnuté statistické materiály. V neposlední řadě děkuji své rodině za maximální toleranci.

## OBSAH

### ÚVOD

#### TEORETICKÁ ČÁST

1. DEFINICE, VSTUPNÍ KRITÉRIA PRO PŘÍJEM PACIENTA A HLAVNÍ CÍLE OCHRIP Str. 7
2. NEJČASTĚJŠÍ HLAVNÍ LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY U PŘIJATÝCH PACIENTŮ NA OCHRIP Str. 8
3. PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ OCHRIP Str. 9
4. OBLIGATORNÍ OBSAH OD Str. 10
5. PERSONÁLNÍ VYBAVENÍ OCHRIP Str. 11
6. DŮVODY VZNIKU OCHRIP – 90léta Str. 12
7. VÝVOJ OCHRIP Str. 13
8. DOKUMENTACE NA OCHRIP Str. 14
9. OCHRIP V ČESKÉM BRODĚ Str. 15
  - 9.1 Hygienicko – epidemiologický režim Str. 15
  - 9.2 Příjem pacienta Str. 15
  - 9.3 Komunikace s pacientem Str. 16
  - 9.4 Rehabilitace Str. 17
  - 9.5 Sociální problematika Str. 18
  - 9.6. Návštěvy na OCHRIP a spolupráce s rodinou Str. 18
  - 9.7. Psychika pacientů Str. 19
  - 9:8. Psychologická zátěž sester Str. 19
10. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES Str. 20

#### EMPIRICKÁ ČÁST

CÍL PRÁCE Str. 21

ZKOUMANÝ SOUBOR Str. 22

POUŽITÁ METODA Str. 25

VÝZKUM Str. 26

DISKUSE Str. 66

ZÁVĚR

Anotace

Použitá literatura a prameny

Seznam použitých zkratk

Seznam tabulek

Seznam příloh

Přílohy

## ÚVOD

Díky rozvoji moderní medicíny a stále pokračujícím vývoji lékařských postupů se podařilo v minulých letech zachránit životy více lidem, než tomu bylo v minulosti. Především se jedná o pacienty po těžkých polytraumatech a o polymorbidní pacienty, kteří by v minulosti měli podstatně menší šanci na přežití. Bohužel tito pacienti vyžadují podstatně delší hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) nebo na lůžkách anesteziologicko – resuscitačních oddělení (dále jen ARO). Občas se jedná i o několikaleté hospitalizace. Již zde vyvstává otázka zda JIP a ARO jsou pro tyto pacienty vhodné. Důležitým faktorem je i ekonomika těchto oddělení, neboť JIP a ARO jsou provozně i léčebně velmi drahá oddělení.

Rozvoj medicínských technologií umožňuje zkrácení ošetrovací doby na lůžkách akutní péče a současně vyžaduje zlepšení podmínek a dostupnosti doléčovací péče zvláště se zaměřením na rehabilitaci a zvýšení kvality péče. Jedním ze specializovaných oddělení následné péče je i oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (dále jen OCHRIP). Jedná se o mladý obor intenzivní péče, který bohužel nebývá znám všem zdravotnickým profesím.

Z vlastní zkušenosti (od roku 1985 – akutní intenzivní obory, od roku 2002 OCHRIP) mohu posoudit jak důležitý je OCHRIP pro pacienty. Zároveň si mohu dovolit posoudit jak náročné je ošetrovatelství na tomto oddělení. Problematikou následné intenzivní péče se zabývám od roku 2002 a stále jsem dotazována při různých příležitostech: „Co je to za oddělení, pro jaké je pacienty a co s nimi děláte?“. Proto se snažím touto prací přiblížit ostatním zdravotnickým profesím toto oddělení.

V části teoretické se snažím co nejvíce poukázat na potenciál tohoto oddělení, který má své nezastupitelné místo ve zdravotnictví České republiky.

V části empirické chci pomocí ošetrovatelských diagnóz zmapovat práci sester na OCHRIP, jelikož vycházím z předpokladu, že pokud je stanovena ošetrovatelská diagnóza vyplývá s toho práce sestry. Takto bych odpověděla na otázku: „Jaké pacienty máte na OCHRIP a co s nimi děláte?“. Zároveň hledám specifický soubor ošetrovatelských diagnóz, který by se jevil jako specifický pro OCHRIP.

## 1. DEFINICE, VSTUPNÍ KRITÉRIA PRO PŘÍJEM PACIENTA A HLAVNÍ CÍLE OCHRIP

V roce 1998 vzniklo první OCHRIP ve Fakultní nemocnici Motol pod vedením doc.MUDr.Jarmily Drábkové CSc. Ministerstvo zdravotnictví definovalo toto oddělení takto: „*Pracoviště poskytující chronickou péči o základní životní funkce těm nemocným, u kterých došlo ke stabilizaci kritického stavu, ale dále selhává některá základní životní funkce a nemocný je dlouhodobě závislý na umělém udržování některé ze nebo všech základních životních funkcí.*“ (1, str.1) V současné době zadalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky odborné společnosti ČSARIM (Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny) požadavek na inovaci legislativního podkladu OCHRIP.

Často se setkávám s názvem apalická jednotka, který bývá pro některé zdravotníky synonymem pro OCHRIP. Slovo apalik je starý německý název pro pacienty v perzistujícím vegetativním stavu (dále jen PVS) nebo francouzsko – latinský název: coma vigile. Apalické jednotky jsou slangové vyjádření. OCHRIP ale není specializovaným pracovištěm pro nemocné s PVS. Pro tento typ pacientů zatím není v České republice specializovaný typ oddělení.

Od ledna roku 2002 dochází k rozvoji těchto stanic v různých nemocnicích a postupně se utváří OCHRIP v Českém Brodě, Městci Králové, Na Malvazinkách. Důsledkem je potřeba stanovení kritérií pro pacienty přijímané na OCHRIP. Tato otázka byla jedním z cílů projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny - „*Projekt OCHRIP*“ .

Po 24 měsících projektu byla stanovena kritéria pro přijetí pacientů:

- *Pacient přijatý z ARO či JIP*
- *Pacient ve stabilizovaném kritickém stavu*
- *Pacient u kterého selhává nebo hrozí selhání jedné nebo všech životních funkcí*
- *Pacient dlouhodobě závislý na umělém udržování jedné nebo všech životních funkcí*  
(2.str. 2)

*Hlavním úkolem OCHRIP je prognosticky příznivé pacienty stabilizovat, odpojit od dýchacích přístrojů, zrušit tracheostomickou kanylu, upravit jejich přidružené choroby a rozhodnout o další prognóze podpory základních životních funkcí a intenzitě léčby nebo ošetrovatelské péče.*

*Další úkoly vyplývají z následného stavu a průběhu, kdy pacient je/není :*

- *Neschopen spontánně dýchat a rodina má zájem se o pacienta starat v jeho domácím prostředí za trvalého dohledu rodinné komunity a soužití s malým a přenosným domácím dýchacím přístrojem. ( viz. příloha č. 5 Domácí ventilační péče)*
- *Schopen spontánně dýchat s nutností podpůrné kyslíkové léčby, postupuje do léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) nebo do domácí péče na oxygenoterapii.*
- *Schopen spontánního dýchání, ale neschopen zvládnout těžkou encephalopatii - lze pokud má rodina zájem se o pacienta starat v jeho domácím prostředí, ale většinou do LDN, často s tracheostomií.*
- *Schopen postupné revalidace po všech stránkách – zpět do standardní péče, rehabilitačního zařízení, domů, na spinální jednotku, do domova důchodců. (3, str.1-2)*

## **2. NEJČASTĚJŠÍ HLAVNÍ LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY U PŘIJATÝCH PACIENTŮ NA OCHRIP**

Na OCHRIP se setkáváme s variabilní skladbou lékařských diagnóz včetně různých chronických onemocnění – komorbidit. Většinou se jedná o polymorbidní pacienty ventilátordependentní. Označení pacient ventilátordependentní se používá u pacientů, kteří i přes maximální úsilí a vyčerpání všech terapeutických možností zůstávají závislí na ventilační podpoře po dobu delší než 3 měsíce, jsou označováni jako tzv. neodpojitelní a reálná možnost dosažení jejich odpojení od ventilátoru je minimální. Skladba pacientů je pestrá a jejich nejčastější lékařské diagnózy interní, neurologické a posttraumatické. Konkrétně se nejčastěji jedná o následující onemocnění: chronická obstrukční plicní nemoc (dále jen COPD) III. stupně, stavy po kardiopulmonální resuscitaci s následnou encephalopatií, stavy po klíšťové encephalitidě, a stavy po polytraumatech včetně kraniocerebrálních traumat, vysoké míšní léze v úrovni krční páteře, pozdní stavy amyotrofické laterální sklerózy. ( viz. tabulka č. 3-6 )



### 3. PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ OCHRIP

- vyplývající z kalkulace kódů Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen VZP) pro deset lůžek

Tabulka č.1 Přístrojové vybavení OCHRIP

Přístroj	Typ	Počet
lůžko	*	10
matrace	**	10
monitor	***	10
centrála		1
odsávačka		10
nebulizace		10
Pumpa infúzní (Infuzomat)		12
Dávkovač injekční (Injectomat)		12
EKG		1
Defibrilátor		1
Ventilátor		****
Enterální pumpa		*****
Zvedák		*****

\* splňující podmínky pro intenzivní péče (elektricky polohovatelné, RTG transparentní)

\*\* splňující požadavek antidekubitární matrace

\*\*\* na 10 lůžek

\*\*\*\* dle počtu ventilovaných pacientů (na OCHRIP v Českém Brodě 1 lůžko = 1 ventilátor)

\*\*\*\*\* v případě vykazované enterální výživy

\*\*\*\*\* fakultativní vybava (č, str.1)

Pro porovnání jsou v příloze č. 2 tabulky minimálního vybavení resuscitační a intenzivní péče všech stupňů. Pokud bychom provedli porovnání, vybavení OCHRIP je velice podobný akutním oddělením. Počtem přístrojů (např. infúzních pump a injektomatů = injekčních dávkovačů) se liší ve prospěch resuscitační péče. Naopak intenzivní péče středního a nízkého

stupně mají nižší potřebu vybavení oproti OCHRIP. To znamená, že nejbližší k vybavení OCHRIP má intenzivní péče vyššího stupně, ačkoliv i v tomto případě dochází k odlišení.

#### **4.OBLIGATORNÍ OBSAH OŠETŘOVACÍHO DNE (dále jen OD) NA OCHRIP**

##### ***I. typ péče***

- *Ventilační podpora 20 a více hodin během 24 hodin ( mimo invazivní CPAP)*
- *Trvalé neinvazivní monitorování více jak jedné životní funkce (vždy kontinuální monitorace EKG, ostatní funkce min. á 1 hod – TK, P, dechová frekvence, saturace O<sub>2</sub>)*
- *Parenterální výživa minimálně dvojsložková , event. enterální výživa včetně PEG, event. kombinace*
- *Bilance příjmu a výdeje tekutin a sledování metabolické bilance min. po 6 hodinách*
- *Intenzivní odborné ošetřovatelství, rehabilitační ošetřovatelství, event. péče psychologa*

##### ***II. typ péče***

- *Ventilační podpora do 20 hodin za 24 hodin, pacient částečně či přechodně odpojitelný od ventilátoru, pacient ventilující za použití invazivního CPAP či neinvazivních ventilačních technik po více jak 20 hodin za 24 hodin*
- *Trvalé neinvazivní monitorování více jak jedné životní funkce (vždy kontinuální monitorace EKG, ostatní funkce min. á 1 hod – TK, P, dechová frekvence, saturace O<sub>2</sub>)*
- *Parenterální výživa minimálně dvojsložková , event. enterální výživa včetně PEG, event. kombinace*
- *Bilance příjmu a výdeje tekutin a sledování metabolické bilance min. po 6 hodinách*
- *Intenzivní odborné ošetřovatelství, rehabilitační ošetřovatelství, event. péče psychologa*

### III. typ péče

- Spontánně ventilující pacient s nebo bez tracheostomie, s oxygenoterapií, nebulizací, event. při užití noninvazivního CPAP do 20 hodin za 24 hodin.
- Trvalé neinvazivní monitorování více jak jedné životní funkce (vždy kontinuální monitorace EKG, ostatní funkce min. á 1 hod – TK, P, dechová frekvence, saturace O<sub>2</sub>)
- Parenterální výživa minimálně dvojsložková , event. enterální výživa včetně PEG, event. kombinace
- Bilance příjmu a výdeje tekutin a sledování metabolické bilance min. po 6 hodinách
- Intenzivní odborné ošetřovatelství, rehabilitační ošetřovatelství, event. péče psychologa (4. str.2-3)

### 5. PERSONÁLNÍ POŽADAVKY

- vyplývající z kalkulace OD pro OCHRIP na 10 lůžek

Tabulka č. 2: PERSONÁLNÍ POŽADAVKY - OCHRIP

<i>pracovník</i>	<i>kvalifikace</i>	<i>úvazek</i>
<i>Lékař</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0</i>
<i>Lékař</i>	<i>Odborná způsobilost + praxe nad 24 měsíců</i>	<i>1,0</i>
<i>Lékař ÚSP</i>	<i>Odborná způsobilost + praxe nad 24 měsíců</i>	<i>1,0</i>
<i>Psycholog</i>	<i>Atestační zkouška</i>	<i>0,2</i>
<i>Fyzioterapeut</i>	<i>Atestační zkouška</i>	<i>1,0</i>
<i>Sestra ZPBD sps</i>	<i>ARIP</i>	<i>1,0</i>
<i>Sestra ZPBD, event. ZPOD</i>	<i>--</i>	<i>15,0</i>
<i>ZPOD bez maturity</i>	<i>--</i>	<i>11,0</i>

(4. str.1)

K porovnání lze využít v příloze minimální personální vybavení pro resuscitační a intenzivní péči všech stupňů. Při porovnání lze říci, že OCHRIP má menší personální vybavení lékaři a sestrami jak resuscitační tak v intenzivní péči. Naopak je charakteristický větší potřebou pomocného personálu, rehabilitace a potřebou klinického psychologa.

## **6. DŮVODY VZNIKU OCHRIP – 90 léta**

*V zahraničí byl tento problém řešen na konci 70. let a v 80 letech, kdy tam byl aktuální jako je dnes u nás.*

*Oddělila se lůžka RIP a dlouhodobé RIP.*

- 1. CHRIP pacientů ve stabilizovaném stavu, závislých na umělé plicní ventilaci a na komplexní péči, s déledobou životní perspektivou poměrně příznivého vývoje nebo alespoň uspokojivého stacionárního stavu, bez významnějšího poškození CNS, se zachovalou možností komunikace a interakce, s možností zlepšení mentálních funkcí, reedukace, rekvalifikace, začlenění rodiny atd.*
- 2. Paliativní CHRIP pro pacienty s těžkým poškozením CNS, ve velmi pokročilém věku, s vysoce nepříznivou prognózou a poměrně krátkodobou perspektivou přežití.*
- 3. Intenzivní domácí dlouhodobá péče – po spinálních traumatech, myopati v poměrně dobrém stav, u pacientů s plicními fibrózami, u dětí závislých na umělé plicní ventilaci.*

*Máme u nás stejné demografické předpoklady: stárnoucí populaci, zejména městskou, mladé toxikomany, zvyšující se dopravní nehodovost, nárůst úrazů při násilných činech a navíc málo kohezní rodinné společenství. Filozofie a vybavení zdravotnictví i úroveň resuscitační a intenzivní péče (dále jen RIP) jsou v zásadě srovnatelné. Přednemocniční neodkladná péče je obsazena lékaři a širšími léčebnými možnostmi než mají paramedici (USA), a to ihned po akutní příhodě, máme kvalitní transportní časy, takže do nemocničního prostředí se přijme i větší díl pacientů s nepříznivou prognózou často vyžadující chronickou resuscitační a intenzivní péči (dále jen CHRIP).*

*V RIP se přijímá a přežívá narůstající podíl pacientů starších než 60 let. Diagnózy jsou perspektivně často nepříznivé – pokročilá bronchopulmonální obstrukční choroba, stavy po neodkladné resuscitaci delšího trvání v terénu, meningoencefalitidy. Zvyšuje se počet velmi dlouhodobě ventilodependentních pacientů. Stoupá počet polytraumatizovaných s dlouhodobou expozicí na ventilátorech, asi 50% z nich je v kombinaci polytraumatu a*

*kontúze mozku. Je vyšší procento akutních otrav sdružených s komplikacemi – s aspirací, posthypoxickými encefalopatiemi. Stoupá poznenáhlu počet neurologicky postižených a myopatiů. Je prodloužená ošetrovací doba RIP, smrt má oddálený ráz s multiorgánovým selháním, ARDS. K rekonvalescenci je třeba delší doba a časná rehabilitace nejen somatická, ale i mozkových funkcí. Náklady na diagnostiku i léčbu rozvojem medicínských i technických možností stoupají. Pacienti jsou kvůli nim převáženi do velkých měst a zdravotnických center, odkud se zřídka vracejí zpět do původních malých nemocnic. Tento trend byl už dříve ve všech vyspělých zemích a hlavní reakce na něj byla v 80. letech. Její potřeba je nyní zřetelná i u nás.:*

*Modely ze zahraničí je možno upravit pro náš současný stav a postupně naše pracoviště přizpůsobovat zahraničním modelům, osvědčeným odborně i ekonomicky.*

*Oddělit*

- lůžka pečující o akutní pacienty a o pacienty v instabilním stavu, s komplikacemi*
- lůžka CHRIP a lůžka paliativní CHRIP, která nelze vyčlenit a soustředit, protože by se to nesetkalo s porozuměním a souhlasem rodin a veřejnosti.*

*Hlavní zásadou je plánovaný příjem především nemocných s dlouhodobým selháváním jedné či více životních funkcí.*

*Vytvořit pro tento model atmosféru v podvědomí společnosti a veřejnosti, aby nevznikl a nepřevážil pocit, že jde o odložení, manipulaci s člověkem bez právní kompetence rozhodování.*

*Paliativní, prognosticky beznadějně případy s delší dobou dožívání nevyčleňovat a nesoustřeďovat zcela samostatně – to je spíše otázka pro psychologickou taktiku vůči personálu, rodinám i veřejnosti než odborný problém. Soustředění by mohlo vést k psychologii Kavorkianovy „Kliniky smrti“. (5. str. 1-6)*

## **7. VÝVOJ OCHRIP**

V nynější době stále probíhají určité projekty týkající se problematiky následné péče. Tyto projekty mají nejenom potvrdit výhodnost nových specializovaných stanic, ale také jejich rozvoj či specializace. Je vysoce pravděpodobné, že název OCHRIP již se nadále nebude používat a vznikne nový název: Pracoviště nebo oddělení dlouhodobé intenzivní péče – DIP. Jaká další specializovaná oddělení následné péče vzniknou, ukážou další projekty, které bývají pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky a Všeobecné zdravotní pojišťovny – největší zdravotní pojišťovny v České republice.

## **8. DOKUMENTACE NA OCHRIP**

Je vypracována na podkladě vyhlášky 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Pokud se zaměříme na dokumentaci ošetrovatelskou musí tato obsahovat podle bodu č.11 v příloze:

- a) *ošetrovatelskou anamnézu, zhodnocení stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu.*
- b) *Ošetrovatelský plán, v němž se zejména uvedou*
  1. *popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta,*
  2. *postupy poskytování ošetrovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta,*
  3. *hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče*
  4. *změny v ošetrovatelském plánu*
- c) *ošetrovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče, v níž zejména uvede*
  1. *shrnutí ošetrovatelské anamnézy*
  2. *aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči , posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků*
  3. *aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta*
  4. *záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče*

*Ošetrovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována propouštěcí zpráva, která je zpracována dle bodu č. 4 této vyhlášky. (6.str.9). Část ošetrovatelské dokumentace OCHRIP je uvedena v příloze.*

## **9. OCHRIP V ČESKÉM BRODĚ**

### **9.1 Hygienicko – epidemiologický režim**

Podléhá pravidelné kontrole (1-2 x ročně) a namátkové kontrole Krajské hygienické stanice Středočeského kraje. Provozní řád byl schválen v roce 2001 Krajskou hygienickou stanicí.

*Samozřejmostí je dodržování zásad asepse: Personál používá sálové oblečení (kalhoty, haleny), běžně jednorázové rukavice a ústenky. K mytí rukou je používáno dezinfekčního mýdla v dávkovačích a samozřejmostí je používání ručníků na jedno použití. Použití sterilní rukavic a čepic je dle charakteru výkonu. Biologický materiál je odebírán na lůžku pacienta. Samostatně je vyčleněn vozík na odběry biologického materiálu. Na každém sálku je k dispozici převazový vozík.*

*Bariérová ošetrovatelská technika: Pomůcky jsou přísně individualizovány, používány jsou hlavně pomůcky jednorázové v originál balení od výrobce (např. sterilní jednorázové ventilační koaxiální okruhy, sterilní jednorázové balíčky k výkonům) apod.*

*Klimatizace je 2x ročně kontrolována, výměny filtrů jsou dle dispozic servisního technika.*

*Pravidelné mikrobiologické stěry se provádí 1x měsíčně pokud to interní směrnice neurčí jinak.(7. str. 2-3).*

### **9.2. Příjem pacienta**

Narozdíl akutních stanic jsou pacienti na OCHRIP překládáni z oddělení ARO či JIP, vždy se jedná o plánovaný příjem. OCHRIP jsou oddělení, která nemají určenou spádovou oblast příjmu pacienta z důvodu malého množství těchto stanic a nedostatečného pokrytí různých oblastí České republiky. Z těchto důvodů mají obvykle tato oddělení takzvaný „waiting list“ neboli čekací listinu pro příjem pacientů. Informace o překládaném pacientovi jsou známy předem, což umožňuje maximálně se připravit na vlastní příjem. Pacient je transportován na OCHRIP rychlou lékařskou pomocí (dále jen RLP) s kompletní posádkou (lékař, záchranář, řidič), jedná se o plánovaný sekundární převoz. V případě větších vzdáleností je k převozu využito i letecké záchranné služby (např. transport ze severní Moravy). Pacient je během převozu maximálně zajištěn.

### 9.3. Komunikace s pacientem

Pro komunikaci s pacientem si musíme uvědomit dvě základní omezení ze strany pacienta a to tracheostomickou kanylu ( dále jen TSK) a UPV.

Na oddělení jsou využívány různé alternativní metody např.:

- komunikační magnetické tabule - možno skládat slova pomocí magnetických písmenek
- komunikační písmenkové tabulky - ukazování písmen prstem a tím skládání slov
- komunikační písmenkové tabulky – sledování pohybu očí = označení písmene a tím skládání slov
- psaní tiskacím písmem – při zachovalé jemné motorice
- obrázková komunikace
- asistovaná verbální komunikace – při zachovalé schopnosti ovládat hlasivky
- odezírání sestrou při komunikaci s „artikulujícím“ pacientem ( tvz. mluvení na prázdno)
- komunikace pacienta s rodinou mobilním telefonem pomocí SMS – při zachovalé jemné motorice

Důležité je také mít možnost komunikace. Pokud pacient nemá prostor pro komunikaci, odmítá ji. V komunikaci s pacientem je velice důležitá role sestry, která musí ovládat jak možnosti verbální tak neverbální komunikace a to i s pacientem jehož smysly jsou narušeny. Komunikace je často omezena ze strany pacienta nemožností plně ovládat mimické svaly. Také se nedá hodnotit postoj či gestikulace pacienta. Těžká až nemožná se jeví komunikace s pacientem s lékařskou diagnózou locked-in syndrom.

U pacientů nedoslýchavých je potřeba za strany sestry komunikovat dostatečně tak, aby pacient viděl na obličej sestry (nesmí se používat ústenka), používat krátké jednoduché věty a zřetelně artikulovat. Je vhodné používat vlastní mimiku a gestikulaci. Také je vítaná forma psaní tiskacími písmeny. U pacientů neslyšících je dobrou možností použití znakové řeči, případně využít pomoci asistenta pro překlad do znakové řeči či jazyka.

U pacientů se ztrátou zraku je velice komunikace ztížena. Ze strany pacienta je nejčastěji využíváno asistované verbální komunikace a ze strany sestry mluvená řeč. Pacientům se ztrátou zraku je nutné popisovat co sestra dělá a co bude dělat.

Je patrné že vlastní komunikace je komplexní velice náročná záležitost, vyžadující rozsáhlé vědomosti a vysokou míru empatie.



#### 9.4. Rehabilitace

Pro rehabilitaci je důležitá erudovat rehabilitačního pracovníka pro respirační fyzioterapii. RHB pracovník musí znát ventilační problematiku a postupy při odpojení pacienta od umělé plicní ventilace. Z tohoto důvodu jsou RHB pracovníci přímo vyčleněni pro práci na OCHRIP. Taktéž je důležitá frekvence rehabilitační péče. Na OCHRIP v Českém Brodě je každodenní rehabilitace včetně sobot i nedělí a probíhá standardně již od 7 hodiny ranní až do 17 hodiny. Systém na OCHRIP je výhodný pro pacienta z důvodu maximální individuální rehabilitace dle jeho denní problémů a potřeb. Bohužel pro rehabilitační pracovníky by byla velice důležitá překládová rehabilitační zpráva z původního pracoviště. Rehabilitační pracovník je bohužel odkázán pouze na lékařskou či ošetrovatelskou překládovou zprávu.

Velice důležité je zachování biorytmu pacienta, které je prakticky nemožné zachovávat JIP a ARO z důvodů režimu na akutním oddělení.

Na OCHRIP je více využíváno bazální stimulace, která se orientuje na oblasti vnímání (taktilní, akustické, optické, čichové, chuťové, vibrační inputy), komunikace (verbální, zejména neverbální) a podpory hybnosti pacientů. (8, str.19-25)

Pro rehabilitační péči je potřeba rozšířenější vybavení pomůckami pro kvalitní rehabilitaci přímo vytvořenou dle konkrétních potřeb pacienta. Můžeme využít mnoha pomůcek: termoplastické a nafukovací dlahy na horní a dolní končetiny, Thera-bandy, overbally a jiné fyziobally, antirotační botičky (pouze po operacích v oblasti kyčelních kloubů), stabilizační límce (po úrazech a operacích v oblasti krční páteře), nízká a vysoká chodítka (lze upravit pro nosiče tlakových lahví s medicínálním kyslíkem), mechanické vozíky (pro stabilizaci sedu pacienta s bezpečnostními pásy a pro rozvoj další lokomoce), dechové aparátky (Acapelly, flutter).

Z rehabilitačních metod je využíváno:

- Respirační fyzioterapie
- Kinezioterapie = léčebná tělesná výchova (LTV)
- Vertikalizace
- Techniky na neurofyziologickém podkladě:
  - Proprioceptivní neuromuskulární facilitace (PNF = Kabatova metoda)
  - Koncept manželů Bobathových
  - Senzomotorická facilitace (Frieman)
  - Orofaciální stimulace
  - Vojtův koncept
- Koncept bazální stimulace
- Ergoterapie = individuální ergoterapie
- Ergoterapie = zaměřená na nácvik soběstačnosti pacienta v bazální úrovni  
( soběstačnost na lůžku a mimo něj, nácvik přesunů z lůžka a zpět, popřípadě koupelna, WC) (9. str. 18-32.)

### **9.5. Sociální problematika**

Dalším rozdílem je sociální problematika těchto pacientů. Hospitalizace pacientů bývají velice dlouhé, nejdelší hospitalizace na OCHRIP v Českém Brodě – více jak 2 roky. Tím pádem vznikají mnohé sociální problémy. Některé z těchto problémů vyžadují nejenom zapojení sociální pracovníce nemocnice, ale i sociálních odborů v místě bydliště pacienta. Velice často je jedná o zabezpečení zbytku rodiny, kdy pacient byl hlavním zdrojem příjmu peněz v rodině (např. manželka na mateřské dovolené). Dalším problémem jsou pacienti, kteří nemají příbuzné a nebo příbuzní nemají zájem o jakýkoliv kontakt. Zde je potřeba zabezpečit otázky vyplývající nejčastěji ze strachu ztráty bydlení, financí.

### **9.6. Návštěvy na OCHRIP a spolupráce s rodinou**

Na OCHRIP se nepracuje jenom s pacientem, ale i s jeho rodinou, což je velmi důležité z důvodu dlouhodobé hospitalizace a z ní plynoucí ztráty kontaktu s běžným okolím.

Na OCHRIP nejsou pevně stanoveny návštěvní hodiny, rodina má umožněn k pacientovi téměř neomezený přístup. Všechny tyto návštěvní činnosti pomáhají pacientovi udržet krok s okolním světem a dopady frustrace ze ztráty sociálního kontaktu se tak podstatně zmírňují.

Pro některé rodiny není problém jezdit za svým příbuzným i třeba denně. Pro jiné je problémem 1 x týdně navštívit svého příbuzného a to jak z důvodu vzdálenosti, tak i z důvodu nezájmu či předstíraného zájmu.

Velmi problematická se jeví spolupráce s matkami dětí nad 12 let věku, které jsou velice často samy na pokraji psychického a fyzického zhroucení, ale přesto denně docházejí na oddělení a nejsou schopny adekvátně posoudit zdravotní stav svého dítěte. Tyto ženy často odmítají psychologickou pomoc a ani samy mezi sebou nejsou schopny komunikovat.

Dalším problematickým úsekem je spolupráce s rodinou pacienta, který má nevyléčitelnou chorobu a jeho prognóza je infaustní. Rodina velice často nepřijímá tuto prognózu .

### **9.7. Psychika pacientů**

Psychiku pacienta již ovlivňuje i důvod překlady na OCHRIP. Pokud je pacientovi dostatečně vysvětlen důvod a účel překlady na OCHRIP, je úvodní spolupráce s ní výrazně lepší než u ostatních pacientů.

Psychika pacientů prochází různými fázemi, v mnohým úsecích hospitalizace je velmi důležitá psychologická pomoc. V této potřebě dochází velice často ke komunikačnímu problému ze strany klinického psychologa, který je minimálně schopen ovládat komunikaci s tracheostomovaným pacientem s UPV. Velice často musí dojít ke tlumočení potřeb pacienta sestrou, což kvalitu psychologické pomoci snižuje.

Psychologická pomoc sestry je nesmírně důležitá, pokud pacient nezíská důvěru v sestru, je spolupráce s ním velice složitá. U pacientů s transverzální lézí míšni dochází ke změně životních hodnot a principů. Dalším souborem jsou pacienti po neúspěšných pokusech odpojení od ventilátoru. V neposlední řadě jsou pacienti zmatení, úzkostní a nespolupracující. Sestra musí zvládat pacientův hněv, agresivitu, nenávist ale i jeho beznaděj, strach, smutek. Pro spolupráci s pacientem je velice důležitá **komunikace a edukace**, která snižuje výrazně riziko stresového syndromu.

### **9.8. Psychologická zátěž sester**

Práce sestry na OCHRIP rozhodně patří mezi ty náročnější jak z hlediska **fyzické** náročnosti tak hlavně z důvodu **psychologické** zátěže.

Mezi nejzávažnější psychologické aspekty patří: opakující se a neřešitelné problémy, otázka prognózy a eventuální ventilátordependence pacienta.

Charakteristickým jevem fyzické náročnosti je přetížení pohybového aparátu sester a to nejčastěji v oblasti zad. Důvodem bývá častá manipulace s nemohoucím pacientem.

Souhrnně mohou vyvolat psychické problémy na straně ošetřujícího personálu. Psychologie nazývá tento stav burn – out syndromem neboli syndromem vyhoření. Prevence syndromu vyhoření je spojena s dobrou týmovou spoluprací, zásadami duševní hygieny, popřípadě potřebou klinického psychologa.

## 10. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

*Hlavní pracovní metodou práce ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Přestavuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají:*

- 1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity*
- 2. ke stanovení ošetřovatelských problémů (ošetřovatelských diagnóz)*
- 3. k plánování ošetřovatelské péče*
- 4. k realizaci ošetřovatelské péče*
- 5. k vyhodnocení efektivity ošetřovatelské péče*

*Z Koncepce ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky vyplývá, že ošetřovatelské profesionálové jsou povinni pracovat podle metody **ošetřovatelský proces**. Jejím prvním krokem je posouzení, v jehož návaznosti probíhá **ošetřovatelská diagnostika**. Ihned po stanovení diagnostického závěru je třeba vytvořit plán individuální ošetřovatelské péče. Při diagnostice aktuálních diagnóz se opíráme o nalezení určujících znaků a souvisejících faktorů. K potvrzení přítomnosti potenciální diagnózy hledáme výskyt rizikových faktorů.*  
(10, str. 33-35)

Z tohoto důvodu je velice důležité vědět, jaké problémy mají pacienti na OCHRIP a z toho vyplývající ošetřovatelské diagnózy. Pokud máme stanoveny ošetřovatelské diagnózy můžeme vytvořit plán péče.

## **Empirická část**

Pro tuto práci jsem nezvolila dotazníkovou formu výzkumu, jelikož charakter OCHRIP je jiný než běžná oddělení. V mnohých případech pacient není schopen sám vyplnit dotazník, a mohlo by dojít k nesprávné interpretaci jeho názorů v dotazníkové formě výzkumu. V některých případech by hrála i role ztráty anonymity pacienta, jelikož velice často dochází ke tlumočení jeho názorů sestrou.

Časový interval pro tuto práci jsem zvolila první tři dny hospitalizace každého pacienta na OCHRIP. Důvodem tohoto intervalu je maximální možnost sběru informací o pacientovi a následného ošetrovatelského algoritmu vedoucího ke vstupní ošetrovatelské diagnostice.

Pro sběr informací si musíme uvědomit, že většina pacientů je transportována na OCHRIP v analgosedaci nebo je po převozu vyčerpaná a neschopná základní komunikace.

Pro sběr informací je využíváno několik metod:

- překladové sesterské i lékařské zprávy
- alternativní komunikace s pacientem
- komunikace s lékařem
- komunikace se rodinou
- komunikace s rehabilitačním pracovníkem
- komunikace s sociální pracovnící
- základního screeningového fyzikálního vyšetření sestrou a objektivního pozorování

## **CÍL PRÁCE:**

Prvním cílem je odpověď na otázku: „Jaké pacienty máte na OCHRIP a co s nimi děláte?“, jelikož vycházím z předpokladu, že pokud je stanovena ošetrovatelská diagnóza vyplývá s toho práce sestry a zároveň ukazuje na problémy pacienta.

Druhým cílem je nalézt souhrn ošetrovatelských diagnóz, který by se jevil jako modelový soubor ošetrovatelských diagnóz pro pacienty na OCHRIP. Tento soubor by sloužil jako základ dalšího výzkumu, na jehož základě by mohly být vypracovány standardní ošetrovatelské plány péče pro první tři dny hospitalizace pacienta pro všechny tři typy péče.

## ZKOUMANÝ SOUBOR PACIENTŮ

Pro tuto práci byly vybrány soubory pacientů v letech 2005-2007, kdy bylo celkem hospitalizováno 174 pacientů na OCHRIP v Českém Brodě. Nejmladšímu bylo 16 let a nejstaršímu 94 roků. Všechny statistické údaje jsem zpracovala sama se svolením vedení společnosti ANESAN s.r.o.

### Sledovaný soubor pacientů včetně přijatých na UPV

Tabulka č. 3

Rok	Celkové množství pacientů	muži	ženy	UPV
2005	62	40	22	31
2006	62	37	25	49
2007	50	33	17	38
2005-2007	174	110	64	118

### Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 4

Lékařská diagnóza	Počet diagnóz	Procentuální zastoupení 100% = 62 pacientů
Stav po kardipulmonální resuscitaci s následnou encephalopatií	22 x	35,4%
Stav po kraniotraumatu	19 x	30,6%
Chronická obstrukční plicní nemoc	6 x	9,6%
Stav po cévní mozkové příhodě	5 x	8,0%
Stav po rozsáhlém chirurgickém výkonu s následnými komplikacemi	3 x	4,8%
Stav po klíš'ové meningitidě	3 x	4,8%
Amyotrofická laterální skleróza	2 x	3,2%
Transverzální léze míšní v úrovni krční páteře	1 x	1,6%
Tumor plic	1 x	1,6%

### Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 5

Lékařská diagnóza	Počet diagnóz	Procentuální zastoupení 100% = 62 pacientů
Chronická obstrukční plicní nemoc	21 x	33,8%
Stav po kraniotraumatu	19 x	30,6%
Stav po kardiopulmonální resuscitaci s následnou encephalopatií	6 x	9,6%
Stav po rozsáhlém chirurgickém výkonu s následnými komplikacemi	5 x	8,0%
Amyotrofická laterální skleróza	4 x	6,4%
Stav po klíšťové meningitidě	3 x	4,8%
Stav po multiorgánovém selháním a ARDS	3 x	4,8%

### Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 6.

Lékařská diagnóza	Počet diagnóz	Procentuální zastoupení 100% = 50 pacientů
Chronická obstrukční plicní nemoc	21 x	42%
Stav po kraniotraumatu	12 x	24%
Stav po cévní mozkové příhodě	4 x	8%
Stav po kardiopulmonální resuscitaci s následnou encephalopatií	4 x	8%
Transverzální léze míšní v úrovni krční páteře	4 x	8%
Stav po klíšťové meningitidě	2 x	4%
Amyotrofická laterální skleróza	1 x	2%
Svalová dystrofie	1 x	2%
Morbus Hodgkin s multiorgánovým selháním	1 x	2%

**Soubor nejčastějších hlavních lékařských diagnóz + soubor pacientů přijatých na UPV  
od roku 2005 do roku 2007**

Tabulka č. 7

Lékařská diagnóza	Rok 2005 100%=62 pacientů	Rok 2006 100%=62 pacientů	Rok 2007 100%=50 pacientů
Umělá plicní ventilace	50%	79%	76%
Stav po kardiopulmonální resuscitaci s následnou encephalopatií	<b>35,4%</b>	<b>9,6%</b>	<b>8%</b>
Chronická obstrukční plicní nemoc	<b>9,6%</b>	<b>33,8%</b>	<b>42%</b>
Stav po kraniotraumatu	30,6%	30,6%	24%
Stav po rozsáhlém chirurgickém výkonu s následnými komplikacemi	4,8%	8,0%	0%
Stav po klíš'ové meningitidě	4,8%	4,8%	4%
Amyotrofická laterální skleróza	3,2%	6,4%	2%

**Komentář:**

Z rozdílu těchto tří let je vidět jak se změnilo využití OCHRIP v Českém Brodě. Je patrný procentuální **nárůst** uměle ventilovaných a terapeuticky náročnějších pacientů, který je daný lepším technickým vybavením a možnostmi pracoviště. Dále pak zaznamenáváme trvalý **pokles** pacientů po „úspěšné kardiopulmonální resuscitaci“ s výsledným stavem těžké hypoxické encephalopatie. Oproti minulosti hraje svou roli větší informovanost a nabídka pacientů. Na počátku mnohá zdravotnická zařízení nevěděla o náplni, činnosti a možnostech léčby OCHRIP. Nedílnou součástí je spolupráce s akutními odděleními ARO a JIP, kdy OCHRIP napomáhá uvolnění nezbytných akutních lůžek .



## **POUŽITÁ METODA**

K empirickému šetření byla použita metoda – obsahová analýza textu. A to ošetřovatelské a lékařské dokumentace, dále dokumentace rehabilitačních pracovníků. Důležitou položkou byla i dokumentace klinického psychologa a sociální pracovnice. Ošetřovatelské diagnózy jsou jednosložkové a to z důvodu co nejmenší roztržitosti dat.

Ošetřovatelské diagnózy jsou rozděleny podle diagnostického systému NANDA – International. (North American Association for Nursing Diagnosis International). A zároveň jsou dány do tabulek podle sledovaných období. Dalším krokem byla tabulka vývoje ošetřovatelských diagnóz během celého sledovaného období, která ukazuje na vývoj OCHRIP. V polední řadě je v komentáři poukázáno na práci sester v určité doméně.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### Doména – podpora zdraví

V této doméně bylo stanoveno na OCHRIP 5 ošetřovatelských diagnóz, které spadají pod lidské potřeby mít **informace o svém zdraví a řídit své zdraví**.(10, str. 53)

- neefektivní léčebný režim (00078)
- neefektivní léčebný režim rodiny (00080)
- efektivní léčebný režim (00082)
- ochota ke zlepšení léčebného režimu (00162)
- ochota ke zlepšení výživy (00163)

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 8

Ošetřovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Neefektivní léčebný režim	12 x	19,4 %
Neefektivní léčebný režim rodiny	10 x	16,1 %
Efektivní léčebný režim	1 x	1,63 %
Ochota ke zlepšení léčebného režimu	6 x	9,67 %
Ochota ke zlepšení výživy	10 x	16,1 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 9

Ošetřovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Neefektivní léčebný režim	22 x	35,5 %
Neefektivní léčebný režim rodiny	10 x	16,1 %
Efektivní léčebný režim	2 x	3,2 %
Ochota ke zlepšení léčebného režimu	5 x	8,0 %
Ochota ke zlepšení výživy	21 x	33,8 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 10

Ošetřovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Neefektivní léčebný režim	22 x	44 %
Neefektivní léčebný režim rodiny	19 x	38 %
Efektivní léčebný režim	2 x	4 %
Ochota ke zlepšení léčebného režimu	16 x	32 %
Ochota ke zlepšení výživy	17 x	34 %

## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 11

Ošetrovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Neefektivní léčebný režim	19,4%	35,5%	44%
Neefektivní léčebný režim rodiny	16,1%	16,1%	38%
Efektivní léčebný režim	1,63%	3,2%	4%
Ochota ke zlepšení léčebného režimu	9,67%	8,0%	32%
Ochota ke zlepšení výživy	16,1%	33,8%	34%

### Souhrn domény:

Cílem práce sestry v této doméně je vyhledání ošetrovatelských problémů pacienta či jeho rodiny s jejich maximální edukací. Pro tuto problematiku jsou potřebné hlubší znalosti problematiky onemocnění pacienta. Sestra musí znát nejenom průběh onemocnění a prognózu, ale také komplikace, které vyplývají z vlastní lékařské diagnózy pacienta a z ošetrovatelských diagnóz. OCHRIP je oddělení, na která jsou přijímáni pacienti z různých lékařských oborů. Vyžadují se od sestry znalosti z interních, chirurgických a neurologických obor, ale hlavně jsou vyžadovány znalosti z oboru resuscitace a intenzivní péče.

## Doména – výživa

Tato doména byla zastoupena na OCHRIP sedmi ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **přijímat potravu, vhodně trávit, vhodně vstřebávat, mít vhodný metabolismus a dostatek tekutin.**(10, str. 61)

- Porušené polykání (00103)
- Nedostatečná výživa (00002)
- Deficit tělesných tekutin (00027)
- Zvýšený objem tělesných tekutin (00026)
- Riziko deficitu tělesných tekutin (00028)
- Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin (00025)
- Ochota ke zlepšení bilance tekutin (00016)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 12

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Porušené polykání	62 x	100 %
Nedostatečná výživa	62 x	100 %
Deficit tělesných tekutin	10 x	16,1 %
Zvýšený objem tělesných tekutin	2 x	3,2 %
Riziko deficitu tělesných tekutin	16 x	25,8 %
Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	12 x	19,4 %
Ochota ke zlepšení bilance tekutin	4 x	6,45 %

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 13

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Porušené polykání	62 x	100 %
Nedostatečná výživa	62 x	100 %
Deficit tělesných tekutin	6 x	9,6 %
Zvýšený objem tělesných tekutin	4 x	6,45 %
Riziko deficitu tělesných tekutin	10 x	16,1 %
Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	15 x	24,1 %
Ochota ke zlepšení bilance tekutin	6 x	9,6 %

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka: č. 14

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Porušené polykání	50 x	100 %
Nedostatečná výživa	50 x	100 %
Deficit tělesných tekutin	4 x	8 %
Zvýšený objem tělesných tekutin	4 x	8 %
Riziko deficitu tělesných tekutin	28 x	56 %
Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	14 x	28 %
Ochota ke zlepšení bilance tekutin	22 x	44 %

## Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 15

Ošetřovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Porušené polykání	100%	100%	100%
Nedostatečná výživa	100%	100%	100%
Deficit tělesných tekutin	16,1%	9,6%	8%
Zvýšený objem tělesných tekutin	3,2%	6,45%	8%
Riziko deficitu tělesných tekutin	25,8%	16,1%	56%
Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	19,4%	24,1%	28%
Ochota ke zlepšení bilance tekutin	6,45%	9,6%	44%

### Souhrn domény:

Nutriční péče na OCHRIP je specifická potřebou nutričního terapeuta, přesným sledováním příjmu potravy pacienta, komunikací a edukací pacienta, potřebou enterální výživy včetně sippingu, potřebou parenterální výživy. Pro sestru je velmi důležitá znalost zásad podávání enterální výživy (bolusově, kontinuálně, cyklicky), sippingu, specifické přípravy diety pro tracheostomované pacienty. Pro podání výživy je velmi důležité i otázka míry soběstačnosti pacienta. Samozřejmostí je zvládnutí komunikace s nutričním terapeutem. Velmi důležitá je komunikace a edukce pacienta i jeho rodiny a to jak pro výživu, tak pro správný příjem tekutin..

Nutností je zvládnutí zásad podávání infúzní terapie včetně parenterální výživy. Pro vyváženou hydrataci pacienta je důležité správné vedení bilance tekutin, měření centrálního žilního tlaku = central venous pressure (dále jen CVP). Taktéž velice důležité je sledování přítomnosti otoků, a to těchto případech nejčastěji na zádech pacienta a dolní končetinách. U pacientů mohou vzniknout i stagnační otoky v důsledku nesprávného polohování.

## Doména – vylučování a výměna

Tato doména je na OCHRIP zastoupena devíti ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **funkční močení, zdravé zažívání, vhodná funkce pokožky a potřeba výměny O<sub>2</sub> a CO<sub>2</sub>**.(10, str. 74)

- Úplná inkontinence moči (00021)
- Stresová inkontinence moči (00020)
- Reflexní inkontinence moči (00018)
- Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči (00166)
- Inkontinence stolice (00014)
- Průjem (00013)
- Zácpa (00011)
- Riziko zácpy (00015)
- Porušená výměna plynů (00030)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 16

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Úplná inkontinence moči	43 x	69,3 %
Stresová inkontinence moči	4 x	6,45 %
Reflexní inkontinence moči	1 x	1,6 %
Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	1 x	1,6 %
Inkontinence stolice	44 x	70,9 %
Průjem	16 x	25,8 %
Zácpa	6 x	9,6 %
Riziko zácpy	40 x	64,5 %
Porušená výměna plynů	59 x	95,1 %



### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 17

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Úplná inkontinence moči	45 x	72,5 %
Stresová inkontinence moči	5 x	8,0 %
Reflexní inkontinence moči	0 x	0 %
Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	4 x	6,45 %
Inkontinence stolice	21 x	33,8 %
Průjem	18 x	29,0 %
Zácpa	4 x	6,45 %
Riziko zácpy	28 x	45,1 %
Porušená výměna plynů	61 x	98,3 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 18

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Úplná inkontinence moči	22 x	44 %
Stresová inkontinence moči	5 x	10 %
Reflexní inkontinence moči	6 x	12 %
Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	3 x	6 %
Inkontinence stolice	20 x	40 %
Průjem	10 x	20 %
Zácpa	12 x	24 %
Riziko zácpy	22 x	48 %
Porušená výměna plynů	48 x	96 %

## Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 19

Ošetřovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Úplná inkontinence moči	69,3%	72,5%	44%
Stresová inkontinence moči	6,45%	8%	10%
Reflexní inkontinence moči	1,6%	0%	12%
Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	1,6%	6,45%	6%
Inkontinence stolice	70,9%	33,8%	40%
Průjem	25,8%	29,0%	20%
Zácpa	9,6%	6,45%	24%
Riziko zácpy	64,5%	45,1%	48%
Porušená výměna plynů	<b>95,1%</b>	<b>98,3%</b>	<b>96%</b>

### Souhrn domény:

Tato doména velice zasahuje do intimity pacienta. Pro sestru je velmi důležité znát vlastní příčinu inkontinence. U pacientů s reflexní inkontinencí moči bývá jeho kontinence zajištěna epicystostomií. Taktéž u pacientů s úplnou inkontinencí moči bývá provedena epicystostomie. U pacientů, kteří jsou přijímáni na OCHRIP převážně bývá provedena katetrizace močového měchýře z minulého pracoviště. Náhlé odstranění močového katetru bývá spojeno nejenom se stresovou inkontinencí, ale i psychickými problémy pacienta. Proto se provádí nácvik mikce, po provedené edukaci pacienta. Velmi důležité je zapojení pacienta i pro vlastní obsluhu kontinence. Pro sestru je nezbytné znát provádění nácviku mikce i sebeobsluhy a zároveň poskytnou pacientovi co nejvíce soukromí pro vyprazdňování. Neméně důležité je sledování moči, barvy, bilance, porcového močení a subjektivních pocitů pacienta.

Taktéž inkontinence stolice velice ovlivňuje psychiku pacienta. Pokud je inkontinence stolice spojena s průjmovitými stavy může být pacientovi indikován FlexiSeals, což vyžaduje znalosti sestry. Sestra také musí ovládat péči a edukaci s sebeobsluhy u pacientů s kolostomií a ileostomií. U pacientů, kteří mají inkontinenci stolice z důvodu ztráty kontroly nad řitním svěračem (např. tranversální léze míšni) se provádí nácvik defekačního reflexu. Zároveň je pro sestru velice důležité sledovat charakter, četnost a barvu stolice. Jako u vyprazdňování moči je i pro vyprazdňování stolice důležité pacientovi zabezpečit maximální soukromí. Pro ovlivnění průjmu a zácpy je důležitá spolupráce nejenom s lékařem, ale také s nutričním

terapeutem. Pro nácvik sebeobsluhy pro vlastní vyprazdňování je neméně důležitá spolupráce s ergoterapeutem.

Sestry také musí znát příčinu poruch výměny plynů, zásady podávání medicínálního kyslíku a laboratorní hodnoty acidobazické rovnováhy – Astrup. Sestra musí plně ovládat monitoring vitálních funkcí pacienta a být schopna hodnotit stav vědomí pacienta.

## **Doména – aktivita – odpočinek**

Tato doména je zastoupena na OCHRIP 21 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **spánek - odpočinek, aktivita – pohyb, energetická rovnováha, přiměřené kardiovaskulární a pulmonální funkce.** ( 10, str. 92)

- Porušený spánek (00095)
- Spánková deprivace (00096)
- Ochota ke zlepšení spánku (00165)
- Zhoršená pohyblivost (00085)
- Zhoršené ovládání pojízdného vozíku (00089)
- Zhoršená schopnost se přemístit (00090)
- Porušená chůze (00088)
- Nedostatek zájmových aktivit (00097)
- Riziko imobilizačního syndromu (00040)
- Únava (00093)
- Snížený srdeční výdej (00029)
- Oslabené dýchání (00033)
- Neefektivní dýchání (00032)
- Intolerance aktivity (00092)
- Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace (00034)
- Neefektivní tkáňová perfuze (00024)
- Riziko intolerance aktivity (00094)
- Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku (00109)
- Deficit sebeděže při koupání a hygieně (00108)
- Deficit sebeděže při jídle (00102)
- Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)

## Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 20

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Porušený spánek	15 x	24,1 %
Spánková deprivace	12 x	19,3 %
Ochota ke zlepšení spánku	2 x	3,2 %
Zhoršená pohyblivost	14 x	22,5 %
Zhoršené ovládní pojízdného vozíku	1 x	1,6 %
Zhoršená schopnost se přemístit	5 x	8,0 %
Porušená chůze	4 x	6,45
Nedostatek zájmových aktivit	11 x	17,7 %
Riziko imobilizačního syndromu	62 x	100 %
Únava	10 x	16,1 %
Snížený srdeční výdej	7 x	11,2 %
Oslabené dýchání	40 %	64,5 %
Neefektivní dýchání	10 %	16,1 %
Intolerance aktivity	14 %	22,5 %
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace	31 %	50 %
Neefektivní tkáňová perfuze	10 x	16,1 %
Riziko intolerance aktivity	12 x	19,3 %
Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku	62 x	100 %
Deficit sebeděče při koupání a hygieně	62 x	100 %
Deficit sebeděče při jídle	62 x	100 %
Deficit sebeděče při vyprazdňování	62 x	100 %

## Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 21

Ošetřovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Porušený spánek	29 x	46,7 %
Spánková deprivace	21 x	33,8 %
Ochota ke zlepšení spánku	4 x	6,45 %
Zhoršená pohyblivost	31 x	50 %
Zhoršené ovládnání pojízdného vozíku	2 x	3,2 %
Zhoršená schopnost se přemístit	28 x	45,1 %
Porušená chůze	19 x	30,6 %
Nedostatek zájmových aktivit	18 x	29,0 %
Riziko imobilizačního syndromu	62 x	100 %
Únava	22 x	35,4 %
Snížený srdeční výdej	5 x	8,0 %
Oslabené dýchání	40 x	64,5%
Neefektivní dýchání	19 x	30,6 %
Intolerance aktivity	12 x	19,3 %
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace	49 x	79,0 %
Neefektivní tkáňová perfuze	7 x	11,2 %
Riziko intolerance aktivity	33 x	52,2 %
Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku	62 x	100 %
Deficit sebeděče při koupání a hygieně	62 x	100 %
Deficit sebeděče při jídle	62 x	100 %
Deficit sebeděče při vyprazdňování	62 x	100 %

## Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 22

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Porušený spánek	31 x	62 %
Spánková deprivace	29 x	58 %
Ochota ke zlepšení spánku	27 x	54 %
Zhoršená pohyblivost	30 x	60 %
Zhoršené ovládní pojízdného vozíku	6 x	12 %
Zhoršená schopnost se přemístit	32 x	64 %
Porušená chůze	18 x	36 %
Nedostatek zájmových aktivit	42 x	84 %
Riziko imobilizačního syndromu	50 x	100 %
Únava	28 x	56 %
Snížený srdeční výdej	10 x	20 %
Oslabené dýchání	40 x	80 %
Neefektivní dýchání	38 x	76 %
Intolerance aktivity	20 x	40 %
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace	38 x	76 %
Neefektivní tkáňová perfuze	6 x	12 %
Riziko intolerance aktivity	30 x	60 %
Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku	50 x	100 %
Deficit sebeděče při koupání a hygieně	50 x	100 %
Deficit sebeděče při jídle	50 x	100 %
Deficit sebeděče při vyprazdňování	50 x	100 %

## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 23

Ošetrovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Porušený spánek	24,1 %	46,7 %	62 %
Spánková deprivace	19,3 %	33,8 %	58 %
Ochota ke zlepšení spánku	3,2 %	6,45 %	54 %
Zhoršená pohyblivost	22,5 %	50 %	60 %
Zhoršené ovládání pojízdného vozíku	1,6 %	3,2 %	12 %
Zhoršená schopnost se přemístit	8,0 %	45,1 %	64 %
Porušená chůze	6,45	30,6 %	36 %
Nedostatek zájmových aktivit	17,7 %	29,0 %	84 %
Riziko imobilizačního syndromu	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Únava	16,1 %	35,4 %	56 %
Snížený srdeční výdej	11,2 %	8,0 %	20 %
Oslabené dýchání	64,5 %	64,5%	80 %
Neefektivní dýchání	16,1 %	30,6 %	76 %
Intolerance aktivity	22,5 %	19,3 %	40 %
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace	<b>50 %</b>	<b>79,0 %</b>	<b>76 %</b>
Neefektivní tkáňová perfuze	16,1 %	11,2 %	12 %
Riziko intolerance aktivity	19,3 %	52,2 %	60 %
Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Deficit sebeděče při koupání a hygieně	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Deficit sebeděče při jídle	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Deficit sebeděče při vyprazdňování	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>



### **Souhrn domény:**

Tato doména je jednou z nejnáročnější pro sestru na OCHRIP. Pro sebezpečí ve všech úrovních je nezbytná spolupráce s ergoterapeutem, který určuje pracovní postup u pacienta s maximálním využitím všech možných kompenzačních pomůcek. Sestra musí umět individuálně polohovat pacienta včetně specifického programu bazální stimulace (např. poloha hnízdo, poloha mumie) a pronační polohy. V otázkách polohování, nácviku soběstačnosti, aktivního přesunu z lůžka na vozík a vertikalizace včetně chůze, hraje hlavní roli RHB pracovník (fyzioterapeut, ergoterapeut) a po sestře je vyžadována maximální spolupráce, základní znalosti rehabilitační problematiky. Důležité je maximální sledování pacienta k riziku intolerance aktivity, a to jak objektivních projevů (např. hypertenze, hypotenze, tachykardie, tachypnoe), tak subjektivních pocitů pacienta (např. bolest, únava, závrať, nauzea). Fyzioterapie hrudníku spadá plně do kompetence fyzioterapeutů, po sestře není vyžadováno více než provádění kontaktního dýchání v případě akutního problému, kdy není na oddělení fyzioterapeut (v noci). Poklepové masáže se na OCHRIP neprovádí.

Neméně náročná je i práce s pacientem, trpícím nedostatečným spánkem či spánkovou inverzí. Zde hraje důležitou roli nezaměnitelný organizační řád oddělení, který vede k maximálnímu nočnímu klidu. Zároveň je potřeba adekvátně využít denního času tak, aby pacient nebyl přes den unaven a byl schopen maximální možné spolupráce. Využívá se komunikace s pacientem, možnost televize, DVD, CD přehrávačů, rádií, mobilních telefonů, čtení časopisů, knih. Velice důležité jsou návštěvy u pacientů.

Extrémně náročná pro sestru je problematika umělé plicní ventilace a speciálního ventilačního postupu vedoucího k odpojení pacienta od UPV a následné dekanylace. Sestra musí ovládat monitoring vitálních funkcí včetně ventilačního monitoringu (např. MV - minutová ventilace, f - dechová frekvence, fspn - spontánní dechová frekvence, Vt - dechový objem, FiO<sub>2</sub> - inspirační frakce kyslíku a další).

Zároveň je zde velice důležitá edukace pacienta, který měl opakovaně neúspěšné pokusy odpojení od UPV.

## Doména – vnímání – poznávání

Tato doména je na OCHRIP zastoupena 10 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **pozornost ke vjemům, orientace v čase, prostoru a osobě, cítit a vnímat, poznávat a komunikovat.**(10, str.124)

- Opomíjení jedné strana těla (00123)
- Porušená interpretace okolí (00127)
- Porucha smyslového vnímání (00122)
- Deficitní znalost (00126)
- Chronická zmatenost (00129)
- Poškozená paměť (00131)
- Porušené myšlení (00130)
- Ochota doplnit deficitní vědomosti (00161)
- Zhoršená verbální komunikace (00051)
- Ochota ke zlepšení komunikace (00157)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 24

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Opomíjení jedné strany těla	0	0
Porušená interpretace okolí	34 x	54,8 %
Porucha smyslového vnímání	2 x	3,2 %
Deficitní znalost	5 x	8,0 %
Chronická zmatenost	36 x	58,0 %
Poškozená paměť	32 x	51,6 %
Porušené myšlení	11 x	17,7 %
Ochota doplnit deficitní vědomosti	7 x	11,2 %
Zhoršená verbální komunikace	62 x	100 %
Ochota ke zlepšení komunikace	10 x	16,1 %

### Výčet ošetrovateľských diagnóz v roce 2006

Tabulka č.25

Ošetrovateľská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Opomíjení jedné strany těla	1 x	1,6 %
Porušená interpretace okolí	20 x	32,2 %
Porucha smyslového vnímání	12 x	19,3 %
Deficitní znalost	30 x	48,3 %
Chronická zmatenost	18 x	29,0 %
Poškozená paměť	29 x	46,7%
Porušené myšlení	30 x	48,3 %
Ochota doplnit deficitní vědomosti	26 x	41,9 %
Zhoršená verbální komunikace	62 x	100 %
Ochota ke zlepšení komunikace	31 x	50 %

### Výčet ošetrovateľských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 26

Ošetrovateľská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Opomíjení jedné strany těla	2 x	4 %
Porušená interpretace okolí	2 x	4 %
Porucha smyslového vnímání	13 x	26 %
Deficitní znalost	27 x	54 %
Chronická zmatenost	14 x	28 %
Poškozená paměť	14 x	28 %
Porušené myšlení	14 x	28 %
Ochota doplnit deficitní vědomosti	20 x	40 %
Zhoršená verbální komunikace	50 x	100 %
Ochota ke zlepšení komunikace	30 x	60 %

## Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 27

Ošetřovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Opomíjení jedné strany těla	0	1,6 %	4 %
Porušená interpretace okolí	54,8 %	32,2 %	4 %
Porucha smyslového vnímání	3,2 %	19,3 %	26 %
Deficitní znalost	<b>8,0 %</b>	<b>48,3 %</b>	<b>54 %</b>
Chronická zmatenost	58,0 %	29,0 %	28 %
Poškozená paměť	51,6 %	46,7%	28 %
Porušené myšlení	17,7 %	48,3 %	28 %
Ochota doplnit deficitní vědomosti	11,2 %	41,9 %	40 %
Zhoršená verbální komunikace	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
Ochota ke zlepšení komunikace	16,1 %	50 %	60 %

### Souhrn domény:

Komunikace s pacientem s tracheostomií a s UPV je velmi problematická a vyžaduje podstatně delší čas sestry. K tomu, aby komunikace mohla mezi sestrou a pacientem začít, probíhat a plnit svůj základní smysl vzájemné výměny informací, musí obě strany chtít komunikovat – převaha pacientů chce komunikovat, umět komunikovat – velký problém pro pacienta – musí se učit alternativní komunikaci a problém i pro sestru, která musí umět alternativní komunikaci, musí umět navázat rozhovor a také jej vést k nějakému cíli. To vše vyžaduje po sestře schopnost dostatečné erudovanosti o předpokládaných problémech pacienta. Dalším problémem je komunikace s pacientem s porušeným vnímáním nebo se zmateným pacientem, který není schopen pochopit základní komunikaci.

Dalším požadavkem na práci sestry je schopnost pracovat s pacientem s hemiplegií, paraplegií a kvadruplegií. Zde se sestra pracuje v součinnosti s rehabilitačními pracovníky. Vždy se jedná možné aktivní zapojení pacienta do programu zvyšující jeho soběstačnost. Neméně jsou důležité dostatečné a přiměřené podněty pro vlastní soběstačnost pacienta.

V neposlední řadě jsou pro sestru důležité znalosti bazální stimulace, které je využívána především u pacientů s postiženým vnímáním.

### Doména – vnímání sebe sama

Tato doména je na OCHRIP zastoupena 7 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **účelného sebepojetí, přiměřené sebeúcty a akceptování tělesného obrazu.**(10, str. 137)

- Bezmocnost (00125)
- Beznaděj (00124)
- Riziko bezmocnosti (00152)
- Riziko osamělosti (00054)
- Chronicky nízká sebeúcta (00119)
- Situačně snížená sebeúcta (00120)
- Porušený obraz těla (00118)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 28

Ošetrovatelské diagnózy	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Bezmocnost	0	0 %
Beznaděj	2 x	3,2 %
Riziko bezmocnosti	15 x	24,1 %
Riziko osamělosti	15 x	24,1 %
Chronicky nízká sebeúcta	6 x	9,6 %
Situačně snížená sebeúcta	1 x	1,6 %
Porušený obraz těla	2 x	3,2 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 29

Ošetřovatelské diagnózy	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Bezmocnost	1 x	1,6 %
Beznaděj	3 x	4,8 %
Riziko bezmocnosti	22 x	35,4 %
Riziko osamělosti	22 x	35,4 %
Chronicky nízká sebeúcta	28 x	45,1 %
Situačně snížená sebeúcta	1 x	1,6 %
Porušený obraz těla	9 x	14,5 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 30

Ošetřovatelské diagnózy	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Bezmocnost	4 x	8 %
Beznaděj	3 x	6 %
Riziko bezmocnosti	30 x	60 %
Riziko osamělosti	30 x	60 %
Chronicky nízká sebeúcta	5 x	10 %
Situačně snížená sebeúcta	8 x	16 %
Porušený obraz těla	10 x	20 %



## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 31

Ošetrovatelské diagnózy	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Bezmocnost	0 %	1,6 %	8 %
Beznaděj	3,2 %	4,8 %	6 %
Riziko bezmocnosti	<b>24,1 %</b>	<b>35,4 %</b>	<b>60 %</b>
Riziko osamělosti	<b>24,1 %</b>	<b>35,4 %</b>	<b>60 %</b>
Chronicky nízká sebeúcta	9,6 %	45,1 %	10 %
Situačně snížená sebeúcta	1,6 %	1,6 %	16 %
Porušený obraz těla	3,2 %	14,5 %	20 %

### Souhrn domény

Tato doména vyžaduje správný psychologický přístup k pacientovi. U pacientů s transversální lézí míšni v úrovni krční páteře velice často dochází k beznaději a bezmocnosti. Pacienti prakticky nevidí žádnou budoucnost. Jsou to mladí lidé, kterým úraz změnil celý život. Pracovat s takovým pacientem je velice náročné. Pacient s touto lékařskou diagnózou velice často odmítá komunikovat, bývá i agresivní – je schopen sestru pokousat. Pokud k tomu nasedá i pocit osamělosti, kdy pacient nemá žádné návštěvy (někdy je i sami odmítají a přitom po nich touží) je to neuvěřitelně těžké. Vždy je zde důležitá komunikace. Pokud umožníme pacientovi nějakým způsobem kvalitně komunikovat, je to první krůček ke spolupráci. Nesmírně důležitá je i pacientova důvěra v sestru. V žádném případě nesmí sestra dát najevo nemístný soucit či lítost. Jakékoliv nevhodné slovo pacienta je schopno poškodit a důvěra v sestru je nenávratně zničena. Taktéž je náročné ošetřování i u ostatních pacientů. Pacienti po neúspěšném odpojování od umělé plicní ventilaci ztrácí víru v odpojení, často mají i z procesu odpojení strach.

## Doména – vztahy

Tato doména je na OCHRIP zastoupena 4 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **o někoho pečovat, rodinné vztahy a zvládání rolí.**(16, str. 146)

- Přetížení pečovatele (00061)
- Zhoršená rodičovská role (00056)
- Přerušovaný život rodiny (00060)
- Poškozená sociální interakce (00052)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 32

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Přetížení pečovatele	11 x	17,7 %
Zhoršená rodičovská role	1 x	1,6 %
Přerušovaný život rodiny	44 x	70,9 %
Poškozená sociální interakce	9 x	14,5 %

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 33

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Přetížení pečovatele	10 x	16,1 %
Zhoršená rodičovská role	1 x	1,6 %
Přerušovaný život rodiny	41 x	66,1 %
Poškozená sociální interakce	12 x	19,3 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 34

Ošetřovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Přetížení pečovatele	6 x	12 %
Zhoršená rodičovská role	3 x	6 %
Přerušovaný život rodiny	40 x	80 %
Poškozená sociální interakce	46 x	92 %

### Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007:

Tabulka č. 35

Ošetřovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Přetížení pečovatele	17,7 %	16,1 %	12 %
Zhoršená rodičovská role	1,6 %	1,6 %	6 %
Přerušovaný život rodiny	70,9 %	66,1 %	80 %
Poškozená sociální interakce	<b>14,5 %</b>	<b>19,3 %</b>	<b>92 %</b>

#### Souhrn domény:

Pacienti, zvláště po úrazech, mají přerušovaný sociální život, postrádají nejenom rodinu, přátele, ale také své zaměstnání. Jejich role v životě se výrazně mění a hlavně pacienti středního věku mají problémy se vyrovnat s vlastním handicapem. Odloučení od vnějšího světa těžko nesou. Pokud je hospitalizace dlouhodobá dochází tzv. „zvyknutí“ na oddělení. Pro tuto doménu je důležitá spolupráce s rodinou.

U pacientů s extrémně dlouhou hospitalizací není zatím žádný program, který by zlepšil sociální interakci. Pokud je pacient závislý na umělé plicní ventilaci je jeho jakýkoliv pohyb (aktivní i pasivní) velice omezen. Pokud stav pacienta dovoluje a je přítomno kvalitní rodinné zázemí, existuje vítaná možnost domácí ventilační péče.

## **Doména – sexualita**

Tato doména **nebyla zastoupena** žádnými ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby akceptovat svou sexuální identitu, odpovídající sexuální funkce, mít potomky.(10, str. 168)

### **Doména – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu**

Tato doména je na OCHRIP zastoupena 8 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **zvládnout odezvu na trauma, zvládnout zátěž a zvládat reakce mozku a nervů.**(10, str. 171)

- Posttraumatický syndrom (00141)
- Strach (00148)
- Úzkost (00146)
- Neefektivní popírání (00072)
- Neefektivní zvládání zátěže (00069)
- Anticipační smutek (00136)
- Autonomní dysreflexie (00009)
- Snížená nitrolební kapacita (00049)

### **Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005**

Tabulka č. 36

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Posttraumatický syndrom	2 x	3,2 %
Strach	15 x	24,1 %
Úzkost	0	0
Neefektivní popírání	1 x	1,6 %
Neefektivní zvládání zátěže	3 x	4,8 %
Anticipační smutek	6 x	9,6 %
Autonomní dysreflexie	1 x	1,6 %
Snížená nitrolební kapacita	7 x	11,2 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 37

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Posttraumatický syndrom	1 x	1,6 %
Strach	30 x	48,3 %
Úzkost	2 x	3,2 %
Neefektivní popírání	5 x	8,0 %
Neefektivní zvládnání zátěže	5 x	8,0 %
Anticipační smutek	9 x	14,5 %
Autonomní dysreflexie	0	0
Snížená nitrolební kapacita	6 x	9,6 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č.38

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Posttraumatický syndrom	4 x	8 %
Strach	26 x	52 %
Úzkost	4 x	8 %
Neefektivní popírání	3 x	6 %
Neefektivní zvládnání zátěže	3 x	6 %
Anticipační smutek	14 x	28 %
Autonomní dysreflexie	4 x	8 %
Snížená nitrolební kapacita	4 x	8 %

## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 39

Ošetrovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Posttraumatický syndrom	3,2 %	1,6 %	8 %
Strach	<b>24,1 %</b>	<b>48,3 %</b>	<b>52 %</b>
Úzkost	0	3,2 %	8 %
Neefektivní popírání	1,6 %	8,0 %	6 %
Neefektivní zvládnání zátěže	4,8 %	8,0 %	6 %
Anticipační smutek	9,6 %	14,5 %	28 %
Autonomní dysreflexie	1,6 %	0	8 %
Snížená nitrolební kapacita	11,2 %	9,6 %	8 %

### Souhrn domény:

Pacient má strach z dušení, z toho, že nevládne odpojování od UPV. Jakékoliv úpravy ventilačního přístroje mohou vést pacienta ke strachu (např. změna ventilačního programu, výměna okruhu, kontroly přístroje, výměna ventilátoru). Pacient často pociťuje strach z budoucnosti, že nebude schopen žít jako předtím. Velikou roli zde hraje správná edukce pacienta, přítomnost zdravotnického personálu a maximální zajištění pacienta.

Ale setkáváme si i projevy smutku, které snižují sebevědomí pacienta, jeho víru sama sebe.

U transverzálních lézí míšních dochází k projevům netlumených reakcí sympatického vegetativního systému. Sestra musí být připravena na jakékoliv náhlé komplikace (těžká bradykardie, hypotenze, hypertenze, tachykardie, ale i neočekávané motorické reflexy – vykopnutí nohy při změně polohy a jiné). Zároveň je často u těchto pacientů diagnostikován posttraumatický syndrom vyžadující péči psychiatra.

Z důvodu neurochirurgických diagnóz se setkáváme se sníženou nitrolební kapacitou, která vyžaduje zvláštní postup např. při polohování pacienta..

## Doména – životní princip

Tato doména je na OCHRIP zastoupena 3 ošetřovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **preference určitého myšlení a chování, názoru, mínění a očekávání a rovnováhy mezi hodnotami a činy.**(10, str. 204)

- Duchovní nouze (00066)
- Porušená religiozita (00169)
- Ochota ke zlepšení religiozity (00171)

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 40

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Duchovní nouze	0	0 %
Porušená religiozita	1 x	1,6 %
Ochota ke zlepšení religiozity	1 x	1,6 %

### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 41

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Duchovní nouze	1 x	1,6 %
Porušená religiozita	2 x	3,2 %
Ochota ke zlepšení religiozity	2 x	3,2 %



### Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 42

Ošetřovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Duchovní nouze	1 x	2 %
Porušená religiozita	4 x	8 %
Ochota ke zlepšení religiozity	4 x	8 %

### Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 43

Ošetřovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Duchovní nouze	<b>0 %</b>	<b>1,6 %</b>	<b>2 %</b>
Porušená religiozita	<b>1,6 %</b>	<b>3,2 %</b>	<b>8 %</b>
Ochota ke zlepšení religiozity	<b>1,6 %</b>	<b>3,2 %</b>	<b>8 %</b>

#### Souhrn domény:

Pokud je pacient věřící, musí mu být poskytnuta duchovní pomoc. Může se také stát, že pacient není při vědomí, ale ve svých osobních dokladech má založenou kartičku s potřebou duchovní pomoci (katolické vyznání).

Setkáváme se i s tím, pacient vyžaduje i přítomnost rodiny během posledního pomazání. Pokud je pacientovi poskytnuta duchovní pomoc velice často se zklidní a v případě infaustní prognózy se zdá být vyrovnán. Pokud je rodina přítomna poslednímu pomazání je i ona lépe vyrovnaná s blízcím se koncem svého příbuzného.

V této doméně je vyžadováno po sestře vědomosti o správném postupu.

## **Doména – bezpečnost – ochrana**

Tato doména je zastoupena na OCHRIP 12 ošetřovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **nemít infekci, nemít tělesné poškození, vyhnout se násilí, vyhnout se rizikům prostředí, přiměřených obranných procesů a termoregulace.**(16, str. 214)

- Riziko infekce (00004)
- Poškozená ústní sliznice (00045)
- Porušená kožní integrita (00046)
- Porušená tkáňová integrita (00044)
- Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)
- Neefektivní odolnost (00043)
- Riziko poškození (00035)
- Riziko pádů (00155)
- Riziko aspirace (00039)
- Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce (00086)
- Neefektivní termoregulace (00008)
- Hypertermie (00007)

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005

Tabulka č. 44

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení v roce 2005 100 % = 62 pacientů
Riziko infekce	62 x	100 %
Poškozená ústní sliznice	62 x	100 %
Porušená kožní integrita	62 x	100 %
Porušená tkáňová integrita	62 x	100 %
Neefektivní průchodnost dýchacích cest	62 x	100 %
Neefektivní odolnost	62 x	100 %
Riziko poškození	62 x	100 %
Riziko pádů	62 x	100 %
Riziko aspirace	62 x	100 %
Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	48 x	77,4 %
Neefektivní termoregulace	19 x	30,6 %
Hypertermie	10 x	16,1 %

### Výčet ošetrovateľských diagnóz v roce 2006

Tabulka č. 45

Ošetrovateľská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Riziko infekce	62 x	100 %
Poškozená ústní sliznice	62 x	100 %
Porušená kožní integrita	62 x	100 %
Porušená tkáňová integrita	62 x	100 %
Neefektivní průchodnost dýchacích cest	62 x	100 %
Neefektivní odolnost	62 x	100 %
Riziko poškození	62 x	100 %
Riziko pádů	62 x	100 %
Riziko aspirace	62 x	100 %
Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	41 x	66,1 %
Neefektivní termoregulace	19 x	30,6 %
Hypertermie	7 x	11,2 %

### Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 46

Ošetrovatelská diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 50 pacientů
Riziko infekce	50 %	100 %
Poškozená ústní sliznice	50 %	100 %
Porušená kožní integrita	50 x	100 %
Porušená tkáňová integrita	50 x	100 %
Neefektivní průchodnost dýchacích cest	50 x	100 %
Neefektivní odolnost	50 x	100 %
Riziko poškození	50 x	100 %
Riziko pádů	50 x	100 %
Riziko aspirace	50 x	100 %
Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	22 x	44 %
Neefektivní termoregulace	3 x	6 %
Hypertermie	2 x	4 %

## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 47

Ošetrovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Riziko infekce	100 %	100 %	100 %
Poškozená ústní sliznice	100 %	100 %	100 %
Porušená kožní integrita	100 %	100 %	100 %
Porušená tkáňová integrita	100 %	100 %	100 %
Neefektivní průchodnost dýchacích cest	100 %	100 %	100 %
Neefektivní odolnosť	100 %	100 %	100 %
Riziko poškození	100 %	100 %	100 %
Riziko pádů	100 %	100 %	100 %
Riziko aspirace	100 %	100 %	100 %
Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	77,4 %	66,1 %	44 %
Neefektivní termoregulace	30,6 %	30,6 %	6 %
Hypertermie	16,1 %	11,2 %	4 %

### Souhrn domény:

Tato doména vyžaduje po sestře dodržování hygienicko-epidemiologický řádu na oddělení (je prakticky totožný s ARO), který minimalizuje přenos infekce mezi pacienty. Pacienti jsou kolonizováni nozokomiálními bakteriálními kmeny a mají sníženou obranyschopnost.

Velice důležitá je hygiena dýchacích cest (odsávání dolních i horních dýchacích cest včetně cíleného odsávání, provádění laváží, ambuingu, správného polohování vedoucího co nejlepšímu rozvinutí plic a jiné) což klade na sestru velké nároky.

Sestra musí zamezit nebo minimalizovat vzniku problémů z nesprávného polohování vedoucímu k dalším závažným komplikacím.

Neméně důležitá znalost standardních postupů v ošetrování invazivních vstupů u pacienta.. Taktéž je vyžadováno po sestře maximální zabezpečení pacienta proti pádu a snížení rizika aspirace (např. těsnost obturační manžety u TSK).

Naposlední radě je vyžadována po sestře rozsáhlá erudice v oblasti hojení a ošetrování ran pro vysoké zastoupení poškození kožního krytu u pacientů.

### **Doména – komfort**

Tato doména je zastoupena na OCHRIP 4 ošetrovatelskými diagnózami, které spadají pod lidské potřeby **tělesný komfort, zdravé prostředí a sociální pohoda.**(10, str. 247)

- Akutní bolest (00132)
- Chronická bolest (00133)
- Nauzea (00134)
- Sociální izolace (00053)

### **Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2005**

Tabulka č. 48

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2005	Procentuální zastoupení V roce 2005 100 % = 62 pacientů
Akutní bolest	1 x	1,6 %
Chronická bolest	15 x	24,1 %
Nauzea	2 x	3,2 %
Sociální izolace	11 x	17,7 %

### **Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2006**

Tabulka č. 49

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2006	Procentuální zastoupení v roce 2006 100 % = 62 pacientů
Akutní bolest	2 x	3,2 %
Chronická bolest	21 x	33,8%
Nauzea	1 x	1,6 %
Sociální izolace	16 x	26,6 %

## Výčet ošetrovatelských diagnóz v roce 2007

Tabulka č. 50

Ošetrovatelská Diagnóza	Počet diagnóz v roce 2007	Procentuální zastoupení v roce 2007 100 % = 62 pacientů
Akutní bolest	4 x	8 %
Chronická bolest	20 x	40 %
Nauzea	3 x	6 %
Sociální izolace	18 x	36 %

## Vývoj ošetrovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007

Tabulka č. 51

Ošetrovatelská diagnóza	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007
Akutní bolest	1,6 %	3,2 %	8 %
Chronická bolest	24,1 %	33,8%	40 %
Nauzea	3,2 %	1,6 %	6 %
Sociální izolace	17,7 %	26,6 %	36 %

### Souhrn domény:

V této doméně se nejčastěji setkáváme s chronickou bolestí, a to nejvíce z důvodu omezení pohybu kloubů z různých příčin. Velice často příčinou bolestí jsou i dekubity a operační dehiscence. Nikoliv vzácným jevem bývá omezení pohyblivosti ramenního kloubu na straně k ventilátoru (vliv ventilačního okruhu). Sestra musí být pacientovi nápomocna v určení bolesti (charakter, intenzitu, topologii, čas, ovlivnitelnost). Pokud pacient je schopen sám diagnostikovat bolest, využívá se všech dostupných metod k určení bolesti. V případě, že pacient není plně při vědomí nesmí sestra zapomínat na možnost bolesti i u takového pacienta a hodnotit ji podle klinických projevů (např. grimasování, tachykardie, místní zarudnutí, pocení). Zároveň musí sledovat účinek analgetik.

K pozvolnému nárůstu sociální izolace dochází vzhledem větší potřebě interakce pacientů nejenom se svou rodinou, ale s celým vnějším okolím.



### **Doména – růst / vývoj**

Tato doména **nebyla** zastoupena na OCHRIP žádnou ošetrovatelskou diagnózou, která spadá pod lidské potřeby tělesného růstu a přirozeného vývoje .

## 21.DISKUSE

Ošetrovatelská péče na OCHRIP je psychicky i fyzicky náročná činnost, která má své nezastupitelné místo v multidisciplinárním týmu, kdy základním týmem je lékař, sestra a rehabilitační pracovník. Nedílnou součástí péče o pacienta je potřeba klinického psychologa, sociální pracovníce a nutričního terapeuta. Spolu s léčbou a rehabilitací, která je pacientovi poskytována, je nutné praktické využívání komunikačních dovedností, jisté dávky empatie, psychologie a lidskosti.

Dle mých předpokladů bylo 100 % zastoupení těchto aktuálních diagnóz a to v průběhu všech tří sledovaných let:

- Nedostatečná výživa
- Porušené polykání
- Deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku
- Deficit sebekpěče při hygieně a koupání
- Deficit sebekpěče při jídle
- Deficit sebekpěče při vyprazdňování
- Zhoršená verbální komunikace
- Poškozená ústní sliznice
- Poškozená kožní integrita
- Poškozená tkáňová integrita
- Neefektivní průchodnost dýchacích cest
- Neefektivní odolnost

Ve 100 % zastoupení byly i potenciální diagnózy:

- Riziko pádů
- Riziko aspirace
- Riziko poškození
- Riziko imobilizačního syndromu
- Riziko infekce

Vysoké zastoupení měly i tyto sledované diagnózy, ačkoliv nedosáhly 100 %.

- Dysfunkční odpojování od umělé plicní ventilace (max. 79 %)
- Porušená výměna plynů (max. 98 %)

Dalo by se říci, že tento souhrn ošetrovatelských diagnóz je specifický pro OCHRIP. Ale bylo by potřeba provést další výzkum, který by se zabýval specifikováním souboru ošetrovatelských diagnóz pro daný typ péče. OCHRIP má totiž tři typy péče, které se hlavně liší způsobem dané plicní ventilace a to v prvním typu péče převážně řízenými režimy,

v druhém typu weanigem a třetím typu spontánní ventilací s oxygenoterapií, kdy lze předpokládat, že tyto typy péče se od sebe liší.

Ošetrovatelské diagnózy vyžadují od sestry kvalitní znalosti v nástavbovém oboru ošetrovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (dále jen ARIP). Nástavbový obor ARIP by bylo vhodné rozšířit o moduly dlouhodobé ventilace a speciální komunikace s tracheostomovaným pacientem na UPV.

V důsledku změny skladby pacientů došlo dle mého očekávání k nárůstu sledovaných ošetrovatelských diagnóz (deficitní znalost, riziko bezmocnosti, riziko beznaděje, strach, poškozená sociální interakce). V roce 2005 bylo přijato více pacientů po kardiopulmonální resuscitaci s následnou těžkou encefalopatií. U těchto pacientů nebyla potřebná zvýšená edukační činnost sestry. U plně vnímajících pacientů je naopak vyšší potřeba edukace, komunikace a maximálního zapojení pro vlastní sociální interakci, která snižuje strach, osamělost a bezmocnost v průběhu hospitalizace.

- Deficitní znalost (z 8 % na 54 %)
- Riziko bezmocnosti (z 24 % na 60 %)
- Riziko osamělosti (z 24 % na 60 %)
- Strach (z 24 % na 52 %)
- Poškozená sociální interakce (z 14,5 % na 92 %)

Následující ošetrovatelské diagnózy byly zastoupeny na oddělení sporadicky, ale i přesto by se jim měla věnovat náležitá pozornost. Jedná se o diagnózy, které jsou důležité pro pacienta z hlediska jeho vyznání. Sestra by měla být bez ohledu na vlastní světový názor schopna pochopit a zabezpečit jeho potřebu.

- Duchovní nouze (max. 2 %)
- Porušená religiozity (max. 8 %)
- Ochota ke zlepšení religiozity (max. 8 %)

Můj předpoklad o absenci domén sexuality a růstu – vývoje se potvrdil. Hlavním důvodem je pravděpodobně časový interval (první tři dny hospitalizace pacienta) pro sběr informací.

Zároveň jsem přiblížila ostatním náročnou práci sester na OCHRIP, a to pomocí ošetrovatelských diagnóz, kdy předpokládám, že stanovená ošetrovatelská diagnóza definuje problém pacienta a následnou činnost sestry. Doufám, že touto prací jsem odpověděla na velice častou otázku: „, Co je to za oddělení, pro jaké je pacienty a co s nimi děláte?“.

## ZÁVĚR

Rozvoj medicínských technologií umožňuje zkrácení ošetrovací doby na lůžkách akutní péče a současně vyžaduje zlepšení podmínek a dostupnosti následné péče, zvláště se zaměřením na rehabilitaci a zvýšení kvality péče. Jedním ze specializovaných oddělení následné péče je i oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče.

Cílem mé práce je seznámit odbornou veřejnost s problematikou OCHRIP, poukázat na potenciál tohoto oddělení, které má své nezastupitelné místo ve zdravotnictví České republiky.

V části teoretické vysvětluji vstupní kritéria pro pacienty přijímané na OCHRIP. Dále uvádím cíle hospitalizace na OCHRIP. Z uvedeného vyplývá, že toto oddělení by nemělo sloužit jako konečná stanice pro pacienty s nepříznivou prognózou. Nedílnou součástí je i přístrojové a personální vybavení OCHRIP. Velice důležitou položkou je i vysvětlení všech tří typů péče na tomto oddělení. Zároveň přibližuji problematiku na OCHRIP v Českém Brodě. OCHRIP je specifický a nezaměnitelný s odděleními ARO, JIP a také nenahrazuje „apalickou jednotku“.

V části empirické za základě statistických dat zaměřených na ošetrovatelskou diagnostiku od roku 2005 do roku 2007 jsem stanovila pravděpodobný soubor ošetrovatelských diagnóz, který by se jevil jako specifický pro OCHRIP. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny během prvních tří dnů hospitalizace s aspektem na maximální příjmovou informovanost o pacientovi. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny podle NANDA taxonomie II, která vychází z modelu „Funkčního zdraví“.

Všechny tyto ošetrovatelské diagnózy vyžadují po sestře maximální znalosti nejen v ošetrovatelském oboru ARIP, ale i v problematice dlouhodobé ventilace, často s obtížným odvykáním. Dále jsou pro sestru nutné hluboké znalosti v oblasti speciální komunikace a psychologické pomoci pacientovi a jeho rodině. Neméně náročná je chronicita problémů pacientů, dále otázky kolem jejich prognózy a eventuální ventilátordependence.

Díky této práci jsem si ověřila, že ošetrovatelské diagnózy jsou použitelné pro zmapování činnosti sestry. Z vlastní zkušenosti (více jak 20 let v intenzivních oborech) mohu potvrdit, že OCHRIP je po pracovní stránce náročné oddělení, které v sobě snoubí problematiku ARO, JIP různých klinických oborů a v neposlední řadě i problematiku domácí umělé plicní ventilaci (DUPV).

## ANOTACE

Autor	Ilona Weissová
Instituce	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce	OCHRIP – nová dimenze ošetrovatelské péče
Vedoucí práce	MUDr. Tomáš Beran, Mgr. Ivana Kupečková
Počet stran	68
Počet příloh	52
Rok obhajoby	2008
Klíčová slova	Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče, umělá plicní ventilace, odvykání od ventilátoru, ošetrovatelská diagnostika

Bakalářská práce pojednává o oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. Jedná se o mladý obor, který má své specifické zastoupení ve zdravotnictví České republiky. Cílem mé práce je seznámit odbornou veřejnost s problematikou OCHRIP a poukázat na skrytý potenciál tohoto oddělení.

V části teoretické poukazuji na charakteristiku oddělení, personální a přístrojové vybavení, Dále vysvětluji všechny tři typy péče. A přibližuji problematiku OCHRIP

V části empirické pomocí ošetrovatelských diagnóz objektivně mapuji problémy pacientů a z toho vyplývající práci sester na OCHRIP v Českém Brodě. Zároveň stanovuji pravděpodobný soubor ošetrovatelských diagnóz, který se jeví jako specifický pro OCHRIP. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny z prvních tří dnů hospitalizace pacienta z důvodu maximální příjmové informovanosti o pacientovi. Zkoumaný vzorek tvoří 174 pacientů hospitalizovaných v letech 2005 až 2007 v Českém Brodě.

## ANNOTATION

Author	Ilona Weissová
Institution	Department of Nursing The Institute of Social Medicine The Faculty of Medicine The Charles University in Hradec Králové
Title	CHICU – new dimension of nursing care
Supervisor	MUDr. Tomáš Beran, Mgr. Ivana Kupečková
Pages	68
Inset	52
The year of presentation	2008
Keywords	Chronical intensive care department, arteficial lung ventilation, weaning, nursing diagnostic methods

The subject of my Bachelor thesis is covering the organisation and the structure of the department of the chronicle intensive care. It is a new developing field with a specific position in the health care system of the Czech Republic. I hope that through my work the professionals in health care will get acquainted with problems at CHICU and show the hidden capacity in resolving these problems.

In theoretical part i show chraracteristics of the CHICU and differencies when compared to ICU etc.

In the practical part of my work I apply nursing diagnostic methods to cover objectively problems of patients and related work of nurses at the hospital in Český Brod. At the same time I fix propable set of nursing diagnostics, which is specific for CHICU. Nursing diagnostic methods are resulting from the first three days of hospitalization in order to receive the maximum information about patients. The subject of the research is 174 patients hospitalized at the hospital in Český Brod in 2005, 2006 and 2007.

## Použitá literatura a prameny

1. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (1998) Metodické opatření 12/1998. „*Koncepce následné lůžkové péče*“ Praha
2. Všeobecná zdravotní pojišťovna (2002-2003) „*Projekt OCHRIP*“ , Praha
3. Wildová O. (2007) „*Víte, co je OCHRIP ? – minirozhovor na*  
[http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?\\_id=7132&s\\_ts39103,8080555556](http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?_id=7132&s_ts39103,8080555556)  
dne 30.9.2007
4. ANESAN s.r.o Český Brod (2004) „*Pravidla pro nasmlouvání, vykazování a kontrolu nových kódů VZP ČR pro poskytovatele chronické resuscitační a intenzivní péče*“  
Interní dokument
5. Všeobecná zdravotní pojišťovna (1997-2000) „*Projekt CHRIP*“ Praha
6. ANESAN s.r.o Český Brod (2002) „*Provozní řád oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče*“. Schválený Krajskou hygienickou stanicí Středočeského kraje se sídlem v Praze v roce 2002. Interní dokument
7. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 385/2006. „*O zdravotnické dokumentaci*“. Praha
8. Friedlová K.(2007) *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*.1.vyd. Praha. ISBN 978-80-247-1314-4
9. Sobotka D. *Fyzioterapie na oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče*.  
Magisterská práce obhájená na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v roce 2007. 65 s. Depon in: Archiv 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlova v Praze
10. Marečková J. (2006) *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha ISBN 80-247-1399-3
11. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 493/2005 „*Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2006*“. Praha
12. Drábková J. „*Domácí umělá plicní ventilace*“. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum 6/2007. Praha
13. Griffit University, Faculty of Nursing and Health, „*Long-term mechanical ventilaton in a critical care unit: Existing in an unevyday wold*“.p.johnson@griffth.edu.au dne 10.7.2008
14. Griffit University, Faculty of Nursing and Health. „*Long-term mechanical ventilaton in a critical care unit: Seek to gain aspects of power and control over their environment*“ p. johnson@griffth.edu.au dne 10.7.2008

### **Seznam použitých zkratk :**

ARDS – akutní syndrom dechové tísně

ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko - resuscitační oddělení

CO<sub>2</sub> - kysličník uhličitý

COPD - chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc

CPAP – continuous positive airway pressure – ventilační režim

CVP – centrální žilní tlak

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

DUPV – domácí umělá plicní ventilace

EKG- elektrokardiograf

ETCO<sub>2</sub> – koncentrace oxidu uhličitého ve vydechovaném vzduchu na konci výdechu

f – dechová frekvence

f<sub>spn</sub> – spontánní dechové frekvence

FiO<sub>2</sub> – inspirační frakce kyslíku

CHRIP – chronická resuscitační a intenzivní péče

IBP – invazivní krevní tlak - monitorace

JIP- jednotka intenzivní péče

LDN- léčebna dlouhodobé péče

NANDA - North American Association for Nursing Diagnosis

NBP- neinvazivní krevní tlak - monitorace

MV – minutová ventilace

OD- ošetřovací den

OCHRIP – oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PVS – perzistentní vegetativní stav

RHB – rehabilitace

RIP – resuscitační a intenzivní péče

SpO<sub>2</sub> – pulzní oximetrie

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TEMP – monitorace teploty pacienta

TSK – tracheostomická kanyla

UPV – umělá plicní ventilace

USA – Spojené státy Americké



ÚSP – ústavní pohotovostní služba

Vt – dechový objem

ZPBD – zdravotnický pracovník bez odborného dohledu

ZPOD – zdravotnický pracovník s odborným dohledem

## Seznam tabulek :

1.	Přístrojové vybavení OCHRIP	Str. 9
2.	Personální požadavky OCHRIP	Str. 11
3.	Sledovaný soubor pacientů včetně přijatých na UPV	Str. 22
4.	Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2005	Str. 22
5.	Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2006	Str. 23
6.	Výčet hlavních lékařských diagnóz v roce 2007	Str. 23
7.	Soubor nejčastějších hlavních lékařských diagnóz a pacientů přijatých na UPV od roku 2005 do roku 2007	Str. 24
8.	Doména 1: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 27
9.	Doména 1: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 28
10.	Doména 1: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 28
11.	Doména 1: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 29
12.	Doména 2: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 29
13.	Doména 2: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 30
14.	Doména 2: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 30
15.	Doména 2: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 31
16.	Doména 3: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 32
17.	Doména 3: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 33
18.	Doména 3: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 33
19.	Doména 3: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 34
20.	Doména 4: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 35
21.	Doména 4: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 36
22.	Doména 4: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 37
23.	Doména 4: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 38
24.	Doména 5: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 42
25.	Doména 5: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 43
26.	Doména 5: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 44
27.	Doména 5: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 45
28.	Doména 6: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 47
29.	Doména 6: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 48
30.	Doména 6: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 48
31.	Doména 6: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 49

32.	Doména 8: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 50
33.	Doména 8: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 50
34.	Doména 8: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 51
35.	Doména 8: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 51
36.	Doména 9: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 53
37.	Doména 9: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 54
38.	Doména 9: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 54
39.	Doména 9: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 55
40.	Doména 10: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 56
41.	Doména 10: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 56
42.	Doména 10: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 57
43.	Doména 10: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 57
44.	Doména 11: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 59
45.	Doména 11: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 60
46.	Doména 11: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 61
47.	Doména 11: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 62
48.	Doména 12: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2005	Str. 63
49.	Doména 12: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2006	Str. 63
50.	Doména 12: Výčet ošetřovatelských diagnóz v roce 2007	Str. 64
51.	Doména 12: Vývoj ošetřovatelských diagnóz od roku 2005 do roku 2007	Str. 64

**Seznam příloh:**

1. Převodní tabulka názvů ošetrovatelských diagnóz podle domén (16, str. 41 – 49)
2. Minimální technické vybavení pro resuscitační a intenzivní péči o dospělé
3. TISS – předpoklady + seznam výkonů s komentářem (4, str. 45-47)
4. Minimální personální vybavení ARO + JIP
5. Domácí ventilační péče
6. Zahraňičí a dlouhodobá mechanická ventilace
7. Informační fotografie z oddělení – celkem 7 fotografií (rok 2004)
8. Informační fotografie – dekubity + tracheostoma - celkem 4 fotografie (rok 2004)
- 9: Částečné ukázky dokumentace z roku 2004

**Příloha č.1**

<i>České verze názvů ošetrovatelských diagnóz NANDA –Int., taxonomie II k roku 2005</i>	<i>České verze názvů ošetrovatelských diagnóz NANDA –Int., taxonomie I k roku 1999</i>
<b><i>1. doména: podpora zdraví</i></b>	
<b><i>Třída – Management zdraví</i></b>	
<b><i>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Neefektivní léčebný režim - 00078</i>	<i>Léčebný režim: individuální, neúčinná integrace</i>
<i>Neefektivní podpora zdraví - 00099</i>	<i>Zdraví, snížená schopnost zachování</i>
<i>Pro jedince nebo rodinu v domácí péči:</i>	
<i>Zhoršené udržování domácnosti - 00098</i>	<i>Udržování domácnosti porušené</i>
<i>Pro komunitu</i>	
<i>Neefektivní léčebný režim komunity - 00081</i>	<i>Léčený režim: komunita, neúčinná integrace</i>
<b><i>Ošetrovatelské diagnózy ke zlepšení zdraví</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Efektivní léčebný režim - 00082</i>	<i>Léčebný režim: individuální, účinná integrace</i>
<i>Ochota ke zlepšení léčebného režimu - 00162</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Hledání zdravého životního stylu (specifikovat) - 00084</i>	<i>Posilování zdraví s upřesněním</i>
<i>Ochota ke zlepšení výživy - 00163</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b><i>2. doména: výživa</i></b>	
<b><i>Třída – přijímání potravy</i></b>	
<b><i>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Neefektivní krmení kojence - 00107</i>	<i>Kojenec, neúčinné krmení</i>
<i>Porušené polykání - 00103</i>	<i>Polykání porušené</i>
<i>Nedostatečná výživa - 00002</i>	<i>Výživa porušená, nedostatečná</i>
<i>Nadměrná výživa - 00001</i>	<i>Výživa porušená, nadměrná</i>
<b><i>Potenciální ošetrovatelská diagnóza</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	

Riziko nadměrné výživy - 00003	Výživa porušená , nadměrná hrozící
--------------------------------	------------------------------------

<b>Třída - hydratace</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Deficit tělesných tekutin - 00027</i>	<i>Tělesné tekutiny, deficit</i>
<i>Zvýšený objem tělesných tekutin - 00026</i>	<i>Tělesné tekutiny, nadbytek</i>
<b>Potenciální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko deficitu tělesných tekutin- 00028</i>	<i>Tělesné tekutiny, riziko deficitu</i>
<i>Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin - 00025</i>	<i>Tělesné tekutiny, riziko nerovnováhy</i>
<b>Ošetrovatelská diagnóza k podpoře zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota ke zlepšení bilance tekutin - 00160</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>3. doména: vylučování a výměna</b>	
<b>Třída - vyprazdňování</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Porušené vyprazdňování moči - 00016</i>	<i>Močení porušené</i>
<i>Retence moči - 00023</i>	<i>Retence moči</i>
<i>Úplná inkontinence moči – 00021</i>	<i>Inkontinence moči úplná</i>
<i>Funkční inkontinence moči - 00020</i>	<i>Inkontinence moči funkční</i>
<i>Stresová inkontinence moči - 00017</i>	<i>Inkontinence moči strsová</i>
<i>Reflexní inkontinence moči - 00018</i>	<i>Inkontinence moči reflexní</i>
<i>Urgentní inkontinence moči - 00019</i>	<i>Inkontinence moči urgentní</i>
<b>Potenciální ošetrovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko urgentní inkontinence moči – 00022</i>	<i>Inkontinence moči urgentní hrozící</i>
<b>Ošetrovatelská diagnóza k podpoře zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	

Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči - 00166	Nevyskytovala se
---	------------------

<b>Třída – gastrointestinální funkce</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Inkontinence stolice - 00014	Inkontinence
Průjem - 00013	Pprůjem
Zácpa - 00011	Zácpa
Habituální zácpa - 00012	Domnělá zácpa
<b>Potenciální ošetrovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko zácpy - 00015	Zácpa, riziko vzniku
<b>Třída – respirační funkce</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Porušená výměna plynů - 00030	Výměna plynů porušená
<b>4. doména: aktivita - odpočinek</b>	
<b>Třída – spánek - odpočinek</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Porušený spánek - 00095	Spánek porušený
Spánková deprivace - 00096	Spánková deprivace
<b>Ošetrovatelská diagnóza k podpoře zdraví</b>	
Ochota ke zlepšení spánku - 00165	Nevyskytovala se
<b>Třída – aktivita - pohyb</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Zhoršená pohyblivost - 00085	Pohyblivost porušená
Zhoršená pohyblivost na lůžku - 00091	Pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku
Zhoršené ovládání pojízdného vozíku - 00089	Pohyblivost, porušená schopnost ovládat invalidní vozík

Zhoršená schopnost se přemístit - 00090	Přesun, porušená schopnost
Porušená chůze - 00088	Chůze porušená
Nedostatek zájmových aktivit – 00097	Zábava a rekreace, nedostatek
Opožděné pooperační zotavení - 00100	Chirurgické zotavení opožděné
Sedavý životní styl - 00168	Nevyskytovala se
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko imobilizačního syndromu - 00040	Imobilizační syndrom, zvýšené riziko
<b>Třída – energetická rovnováha</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Porušená energie - 00050	Energetické pole porušené
Únava - 00093	únava
<b>Třída – kardiovaskulární a pulmonální odezva</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Snížený srdeční výdej – 00029	Srdeční výdej snížený
Oslabené dýchání - 00033	Spontánní dýchání selhávající
Neefektivní dýchání - 00032	Dýchání nedostatečné
Intolerance aktivity - 00092	Aktivita intolerance
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace - 00034	Ventilace umělá, dysfunkční odpojování
Neefektivní tkáňová perfuze ( typ: renální, cerebrální, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní) - 00024	Prokrvení tkání porušené (s upřesněním): renální, mozkové, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko intolerance aktivity - 00094	Aktivita, riziko intolerance
<b>Třída - sebepěče</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku - 00109	Péče o sebe sama nedostatečná



Deficit sebeděče při koupání a hygieně – 00108	(s upřesněním): v oblékání, úpravě zevnějšku a péči o vyprazdňování
Deficit sebeděče při jídle – 00102	
Deficit sebeděče při vyprazdňování – 00110	
<b>5. doména: vnímání - poznávání</b>	
<b>Třída - pozornost</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince	
Opomíjení jedné strany těla - 00123	Vnímání jedné strany těla porušené
<b>Třída - orientace</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince	
Porušená interpretace okolí - 00127	Interpretace okolí porušená
Potulka - 00154	Nevyskytovala se
<b>Třída – čití vnímání</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince	
Porucha smyslového vnímání (nutno specifikovat). Zraku, sluchu, kinestezie, chuti, doteku, čichu - 00122	Senzorické a percepční poruchy (s upřesněním): zraková, sluchová, kinetická, chuťová, hmatová, čichová
<b>Třída - poznání</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelské diagnózy</b>	
Pro jedince	
Deficitní znalost (specifikovat) - 00126	Neznalost (potřeba poučení s upřeněním)
Akutní zmatenost - 00128	Zmatenost akutní
Chronická zmatenost - 0029	Zmatenost chronická
Poškozená paměť - 00131	Paměť porušená
Porušené myšlení - 00130	Myšlení porušené
<b>Ošetrovatelská diagnóza k podpoře zdraví</b>	
Pro jedince	
Ochota doplnit deficitní vědomosti - 00161	Nevyskytovala se
<b>Třída - komunikace</b>	
<b>Aktuální ošetrovatelská diagnóza</b>	

<i>Pro jedince</i>	
<i>Zhoršená verbální komunikace - 00051</i>	<i>Komunikace verbální porušená</i>

<b><i>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota ke zlepšení komunikace - 00157</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>6. doména: vnímání sebe sama</b>	
<b>Třída - sebepojetí</b>	
<b><i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Porušená osobní identita - 00121</i>	<i>Identita porušená</i>
<i>Bezmocnost - 00125</i>	<i>Bezmocnost</i>
<i>Beznaděj - 00124</i>	<i>Beznaděj</i>
<b><i>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko bezmocnosti - 00152</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Riziko osamělosti - 00154</i>	<i>Osamělost, zvýšené riziko</i>
<b><i>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota zlepšit sebepojetí - 00167</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Třída - sebeúcta</b>	
<b><i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Chronicky nízká sebeúcta - 00119</i>	<i>Sebeúcta chronicky snižená</i>
<i>Situačně snižená sebeúcta - 00120</i>	<i>Sebeúcta porušená/situačně snižená</i>
<b><i>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko situačně snižené sebeúcty - 00153</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Třída – tělesný obraz</b>	
<b><i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Porušený tělesný obraz - 00118</i>	<i>Obraz těla porušený</i>

<b>7. doména: vztahy</b>	
<b>Třída – role pečovatele</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Přetížení pečovatele - 00061</i>	<i>Pečovatelská role , přetížení</i>
<i>Zhoršená rodičovská role - 00056</i>	<i>Rodičovství narušené</i>
<b>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko přetížení pečovatele - 00062</i>	<i>Pečovatelská role, riziko přetížení</i>
<i>Riziko zhoršení rodičovské role - 00057</i>	<i>Rodičovství, riziko narušení</i>
<b>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota ke zlepšení rodičovské role - 00164</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Třída – rodinné vztahy</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro rodinu</i>	
<i>Přerušovaný život rodiny - 00060</i>	<i>Život rodiny narušený</i>
<i>Dysfunkční život rodiny s alkoholismem - 00063</i>	<i>Život rodiny narušený: alkoholismus (zneužívání návykových látek)</i>
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince i rodinu</i>	
<i>Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte - 00058</i>	<i>Pouto mezi rodiči a dětmi, riziko narušení</i>
<b>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro rodinu</i>	
<i>Ochota ke zlepšení funkce rodiny - 00159</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Třída – vykonávání rolí</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro matku a dítě</i>	

<i>Neefektivní kojení - 00104</i>	<i>Kojení neúčinné</i>
<i>Přerušené kojení - 00105</i>	<i>Kojení přerušené</i>
<i>Pro jedince</i>	
<i>Neefektivní plnění role - 00055</i>	<i>Role, porušené zvládnání</i>
<i>Konflikt rodičovské role - 00064</i>	<i>Rodičovská role, konflikt</i>
<i>Poškozená sociální interakce - 0052</i>	<i>Společenská interakce porušená</i>
<b><i>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</i></b>	
<i>Pro matku a dítě</i>	
<i>Efektivní kojení - 00106</i>	<i>Kojení účinné</i>
<b>8. doména: sexualita</b>	
<b>Třída – sexuální funkce</b>	
<b><i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Sexuální dysfunkce - 00059</i>	<i>Sexuální dysfunkce</i>
<i>Neefektivní sexuální život - 00065</i>	<i>Sexualita porušená</i>
<b>9. doména: zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu</b>	
<b>Třída – posttraumatická odezva</b>	
<b><i>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Stresový syndrom po přemístění - 00114</i>	<i>Přemístění, stresový syndrom</i>
<i>Traumatický syndrom po znásilnění - 00142</i>	<i>Znásilnění, traumatický syndrom</i>
<i>Tichá reakce traumatického syndromu po znásilnění - 00144</i>	<i>Znásilnění, traumatický syndrom</i>
<i>Směšená reakce traumatického syndromu po znásilnění – 00143</i>	<i>Znásilnění, traumatický syndrom</i>
<i>Posttraumatický syndrom - 00141</i>	<i>Posttraumatický syndrom (s upřesněním stadia)</i>
<b><i>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</i></b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko stresového syndromu po přemístění - 00149</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Riziko posttraumatického syndromu - 00145</i>	<i>Posttraumatický syndrom, hrozící</i>
<b>Třída – reakce na zvládané zátěže</b>	

<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Strach - 00148</i>	<i>Strach (s upřesněním)</i>
<i>Úzkost - 00146</i>	<i>Úzkost (mírná, středně závažná, silná, panická)</i>
<i>Úzkost ze smrti - 00147</i>	<i>Úzkost ze smrti</i>
<i>Chronický zármutek - 00137</i>	<i>Zármutek chronický</i>
<i>Neefektivní popírání - 00072</i>	<i>Popření neúčinné</i>
<i>Oslabené přizpůsobení - 00070</i>	<i>Adaptace porušená</i>
<i>Neefektivní zvládnání zátěže - 00069</i>	<i>Zvládnání problémů individuální, neúčinné</i>
<i>Defenzivní zvládnání zátěže - 00071</i>	<i>Zvládnání problémů defenzivní</i>
<i>Pro jedince, rodinu nebo komunitu</i>	
<i>Anticipační smutek - 00136</i>	<i>Smutek anticipační</i>
<i>Dysfunkční smutek - 00135</i>	<i>Smutek dysfunkční</i>
<i>Pro rodinu</i>	
<i>Neschopnost rodiny zvládat zátěž - 00073</i>	<i>Zvládnání situace rodinou neúčinné, poškozující</i>
<i>Ohrožující zvládnání zátěže rodinou - 00074</i>	<i>Zvládnání situace rodinou neúčinné, ohrožující</i>
<i>Pro komunitu</i>	
<i>Neefektivní zvládnání situace v komunitě - 00077</i>	<i>Komunita, porušené fungování</i>
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince, rodinu nebo komunitu</i>	
<i>Riziko dysfunkčního smutku - 00172</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Ošetřovatelské diagnózy ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota zlepšit zvládnání zátěže - 00158</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Pro rodinu a blízké</i>	
<i>Ochota blízké osoby lépe zvládnou zátěž - 00075</i>	<i>Zvládnání situace rodinou, možnosti zlepšení</i>
<i>Pro komunitu</i>	
<i>Ochota komunity zlepšit zvládnání zátěže - 00076</i>	<i>Komunita, možnost lepšího fungování</i>

<b>Třída – neurobehaviorální stres</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Autonomní dysreflexie - 00009</i>	<i>Dysreflexie vegetativní</i>
<i>Narušené chování dítěte - 00116</i>	<i>Kojenecké chování narušené</i>
<i>Snížená nitrolební kapacita - 00049</i>	<i>Nitrolební adaptivní kapacita snížená</i>
<b>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko autonomní dysreflexie - 00010</i>	<i>Dysreflexie vegetativní, hrozící</i>
<i>Riziko narušeného chování dítěte - 00115</i>	<i>Kojenecké chování, riziko narušení</i>
<b>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Možné zlepšení chování dítěte - 00117</i>	<i>Kojenecké chování, možnost zlepšení</i>
<b>10. doména: životní princip</b>	
<b>Třída - přesvědčení</b>	
<b>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota ke zlepšení „duchovní“ pohody - 00068</i>	<i>Duchovní pohoda, možnost zlepšení</i>
<b>Třída – soulad hodnot, přesvědčení a činů</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Duchovní nouze - 00066</i>	<i>Duchovní tíseň</i>
<i>Konflikt v rozhodování (specifikovat) - 00083</i>	<i>Rozhodování konfliktní (s upřesněním)</i>
<i>Nedodržení (specifikovat) - 00079</i>	<i>Neochota ke spolupráci</i>
<i>Porušená „religiozita“ - 00169</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko duchovní nouze - 00067</i>	<i>Duchovní tíseň hrozící</i>
<i>Riziko porušení religiozity - 00170</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<b>Ošetřovatelská diagnóza ke zlepšení zdraví</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Ochota ke zlepšení religiozity - 00171</i>	<i>Nevyskytovala se</i>

<b>11. doména: bezpečnost - ochrana</b>	
<b>Třída - infekce</b>	
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko infekce - 00004</i>	<i>Infekce, riziko vzniku</i>
<b>Třída – tělesné poškození</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Poškozená ústní sliznice - 00045</i>	<i>Ústní dutina, postižení sliznice</i>
<i>Porušená kožní integrita - 00046</i>	<i>Kožní integrita porušená</i>
<i>Porušená tkáňová integrita - 00044</i>	<i>Tkáňová integrita porušená</i>
<i>Poškozená dentice - 00048</i>	<i>Chrup poškozený</i>
<i>Neefektivní průchodnost dýchacích cest - 00031</i>	<i>Průchodnost dýchacích cest zhoršené</i>
<i>Neefektivní odolnost - 00043</i>	<i>Odolnost narušená</i>
<b>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Riziko poškození - 00035</i>	<i>Poranění, zvýšené riziko</i>
<i>Riziko perioperačního poškození - 00087</i>	<i>Poškození v souvislosti s operačním výkonem</i>
<i>Riziko pádů - 00155</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Riziko porušení kožní integrity - 00047</i>	<i>Kožní integrita, riziko porušení</i>
<i>Riziko aspirace - 00039</i>	<i>Aspirace, zvýšené riziko</i>
<i>Riziko periferní neurovaskulární dysfunkce - 00086</i>	<i>Periferní neurovaskulární dysfunkce, zvýšené riziko</i>
<i>Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence - 00156</i>	<i>Nevyskytovala se</i>
<i>Pro jedince v domácím prostředí</i>	
<i>Riziko traumatu - 00038</i>	<i>Trauma, zvýšené riziko</i>
<i>Riziko udušení - 00036</i>	<i>Dušení, zvýšené riziko</i>
<b>Třída - násilí</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
<i>Sebepoškození - 00151</i>	<i>Nevyskytovala se</i>

<b>Potenciální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko sebepoškození - 00139	Sebepoškození hrozící
Riziko násilí vůči jiným - 00138	Násilí (akutní) hrozící vůči jiným
Riziko násilí vůči sobě - 00140	Násilí akutní hrozící vůči sobě
Riziko sebevraždy - 00150	Nevyskytovala se
<b>Třída – rizika prostředí</b>	
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko intoxikace - 00037	Riziko intoxikace
<b>Třída – obranné procesy</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Alergická reakce na latex - 00041	Latex, alergická reakce
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko alergické reakce na latex - 00042	Latex, riziko alergické reakce
<b>Třída - termoregulace</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Neefektivní termoregulace - 00008	Termoregulace neučinná
Hypotermie - 00006	Hypotermie
Hypertermie - 00007	Hypertermie
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Riziko nerovnováhy tělesné teploty - 00005	Tělesná teplota, riziko poruchy termoregulace
<b>12. doména: komfort</b>	
<b>Třída – tělesný komfort</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
<i>Pro jedince</i>	
Akutní bolest - 00132	Bolest akutní
Chronická bolest - 00133	Bolest chronická
Nauzea - 00134	Nauzea



<b>Třída – sociální komfort</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelské diagnózy</b>	
Pro jedince	
Sociální izolace - 00053	Společenská izolace
<b>13. doména: růst/vývoj</b>	
<b>Třída - růst</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince	
Neprospívání dospělé osoby - 00101	Neprospívání dospělé osoby
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince v období tělesného růstu	
Riziko nesouměrného růstu - 00113	Růst, riziko poruchy
<b>Třída - vývoj</b>	
<b>Aktuální ošetřovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince	
Opožděný růst a vývoj - 00111	Růst a vývoj porušený
<b>Potenciální ošetřovatelská diagnóza</b>	
Pro jedince ve vývojovém období	
Riziko opožděného vývoje - 00112	Vývoj, riziko poruchy

## 2. Příloha:

### Minimální technické vybavení pro resuscitační a intenzivní péči o dospělé

- je prováděno na základě Therapeutic Intervention Scoring System (dále jen TISS).

*System TISS je metodou k určení závažnosti onemocnění, a to nepřímo podle velikosti léčebného úsilí. Je založen na kvantifikaci činnosti ošetrovatelského personálu. Přiřazuje k vyjmenovaným úkolům bodové hodnoty od 1–4 jako výraz jejich složitosti a časové náročnosti. Skóre se získá jako součet bodových hodnot jednotlivých diagnostických, monitorovacích a léčebných úkonů, které byly u pacienta provedeny za posledních 24 hodin.*

### **Ošetrovací den (dále je OD) resuscitační péče o pacienta s TISS 30 a více body**

- *Jedná se o OD 00051,00052 a 00053.*
- *Podmínkou pro vykazování těchto OD je nejméně 5 lůžek na pracovišti a zajištění následující úrovně přístrojového vybavení nejméně na dvou třetinách lůžek pracoviště.*

Tabulka č.52 Přístrojové vybavení resuscitační péče o pacienta s TISS 30 a více body

<i>Přístroj</i>	<i>počet</i>
<i>Centrála monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Dávkovač injekční</i>	<i>2 na 1 lůžko</i>
<i>Defibrilátor</i>	<i>2 na stanici</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanalový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Kapnometr – modul CO<sub>2</sub></i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Lůžko resuscitační polohovatelné do stran</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Monitor EKG,SpO<sub>2</sub>,IBP,TEMP</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Monitor modulární s moduly</i>	<i>1 na lůžko</i>
<i>nebulizátor</i>	<i>1 na lůžko</i>
<i>odsávačka</i>	<i>1 na lůžko</i>
<i>Oxymetr pulzní</i>	<i>1 na lůžko</i>
<i>Přístroj anesteziologický</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Pumpa infúzní</i>	<i>3 na lůžko</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>

### **Obligatorní obsah resuscitační péče**

- *OD resuscitační a intenzivní péče lze vykazat pouze tehdy, pokud byl naplněn jejich obsah.*
- *Jedná se o OD 00051, 00052,00053*
- *Resuscitační péče je poskytována při selhání jedné nebo více životních funkcí.*

*Obligatorním obsahem OD resuscitační péče je:*

- 1, invazivní monitorování*
- 2, umělá plicní ventilace*

### **OD intenzivní péče vyšší stupeň o pacienta s TISS 20-29 body**

- *Jedná se o OD 00055*
- *Podmínkou pro vykazování tohoto OD jsou minimálně čtyři lůžka na pracovišti, přístrojové vybavení uvedené dále a zajištění možnosti poskytování resuscitační péče po dobu alespoň 48 hodin alespoň na jednom lůžku.*

*Tabulka Přístrojové vybavení intenzivní péče vyšší stupeň o pacienta s TISS 20-29body*

<i>Přístroj</i>	<i>počet</i>
<i>Centrála monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Dávkovač injekční</i>	<i>2 na 1 lůžko</i>
<i>Defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Monitor EKG, SpO<sub>2</sub>, IBP, TEMP</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Nebulizátor</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Odsávačka</i>	<i>1 na lůžko</i>
<i>Oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Přístroj anesteziologický</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Pumpa infúzní</i>	<i>3 na 2 lůžka</i>
<i>Ventilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>

### **Obligatorní obsah OD intenzivní péče vyššího stupně**

- *Jedná se o OD 00055*
- *Intenzivní péče vyššího stupně je poskytována při poruše jedné nebo více životních funkcí.*

*Obligatorním obsahem OD intenzivní péče vyššího stupně je:*

- 1, trvalé neinvazivní monitorování všech životních funkcí, včetně záznamu*
- 2, aktivní opakované intervence pro poruchu funkce nebo životního prostředí*
- 3, speciální dokumentace*

### **OD intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 15-19 body**

- *Jedná se o OD 00057*
- *Podmínkou na vykazování tohoto OD jsou minimálně tři lůžka na pracovišti a přístrojové vybavení dále.*

*Tabulka Přístrojové vybavení intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 15-19 body*

<i>Přístroj</i>	<i>Počet</i>
<i>Centrála monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Dávkovač injekční stříkačkový</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Monitor EKG, NIBP</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Nebulizátor</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>Odsávačka</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>Oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>Pumpa infúzní</i>	<i>3 na 2lůžka</i>
<i>Ventilátor</i>	<i>1 na stanici</i>

### **OD intenzivní péče nižšího stupeň o pacienta s TISS 9-14 body**

- *Jedná se o OD 00058*
- *Podmínkou pro vykazování tohoto OD jsou minimálně 3 lůžka na pracovišti a přístrojové vybavení uvedené dále.*

*Tabulka Přístrojové vybavení intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 9-14 body*

<i>Přístroj</i>	<i>Počet</i>
<i>Centrála monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Dávkovač injekční stříkačkový</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>Lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Monitor EKG,NBP</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>Nebulizátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>Odsávačka</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>Oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>Pumpa infúzní</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na stanici</i>

### **Obligatorní obsah OD intenzivní péče nižšího stupně**

- *Jedná se o OD 00057, 00058*
- *Intenzivní péče nižšího stupně je poskytována při hrozící poruše některé životní funkce*

*Obligatorní obsahem OD intenzivní péče je:*

- 1, písemné zdůvodnění indikace k poskytování intenzivní péče nižšího stupně lékařem doporučujícím poskytnutí intenzivní péče nižšího stupně*
- 2, písemný souhlas k poskytnutí intenzivní péče nižšího stupně lékařem přijímajícího pacienta na pracoviště intenzivní péče*
- 3, trvalé neinvazivní monitorování nejméně jedné životní funkce*
- 4, nitrožilní infúzní léčba*
- 5, bilance příjmu a výdeje tekutin(11. str. 61 – 6)*

### **3. Příloha :**

#### TISS

*Předpoklady:*

*Každá položka seznamu je samostatný úkon, který představuje přesně definovanou činnost. Je-li úkon proveden a zaznamenán v dokumentaci, je zařazen do hodnocení. Některé položky jsou v logickém vztahu – týkající se vždy jediné specializované činnosti, kterou je možno poskytovat v různé intenzitě – např. řízená ventilace (4 body), prohlubovaná ventilace (3 body), spontánní ventilace (2 body), oxygenoterapie (1 bod). V těchto případech se započítává do skóre vždy úkon s nejvyšší bodovou hodnotou.*

*Všechny položky možno dělit na 2 skupiny:*

- o Jednorázové a*
- o Opakující se úkony*

*V případě, že jednorázový úkon navazuje úkon opakované frekvence, je možno v den provedení započítat do skóre oba úkony ( např. hrudní punkce + drenáž hrudníku).*

#### Seznam výkonů s komentářem

##### Skupina 4 body

- 1. srdeční zástava a/nebo urgentní defibrilace během posledních 48 hodin – lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech*
- 2. řízená ventilace ( ventilace je plně zajišťována přístrojem)*
- 3. aplikace pronační polohy u řízené ventilace (možno kombinovat s výše uvedeným kódem)*
- 4. balónková tamponáda varixů nebo masivní krvácení do gastrointestinálního traktu s četnými stolicemi*
- 5. transport nemocného s podporou životní funkce mimo ošetrovací jednotku*
- 6. podání krve a krevních derivátů nebo náhradních roztoků přetlakem (nejméně 4 tranfúzní jednotky/ 30 minut)*
- 7. Swan-Ganzův katetr*
- 8. použití eliminační techniky, včetně peritoneální dialýzy 1 x denně*
- 9. kardiostimulace, včetně chronického stimulatoru, je-li aktivní*
- 10. indukovaná hypotermie – pod 33°C*
- 11. ošetřování pacienta s morbidní obezitou (hmotnost 40% a více náležité tělesné hmotnosti)*
- 12. monitorování nitrolebního tlaku*

13. tranfúze krevních destiček
14. intraaortální balónková kontrapulzace
15. neodkladné operační výkony v předchozích 24 hodinách – rozumí se náhlé příhody všech etiologií
16. laváž GIT (tj. výplach žaludku a enterální dialýza) u krvácení a intoxikací – 1/24hodin
17. urgentní endoskopie
18. vazomotorní látky - více než 1 lék

### Skupina 3 body

1. parenterální výživa do centrální žíly (všechny kombinace cukrů s aminokyselinami), včetně výživy při renálním, jaterním nebo srdečním selháním
2. neaktivní kardiostimulátor (ve stavu pohotovosti) – záznam o přeskoušení stimulace 1/24hod.
3. drenáž tělní dutiny vyžadující aktivní sání – s výjimkou Redon. Drenáže
4. ostatní druhy ventilační podpory, včetně non-invazivních technik (např. kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách, ventilace s tlakovou podporou atd.)
5. invazivní kontinuální měření oxymetrie v oblasti bulbus v. jugularis
6. infuze koncentrovaných roztoků kalia do centrální žíly – alespoň 80 mmol/24 hod.
7. intubace během posledních 24 hodin
8. odsávání z trachey naslepo při zajištění dýchacích cest intubační nebo tracheostomickou kanylou
9. hodinová diuréza
10. četná statimová vyšetření – více než 4 za 24 hodin
11. časté převody krevních derivátů – více než 5/24 hod.
12. bolusové i.v. podání léků mimo plánované ordinace
13. vazomotorní lék – 1 preparát
14. kontinuální infuze antiarytmik
15. kardioverze pro arytmiie
16. použití pomůcek na aktivní ovlivnění tělesné teploty (chlazení i ohřívání) nebo fyzikální metody terapie hyperpyrexie – nelze kombinovat s indukovanou hypotermií (za 4 body)
17. arteriální katetr
18. akutní digitalizace do 48 hod. – lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech
19. měření srdečního výdeje libovolnou metodou včetně neinvazivních metod

20. podpora diurézy při přetížení tekutinami podáním diuretik nebo osmoticky aktivních látek i.v. v množství adekvátním alespoň 1 mg Furosemidu/kg váhy/24hodin event. 0,25g 20% Manitolu/kg váhy/24h
21. aktivní léčení metabolických poruch (acidózy – alkalózy) podáním koncentrovaných roztoků
22. urgentní punkce hrudník, perikardu – při drenáži lze kombinovat s „drenáží tělní tekutiny“ (za 3 body)
23. aktivní antikogulační léčba prvních 48 hodin (včetně Rheodextranu anizkomolekulárních heparinů)
24. monitorování nitrobřišního tlaku
25. krytí pacienta více než 2 i.v. antibiotiky
26. léčení křečí či metabolické encephalopatie (48 hodin od nástupu) – lze vykázat ve dvou po sobě následujících dnech
27. komplikovaná ortopedická trakce

#### Skupina 2 body

1. měření centrálního žilního tlaku minimálně á 6 hodin
2. 2 periferní i.v. katetry
3. hemodialýza u pacienta v chronickém dialyzačním programu
4. svodná kontinuální analgezie (alespoň 8 hodin) včetně péče o katetr
5. spontánní ventilace endotracheální nebo tracheostomickou kanylou
6. sondová výživa do všech částí zažívacího traktu nutričně definovanou stravou
7. náhrada velké ztráty tekutin – infuze nad udržovací potřebu v celkové výši alespoň 4500ml/24hodin všech parenterálně podaných tekutin
8. parenterální chemoterapie
9. monitorace vitálních funkcí po 1 hod, včetně neurologického stavu se záznamem glasgowské škály bezvědomí nebo Ramsey score, velikosti a reakce zornic
10. četné převazy, tj. více než 4/24hodin nebo převazy s použitím speciálních krycích materiálů



Skupina 1 bod.

1. *monitorace EKG nebo SaO<sub>2</sub>*
2. *monitorace vitálních funkcí po 1 hodině*
3. *1 periferní i.v. katetr*
4. *chronická antikolagulační terapie*
5. *standardní měření příjmu a výdeje – 4x/24hod.*
6. *statimová laboratorní vyšetření*
7. *intermitentní i.v. podání léků podle ordinace (ne samotné infuzní roztoky)*
8. *rutinní převazy*
9. *standardní ortopedické trakce*
10. *péče o tracheostomii*
11. *péče o dekubitůs (nezapočítává se prevence)*
12. *permanentní močový katetr*
13. *oxygenoterapie*
14. *podávání 1 až 2 antibiotik i.v.*
15. *fyzioterapie hrudníku – prováděná fyzioterapeutem nebo pracovníkem s příslušným certifikátem, opravňující k jejímu provádění (vykáže si pracoviště intenzivní péče pouze v případě, že fyzioterapeut nebo SZP s certifikátem je jeho kmenovým zaměstnancem)*
16. *rozsáhlé výplachy, tamponády, kolostomie, včetně laváže břišní dutiny*
17. *dekomprese gastrointestinálního traktu )žaludeční sonda, rektální rourka)*
18. *parenterální výživa do periferní žíly (minimálně dvě složky z trojice cukry, tuky, bílkoviny)*

#### 4. Příloha:

##### Minimální personální vybavení ARO + JIP

- *OD resuscitační a intenzivní péče lze vykazovat pouze na pracovišti, které splňuje minimální a technické vybavení.*
- *Vyplývá se systému TISS*

##### **OD resuscitační péče (OD 00051, 00052,00053)**

Tabulka : *Minimální personální vybavení OD resuscitační péče (OD 00051, 00052,00053)*

<i>pracovník</i>	<i>kvalifikace</i>	<i>úvazek</i>
<i>Vedoucí lékař</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>Ošetřující lékař</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>0,6 na lůžko</i>
<i>Lékař ústavní pohotovostní služby ( dále jen UPS)</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 pouze na stanici</i>
<i>Staniční sestra – zdravotnický pracovník bez odborného dohledu – (dále jen ZPBD)</i>	<i>ZPBD + specializační studium anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen ARIP)</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>Sestra – ZPBD eventuelně zdravotnický pracovník s odborným dohledem (dále jen ZPOD)</i>	<i>Z toho ARIP alespoň 50%</i>	<i>3,0 na lůžko</i>
<i>Zdravotnický pracovník s odborným dohledem bez maturity (dále jen ZPOB bez maturity)</i>	<i>--</i>	<i>0,3 na lůžko</i>

### **OD intenzivní péče vyššího stupně (OD 00055)**

Tabulka : Minimální personální vybavení OD intenzivní péče vyššího stupně (OD 00055)

<i>pracovník</i>	<i>kvalifikace</i>	<i>úvazek</i>
<i>Vedoucí lékař</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>Ošetřující lékař</i>	<i>Odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců.</i>	<i>0,3 na lůžko</i>
<i>Lékař UPS</i>	<i>Odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců.</i>	<i>1,0 pouze na stanici</i>
<i>Staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>Sestra – ZPBD eventuelně ZPOD</i>	<i>Z toho ARIP alespoň 25%</i>	<i>2,2 na lůžko</i>
<i>ZPOB bez maturity</i>	<i>--</i>	<i>0,2 na lůžko</i>

### **OD intenzivní péče nižšího stupně (OD 00057,00058)**

Tabulka : Minimální personální vybavení OD intenzivní péče nižšího stupně (OD 00057,00058)

<i>pracovník</i>	<i>kvalifikace</i>	<i>úvazek</i>
<i>Vedoucí lékař</i>	<i>Specializovaná způsobilost</i>	<i>0,5 na stanici, denně přítomen</i>
<i>Ošetřující lékař</i>	<i>Odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců.</i>	<i>0,2 na lůžko</i>
<i>Lékař UPS</i>	<i>Odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců.</i>	<i>Pokud zajišťuje i UPS pro standardní lůžka , tak nejméně 2,0 celkem</i>
<i>Staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>Sestra – ZPBD eventuelně ZPOD</i>	<i>Z toho ARIP alespoň jedna, Ne v hematologii</i>	<i>1,4 na lůžko</i>
<i>ZPOB bez maturity</i>	<i>--</i>	<i>0,1 na lůžko</i>

(11. str. 59 - 60)

## 5. Příloha:

### Domácí ventilační péče

*Pokrok v medicíně a především v technickém zabezpečení poskytované zdravotní péče umožňuje poskytovat i vysoce odbornou péči v domácím prostředí pacientů. Každému pacientovi, který v důsledku změny zdravotního stavu musí trávit svůj život ve zdravotnickém zařízení, přináší tato skutečnost značné zhoršení kvality jeho života. Návrat do domácího prostředí a denní kontakt s rodinnými příslušníky velmi pozitivně ovlivňuje psychický stav pacienta i členů rodiny. Následkem toho možnost pobytu v domácím prostředí přináší výrazné zlepšení kvality jeho života. Jednou z možností, jak domácí k zlepšit kvalitu života určité skupině pacientů, je i poskytování domácí umělé plicní ventilace (dále jen DUPV).*

*Žádost o realizaci DUPV podává zdravotnické zařízení na komisi Ministerstva zdravotnictví České republiky.*

#### *Technické vybavení pro DUPV*

- *Ventilátor*
- *Odsávačka*
- *Tepelný zvlhčovač*
- *Pulzní oxymetr s hlasitým alarmem*
- *Ruční dýchací vak s maskou*
- *Polohovatelné lůžko s matrací*
- *Kyslíkový koncentrátor – oxygenátor nebo zásobníky kapalného kyslíku.*

#### *Personální vybavení + další služby*

- *Rodinný příslušník, vyškolen pro laické ošetřování pacienta*
- *Agentura domácí péče – intenzivní, (sestra se znalostmi ventilační problematiky na 3 hodiny/24hod., jinak dle pojišťovny)*
- *Ošetřující lékař*
- *Zdravotní zařízení s oddělením ARO, které se bude na péči o pacienta podílet ( může být totožné s poskytovatelem – garantem)*
- *Servisní služba*
- *Musí být zajištěn převoz pacienta – RZP (dále jen rychlá zdravotnická pomoc)*

(12. str. 6-10)

## 6. Příloha:

### Zahraničí a dlouhodobá mechanická ventilace

*Výsledky výzkumu Ashworth, které zveřejnila Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO), zahrnovaly i oblast kvality péče o potřeby populace. Tyto výsledky ukázaly, že vedle kvalitní diagnostiky a léčby chorob, vzniká řada zdravotních komplikací, úmrtí a handicapů (např. snižování soběstačnosti a zvyšování závislosti na okolí), jejichž důsledkem je snižování kvality života lidí. Výzkumem se dále ukázalo, že tyto komplikace vznikají z nedostatku následné a celkové (nelékařské) péče o zdraví lidí, což velmi výrazně zvyšuje náklady zdravotnického systému. (8. str. 15)*

Problematikou dlouhodobé plicní ventilace se velmi výrazně zabývaly Spojené státy Americké (dále jen USA) , kdy bylo řečeno, že 10 až 20% pacientů, kteří prošli akutními lůžky intenzivní péče potřebují následnou intenzivní péči. Proto došlo k vytvoření intenzivních lůžek pro následnou intenzivní péči s navazující domácí plicní ventilací. Nyní je v USA Long-term ventilation a chronic critical illness pojem, který vyžaduje specializovaná lůžka pro dlouhodobou plicní ventilaci. Zároveň již byly vydány první knihy o Long – term Care a Chronic critical illness.

V nynější době se problematikou následné intenzivní péče a domácí plicní ventilace zabývá mnoho států. Některé státy nevytvářejí chronická intenzivní oddělení, nýbrž je snaží více preferovat domácí ventilační péči. Porovnání OCHRIP v České republice a zahraničí komplikuje vlastní název pracoviště, které se zabývá následnou péčí. Velice často je název pracoviště v zahraničí zaměřen na určitou hlavní lékařskou diagnózu. Slovenská republika zatím nemá oddělení zabývající se chronickou resuscitační a intenzivní péčí.

Nynější době probíhají výzkumy u pacientů s dlouhodobou plicní ventilací se zaměřením na kvalitu života. Obě studie, které předkládám, pocházejí Griffithovy Univerzity v Austrálii.

*Pacienti vyžadující mechanickou ventilaci v jednotce kritické péče v dlouhotrvající časové periodě jsou typicky postiženější než ti, kteří jsou ventilaci vystaveni po kratší dobu. Navzdory pokroku ve variantách léčby pro kriticky postižené pacienty, jich mnoho stále vyžaduje dlouhodobou mechanickou ventilaci na 7 dní a více. Tudiž péče o pacienta na dlouhodobé ventilaci je každodenní případ pro sestry v oblasti kritické péče. Tématická analýza odhalila několik témat. Jedním z nich bylo téma „Existence v nevšedním světě“, který odhaluje co znamenala existence pro těžce postižené, žití a přežití s mnoha fyziologickými a psychologickými efekty, které vzešly z jejich těžkých nemocí. Pro většinu z nich to byla*

*nepříjemná a děsivá skutečnost, jejíž součástí byly strašné noční můry a neschopnost rozlišit čas, místo a vlastní tělo, nepříjemné vedlejší účinky z používané technologie a péče o pacienta a neschopnost se spolehnout na externího činitele v souvislosti s přežitím. Navíc pacienti popsali, jak moc zpochybňovali jejich naději na přežití v utrpení tak s vážnými chorobami. (13. str.1)*

*Sestry v oblasti péče o pacienty v kritické stavu stále více pátrají po podkladech o péči o pacienta inspirovanou na důkazech vzniklých studií. Účel této studie byl získat názor bývalých pacientů žijících na dlouhodobé mechanické ventilaci na jednotce kritické péče v Austrálii. Studie upozorňuje na důležitou roli sester v péči o pacienta a zároveň slouží jako základ pro řadu dalších doporučení, které zahrnují rozeznávají jednotlivých rolí sester a rodiny s pacientem v dlouhodobé péči. A také je potřeba si uvědomit, že pacient by mohl toužit po tom více kontrolovat a ovládat prostředí, ve kterém se vyskytuje a podněcovat způsoby jak bytí v péči ulehčit. Další výzkum je vyhrazený zkoumání rozsahu a typu do jaké míry by chtěl pacient být zahrnut do své vlastní péče. (14. str. 1)*

## 7. příloha

Informační fotografie z oddělení – rok 2004



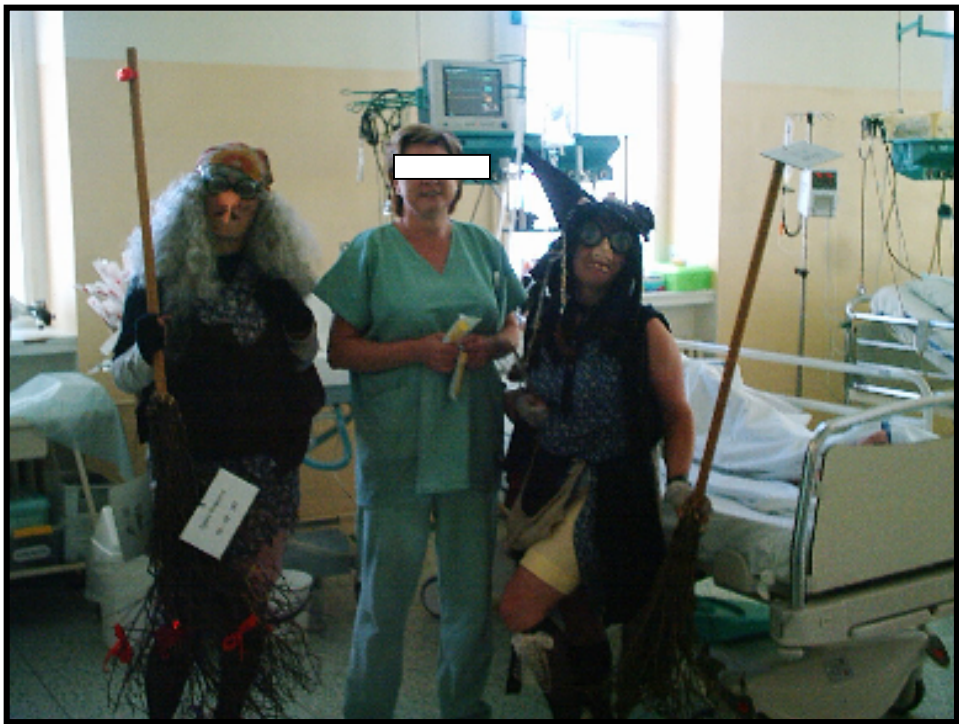




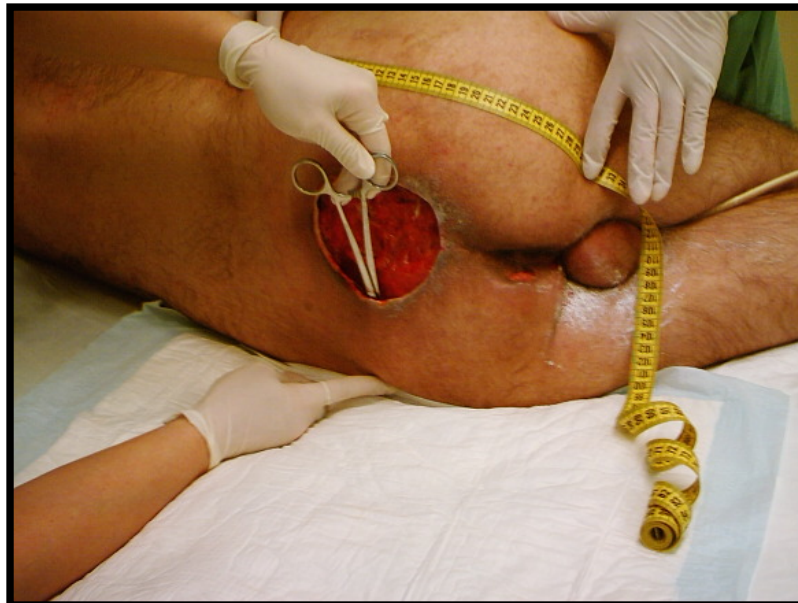








Příloha č.8  
Informační fotografie dekubitů + tracheostoma – rok 2004





9. Příloha  
Částečné ukázky dokumentace z roku 2004

ANESAN s.r.o.

Žižkova 282

Český Brod, 282 01

Příjmení	Jméno	Číslo chorobopisu	Řadařové číslo

Rodné číslo:

### Denní záznam o průběhu chorob

Datum	Průběh onemocnění	Ordinace

Jméno:

Datum:	Čas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Výdej moč															
Odpady															
Infuze															
Enterální výživa															
Čaj															
per os															
výkaly, odběry															
ETCO <sub>2</sub>															
Saturace															
Respirace															
CVP															
EKG monitorace															
Puls	180														
	160														
	140														
	120														
Tk syst. A	100														
diast. V	80														
	60														
GCS =															
teplota, stolice X															
odsávání /															
ventilace/kyslík															
Ordinace															
Poloha nemocného L, Z, P, S															

⇐ Předala Převzala ⇒





Datum	Průběh onemocnění	Ordinace

ANESAN S.R.O

ODDĚLENÍ CHRONICKÉ RESUSCITAČNÍ A INTENZIVNÍ PÉČE

PŘÍJMOVÁ OŠETŘOVATELSKÁ ZPRÁVA

JMÉNO A PŘÍJMENÍ :

RODNÉ ČÍSLO :

POJIŠŤOVNA :

BYDLIŠTĚ :

NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÍ :

PRAKTICKÝ LÉKAŘ :

OMEZENÍ NÁVŠTĚV :

NE

ANO

DŮVOD OMEZENÍ NÁVŠTĚV :

DATUM PŘÍJMU :

MÍSTO PŘEDCHOZÍ HOSPITALIZACE :

DĚLKA PŘEDCHOZÍ HOSPITALIZACE : OD :

DO :

CAVE :

Zprávu sepsala sestra :

## USE I ROVA TE LS KA DIA GNOS TI KA

- Poruchy dýchání
- Poruchy výměny plynů v plicích
- Poruchy ventilace plic po přerušení UVP
- Poruchy průchodnosti dýchacích cest
- Neschopnost udržet spontánní ventilaci plic

- Snížený srdeční výdej
- Poruchy reflexní činnosti

- Imobilizační syndrom
- Poruchy hybnosti
- Poruchy spánku

### Poruchy soběstačnosti

- snížení schopnosti přijímat potravu
- snížení schopnosti dodržovat hygienické návyky
- snížení schopnosti oblékat se a upravovat zevnějšek
- neschopnost provádět toaletní úkony

### Alterace kognitivních funkcí

Glasgow coma score : - - celkem :

- Změny smyslového vnímání
- Poruchy paměti
- Zmatenost
- Jednostranné poruchy vnímání a citlivosti
- Bolest

### Inkontinence moče

celková  reflexní

### Inkontinence stolice

Průjem

Zácpa

### Hypertermie

Infekce

<input type="checkbox"/> Objem tělesných tekutin - snížení
<input type="checkbox"/> Objem tělesných tekutin - zvýšení
<input type="checkbox"/> Poruchy výživy - snížení
<input type="checkbox"/> Poruchy polykání
<input type="checkbox"/> Riziko aspirace
Výška =                      Hmotnost =

<input type="checkbox"/> Poruchy kožní integrity
<input type="checkbox"/> exantém <input type="checkbox"/> dekubity

<input type="checkbox"/> Poruchy tkáňové integrity
<input type="checkbox"/> ETI - velikost =                      hloubka zavedení =                      poslední zavedení ETI :
<input type="checkbox"/> TSK - velikost = <input type="checkbox"/> suction <input type="checkbox"/> manžeta <input type="checkbox"/> bez manžety <input type="checkbox"/> fenestrovaná <input type="checkbox"/> armovaná - provedení tracheostomatu :                      poslední zavedení TSK :
<input type="checkbox"/> NGS - hloubka zavedení =                      poslední zavedení NGS :
<input type="checkbox"/> NJS - hloubka zavedení =                      poslední zavedení NJS :
<input type="checkbox"/> PEG - typ =                      zaveden :
<input type="checkbox"/> PK - velikost =                      poslední zavedení PK :
<input type="checkbox"/> EPI - velikost =                      poslední zavedení EPI :
<input type="checkbox"/> drény <input type="checkbox"/> hrudní <input type="checkbox"/> mozkomíšní <input type="checkbox"/> břišní <input type="checkbox"/> jiné                      zaveden :
<input type="checkbox"/> operační rána                      Lokalizace :
<input type="checkbox"/> stěhy                      Lokalizace : <input type="checkbox"/> operační rána <input type="checkbox"/> tracheostoma <input type="checkbox"/> drenáž <input type="checkbox"/> jiné :
<input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo <input type="checkbox"/> jednoluminový <input type="checkbox"/> dvojluminový <input type="checkbox"/> tři a více luminový                      Zaveden :
<input type="checkbox"/> PŽK                      Lokalizace :                      Datum posledního zavedení :
<input type="checkbox"/> kraniektomie                      Obvod hlavy měřeno ve středu čela :

<input type="checkbox"/> Poruchy verbální komunikace
<input type="checkbox"/> Sociální izolace
<input type="checkbox"/> Smutek
<input type="checkbox"/> Strach
<input type="checkbox"/> Bezmocnost
<input type="checkbox"/> Riziko pádu
<input type="checkbox"/>

Cave :

Případě zjištění dekubitů , nestandardního ošetření operační rány / nebo nestandardního ošetření invazivních vstupů bude součástí příjmové ošetřovatelské zprávy vložka s názvem : „ Hodnocení dekubitů a ran.“





