



UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE
JESSENIOVA LEKÁRSKA FAKULTA V MARTINE



OŠETROVATEĽSKÝ PROCES PRE VZDELÁVANIE A KLINICKÚ PRAX

Martina TOMAGOVÁ
Ivana BÓRIKOVÁ

Martin 2022

Ošetrovateľský proces pre vzdelávanie a klinickú prax

Vysokoškolské skriptá

Autorky

Doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.

Doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Recenzenti:

doc. PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Mgr. Bc. Eva Urbanová, PhD.

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Všetky práva vyhradené. Nijaká časť publikácie sa nesmie reprodukovať.

Obsah neprešiel jazykovou úpravou, za gramatickú a štylistickú stránku zodpovedajú autorky.

© Vydavateľ: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Rok vydania: 2022

Počet strán: 86

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-8187-122-1

EAN 9788081871221

OBSAH

ÚVOD

ZOZNAM SKRATIEK

ZOZNAM TABULIEK

1	Historický rámec metódy ošetrovateľského procesu	9
2	Charakteristika metódy ošetrovateľského procesu	12
3	Posudzovanie	15
3. 1	Delenie údajov	15
3. 2	Zdroje údajov	16
3. 3	Metódy zberu údajov	16
3. 4	Typy posúdenia	27
3. 5	Štruktúra posúdenia	28
4	Diagnostika	30
4. 1	Rozvoj ošetrovateľských diagnóz v rámci klasifikačného systému ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA-I	33
4. 2	Typy ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA-I	36
4. 3	Diagnostický proces	37
4. 4	Zoznam sesterských diagnóz	41
4. 5	Prepojenie NANDA-I Taxonómie s inými klasifikačnými systémami	43
5	Plánovanie	50
5. 1	Vytýčenie priorít ošetrovateľských diagnóz	51
5. 2	Formulácia cieľov a výsledných kritérií	51
5. 3	Plánovanie ošetrovateľských intervencií	55
5. 4	Plán ošetrovateľskej starostlivosti	59
6	Realizácia	62
7	Vyhodnotenie	67
7. 1	Typy hodnotenia	68
8	Zdravotná dokumentácia	71
8.1	Zdravotná dokumentácia podľa Odborného usmernenia MZ SR	72
8.2	Nemocničný informačný systém	75
	BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY	79

ÚVOD

Metóda ošetrovateľského procesu je v súčasnosti medzi zdravotníckymi profesionálmi (sestrami, pôrodnými asistentkami) známa, je realizovaná v klinickej praxi a desiatky rokov aplikovaná do výučby v študijnom programe Ošetrovateľstvo a Pôrodná asistencia. Možno ju poskytovať v každom prostredí, kde je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť vo všetkých fázach života jednotlivca v zdraví aj počas choroby. Jej rozvoj prebieha od 50-tych rokov minulého storočia. Skladá sa z ustáleného počtu, vzájomne prepojených, a na seba nadväzujúcich fáz: posúdenie, diagnostika, plánovanie, realizácia a hodnotenie, ktoré sa realizujú v prospech jednotlivca (rodiny, komunity). Neustále požiadavky na rozvoj profesie sestry a pôrodnej asistentky vyžadujú kontinuálne dopĺňanie informácií v kontexte týchto fáz.

Metóda umožňuje systémový prístup k ošetrovateľskej starostlivosti, možnosť poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s etickými a legislatívnymi normami a štandardami profesie, v súlade s praxou založenou na dôkazoch, s kompetenciami sestier a pôrodných asistentiek, s požiadavkami klinickej praxe. Zároveň umožňuje poskytovať individualizovanú, a na pacienta orientovanú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá podporuje uspokojenie potrieb pacienta, jeho bezpečnosť a kvalitu života. U študentov, sestier a pôrodných asistentiek podporuje kritické a klinické myslenie, kreativitu, schopnosť rozhodovať sa pri riešení problémov jednotlivca (rodiny, komunity) v oblasti uspokojovania potrieb.

Študenti sú pri výučbe metódy ošetrovateľského procesu konfrontovaní s rôznymi výzvami a bariérami, napríklad s množstvom definícií rôznych pojmov súvisiacich s touto metódou, s aplikáciu teoretických vedomostí o ošetrovateľskom procese do konkrétnej starostlivosti o pacienta v klinickej praxi, s náročnosťou a rozsiahlosťou zápisu realizácie jej jednotlivých fáz do študentskej ošetrovateľskej dokumentácie, s vysokými nárokmi na klinicko-kritické myslenie (ktoré sa rozvíja v rámci celého štúdia, nielen v predmete týkajúceho sa ošetrovateľského procesu), s limitáciami pri aplikácii ošetrovateľského procesu do klinickej praxe danými legislatívou SR regulujúcou ošetrovateľskú prax, s rozdielnosťami medzi teóriou ošetrovateľského procesu a jeho realizáciou v klinickej praxi.

Predkladané skriptá poskytujú súhrn aktuálnych informácií zo zahraničných aj domácich publikácií k téme ošetrovateľského procesu tak, aby študentom v pregraduálnej forme vzdelávania pomohli v štúdiu tejto metódy a zároveň im umožnili túto metódu uplatniť v klinickej praxi. Uvedomujeme si, že pre uplatnenie ošetrovateľského procesu ako

štandardnej metódy starostlivosti tento učebný text nestačí, pretože si vyžaduje okrem vedomostí o tejto metóde aj klinické vedomosti a zručnosti z rôznych oblastí klinickej praxe a rešpektovanie eticko-právnych noriem, čo však presahuje rámec tohto učebného textu.

Text skrípt je rozdelený do ôsmich kapitol, ktoré sú zoradené podľa jednotlivých fáz metódy ošetrovateľského procesu. Poskytuje komplexný pohľad na túto problematiku; teoretické poznatky o metóde sú prepojené so súčasnou situáciou v klinickej praxi v Slovenskej republike. Text je obohatený o príklady z ošetrovateľskej praxe, prípadne poukazuje na niektoré chyby pri realizácii metódy v klinickej praxi. Na začiatku každej kapitoly je charakterizovaný jej cieľ a v súlade s ním sú k jednotlivým kapitolám vypracované kontrolné otázky, na ktoré by mal študent vedieť odpovedať po ich preštudovaní. V zozname literatúry sú uvedené domáce a zahraničné literárne zdroje použité pri tvorbe tohto textu.

Učebný text je určený pre účely vzdelávania predovšetkým pre študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, zároveň však môže slúžiť aj sestrám, pôrodným asistentkám a pedagógom. Prajeme si, aby tieto skriptá boli prijaté čitateľmi ako nevyhnutná pomôcka nielen pri štúdiu metódy ošetrovateľského procesu, ale aj pri jej aplikácii v klinickej praxi.

Autorky

ZOZNAM SKRATIEK

amp.	ampulka
Aliancia NNN	Aliancia klasifikácií North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Interventions Classification a Nursing Outcomes Classification
ANA	American Nursing Association; Americká asociácia sestier
°C	stupeň Celzia
C	cieľ
CVT	centrálny venózy tlak
ČSSR	Československá socialistická republika
DCH	definujúca charakteristika
FW	Fahraeus-Westergrenova metóda na meranie sedimentačnej rýchlosti erytrocytov
hod.	hodina
HOPE	Health Opportunity for People Everywhere
ICN	International Council of Nurses; Medzinárodná rada sestier
ICNP	International Classification for Nursing Practice; Medzinárodná klasifikácia ošetrovateľskej praxe
ICU	Intensive Care Unit; Jednotka intenzívnej starostlivosti
i.m.	intramuskulárne
kg	kilogram
KO	krvný obraz
kv.	kvapka
LEMON	LEarning Material On Nursing); učebný materiál pre ošetrovateľstvo
ml	mililiter
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	Nursing Interventions Classification; Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií
NOC	Nursing Outcomes Classification; Klasifikačný systém ošetrovateľských výsledkov

NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel; Národný poradný panel pre dekubity
P	pulz
PE	Problém-Etiológia
PES	Problém-Etiológia-Symptóm
PHARE	Poland and Hungary Assistance for Restructuring of their Economies
RF	rizikový faktor
SF	súvisiaci faktor
SMART (v súvislosti s charakteristikou cieľa a výsledných kritérií)	S (specific, špecifický), M (measurable, merateľný), A, (attainable, dosiahnuteľný), R (realistic, reálny), T (timed, načasovaný)
TK	tlak krvi
TT	telesná teplota
VK	výsledné kritérium
VNS	Vizuálna numerická škála
WHO	World Health Organization; Svetová zdravotnícka organizácia

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1	Príklady chýb pri formulácii otázok počas posudzovania jednotlivca
Tabuľka 2	Oblasti posudzovania s príkladom meracieho nástroja pre ich posúdenie
Tabuľka 3	Príklad využitia meracieho nástroja pre objektivizáciu problému pacienta, ktorý je súčasne diagnostickým komponentom ošetrovateľských diagnóz z NANDA-I Taxonómia II
Tabuľka 4	Rozdiely medzi ošetrovateľskou a medicínskou diagnózou
Tabuľka 5	Chyby v diagnostickom procese ošetrovateľských diagnóz
Tabuľka 6	Príklad rozdielu medzi štruktúrou NANDA-I Taxonómia II a Zoznamom sesterských diagnóz
Tabuľka 7	Príklad prepojenia klasifikačných systémov Aliancie NNN
Tabuľka 8	Príklady chybného zápisu cieľov a výsledných kritérií
Tabuľka 9	Príklady chybného zápisu plánovaných intervencií
Tabuľka 10	Príklady chybného zápisu o realizovaných ošetrovateľských intervenciách
Tabuľka 11	Príklady chybného zápisu termínovaného hodnotenia

1 HISTORICKÝ RÁMEC METÓDY OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- poskytnúť prehľad informácií k historickým východiskám rozvoja metódy ošetrovateľského procesu vo svete,
- informovať o postupnosti implementácie tejto metódy v SR.

Rozvoj metódy ošetrovateľského procesu je spojený s rozvojom ošetrovateľstva ako odboru v špecifických (spoločenských, kultúrnych, historických) podmienkach USA. V 50-tych rokoch minulého storočia (v období po druhej svetovej vojne) boli v USA optimálne podmienky pre významné zmeny v odbore ošetrovateľstvo. V povojnovom období boli problémy so zabezpečením zdravotnej starostlivosti pre populáciu na geograficky rozsiahlom území, pretože profesionáli v ošetrovateľstve nemali jasné postavenie v systéme zdravotníckych služieb. Ošetrovateľská starostlivosť bola opisovaná ako asistenčná, sestry vykonávali činnosti, ktoré viedli a hodnotili lekári a boli orientované hlavne pre chorých jednotlivcov. Táto situácia spôsobovala problémy aj v oblasti financovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ukazovala sa potreba autonómie (samostatnosti) v práci sestier (v rámci vedného odboru ošetrovateľstva a ošetrovateľskej starostlivosti). Viedli sa diskusie o tom, ktoré činnosti by sestry na základe identifikácie ošetrovateľských problémov realizovali samostatne, napr. americká autorka McManus (1950) zaznamenala, že medzi funkcie sestry patrí identifikácia ošetrovateľských problémov a rozhodovanie o spôsobe ošetrovateľských činností vedúcich k ich riešeniu. Udalosti priniesli so sebou aj rozvoj ošetrovateľskej terminológie, ktorá bola dovtedy nejasná a nekonzistentná.

Pojem ošetrovateľský proces prvý raz použila vo svojej práci americká autorka L. Hall (1955). Pôvodne bol tento fenomén charakterizovaný ako teoretický rámec pre popis ošetrovateľskej starostlivosti. Následne ho charakterizovali, opisovali ďalšie autorky, napríklad I. J. Orland (1961), E. Wiedenbach (1963), V. Henderson (1965), D. Orem (1971), C. Roy (1976) a ďalšie. V Európe sa začala uplatňovať metóda ošetrovateľského procesu v neskoršom období a jedným z hlavných faktorov podporujúcich implementáciu tejto metódy bol Strednodobý program Svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organization, WHO) pre ošetrovateľstvo a pôrodnú asistenciu v Európe pre roky 1976-1983.

Postupne sa stala táto metóda jedným zo symbolov moderného ošetrovateľstva ako aj profesionálnej ideológie sestier.

Mnohé krajiny prijali ošetrovateľský proces ako štandard v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho implementácia bola spojená s mnohými bariérami ako napríklad absencia legislatívy pre uplatnenie metódy v klinickej praxi, nepodporujúca organizačná štruktúra zdravotníckeho zariadenia, negatívny postoj manažmentu zdravotníckeho zariadenia a sestier/pôrodných asistentiek k metóde ošetrovateľského procesu, nedostatočné materiálne aj ľudské zdroje, zároveň aj absencia ochoty, motivácie, vedomostí, skúseností, zručností sestier potrebných pre realizáciu ošetrovateľského procesu v klinickej praxi. Aj napriek týmto bariéram bolo vynaložené značné úsilie sestier/pôrodných asistentiek nahradiť rutinnú prax, založenú prevažne na asistenčnej činnosti lekárovi, ošetrovateľskou starostlivosťou zameranou na pacienta s rešpektovaním jeho integrity a jedinečnosti potrieb prostredníctvom ošetrovateľského procesu.

V Slovenskej republike prebiehala implementácia metódy ošetrovateľského procesu do klinickej praxe od začiatku 90-tych rokov 20. storočia niekoľko rokov a bola ovplyvnená rôznymi faktormi. Medzi charakteristiky ošetrovateľstva v Slovenskej republike pred rokom 1989 (v tom období ešte ako súčasť ČSSR) patrilo napr. prevládanie starostlivosti predovšetkým o pacientov (chorých jednotlivcov), zameranie na realizáciu výkonov a na plnenie ordinácii lekára, redukované boli kompetencie sestry a jej autonómia v rozhodovaní sa pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Po roku 1989 nastali politické, ekonomické, sociálne a spoločenské zmeny, ktoré ovplyvnili nielen zdravotníctvo, ale aj ošetrovateľstvo. Hlavnými východiskami zmien v ošetrovateľstve v 90-tych rokoch 20. storočia bola transformácia zdravotníctva, budovanie nového systému financovania zdravotníctva, zdravotného a sociálneho poistenia. Ďalší významný vplyv pre zmeny v zdravotnej, vrátane ošetrovateľskej starostlivosti, malo nadväzovanie medzinárodných kontaktov, členstvo v medzinárodných organizáciách, napr. členstvo vo WHO, v Medzinárodnej rade sestier (International Council of Nurses, ICN), účasť na medzinárodných programoch a projektoch. Napríklad v rámci projektov HOPE (Health Opportunity for People Everywhere), PHARE (Poland and Hungary Assistance for Restructuring of their Economies) a iných, sa predovšetkým sestry učiteľky a sestry manažérky zoznamovali s poznatkami o ošetrovateľskom procese, manažmente ošetrovateľstva a ďalších, v tom čase aktuálnych, témach. Postupne sa medzi priority v oblasti ošetrovateľstva zaradila realizácia zmien v ošetrovateľskej praxi zavádzaním metódy ošetrovateľského procesu. Následne boli informácie o tejto novej metóde implementované do vzdelávania sestier.

Jednou z prvých učebníc v slovenskom jazyku, kde sú zakomponované poznatky o metóde ošetrovateľského procesu bola učebnica od autoriek Musilová et al. (1993) Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva. V slovenskom preklade ďalej vyšla učebnica Ošetrovateľstvo 1, 2 od amerických autoriek Kozierová et al. (1995), v ktorej je podrobne charakterizovaná metóda ošetrovateľského procesu. V rámci projektu WHO bol v roku 1997 publikovaný učebný materiál pre ošetrovateľstvo LEMON (LEarning Material On Nursing), kde je okrem iného popísaná táto metóda, ktorá bola aj na základe určených priorít v oblasti ošetrovateľstva zakomponovaná do legislatívnych dokumentov Ministerstva zdravotníctva SR a v roku 1994 bola vydaná prvá Koncepcia odboru ošetrovateľstva (novelizovaná bola v roku 2006). V súlade s touto koncepciou bol v roku 1997 vypracovaný Národný plán rozvoja ošetrovateľstva ako záväzný dokument usmerňujúci rozvoj ošetrovateľskej klinickej praxe aj ošetrovateľského výskumu. Ošetrovateľská prax však s nedôverou, obavami a výhradami prijímala zavádzanie novej metódy v klinických podmienkach. Postupne sa organizovali odborné semináre a konferencie, kde sa diskutovalo o tejto metóde, jej pozitívach či bariérach brániacich implementácii do praxe, možnostiach riešenia rôznych problémov a pod.

Povinnosť vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu bola zakotvená do legislatívnych noriem SR, konkrétne do Zákona 311 zo 16. mája 2002 o povolani sestra, o povolani pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek (pozn. v súčasnosti tento zákon už nie je v platnosti); momentálne platné legislatívne úpravy k metóde ošetrovateľského procesu sú uvedené nižšie v texte. Implementácia metódy sa podľa týchto noriem v klinickej praxi realizuje s rôznymi modifikáciami pre ambulantné a ústavné zariadenia.

? **Kontrolné otázky**

Čo tvorilo historické východisko pre rozvoj metódy ošetrovateľského procesu?

Aká bola postupnosť implementácie metódy ošetrovateľského procesu do vzdelávania a klinickej praxe v SR?

2 CHARAKTERISTIKA METÓDY OŠETROVATEĽSKÉHO PROCESU

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- charakterizovať metódu ošetrovateľského procesu a jeho jednotlivé fázy,
- popísať význam metódy ošetrovateľského procesu.

Ošetrovateľský proces je charakterizovaný ako základný metodický rámec pre realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti; logický, systematický prístup k starostlivosti o pacienta; plánovitý, problémovo orientovaný prístup k uspokojovaniu potrieb pacienta; metóda kritického myslenia zameraná na riešenie problémov pacienta v klinickej praxi; myšlienkový proces počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti; pracovný rámec pro ošetrovateľskú starostlivosť; organizačný rámec pre profesionálnu ošetrovateľskú prax, ale aj ako vedecká metóda riešenia problémov jednotlivca (rodiny, komunity), ktoré môže sestra profesionálne ovplyvniť. Súhrnne možno konštatovať, že **ošetrovateľský proces** sa definuje ako systematická, racionálna a cyklická metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti jednotlivcovi (rodine, komunite), všeobecne použiteľná vo všetkých typoch prostredí zdravotnej starostlivosti a otvorená pre neustále prehodnocovanie starostlivosti na základe aktuálneho stavu. Cieľom ošetrovateľského procesu je poskytovať ošetrovateľské intervencie zamerané na uspokojovanie potrieb jednotlivca (rodiny, komunity), na podporu, obnovenie zdravia a pohody, na dosiahnutie čo najvyššej možnej úrovne kvality života, na zabezpečenie pokojného zomierania a smrti.

Metóda sa skladá z niekoľkých, v logickom poradí na seba nadväzujúcich, fáz (krokov) a je charakterizovaná ako 4-fázová, 5-fázová, prípadne 6-fázová metóda. Štvorfázový proces zahŕňa posudzovanie, plánovanie, realizáciu a vyhodnotenie (diagnostika je zahrnutá do fázy posudzovania). Päťfázový proces tvorí posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. Šesťfázový sa skladá z posudzovania, diagnostiky, plánovania cieľov, plánovania intervencií, realizácie a vyhodnotenia. Fázy ošetrovateľského procesu nie sú oddelené jednotky, ale sa vzájomne prekrývajú. Každá fáza sa musí neustále prispôsobovať zmenenej situácii, napríklad v súvislosti so zdravotným stavom jednotlivca, zmenou jeho sebestačnosti, s ordinovanou terapiou. Ustálený a najčastejšie charakterizovaný počet fáz je päť: posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. V takejto forme sa aj najčastejšie popisuje v odbornej literatúre a aplikuje do výučby a ošetrovateľskej praxe.

Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie, triedenie a záznam údajov o zdravotnom stave jednotlivca, rodiny, komunity. Podmienkou pre uskutočnenie ďalších fáz je komplexná, presná a úplná databáza údajov.

Diagnostika je analyticko-syntetický proces vyúsťujúci do vyjadrenia diagnostického záveru.

Plánovanie je proces stanovenia plánu ošetrovateľskej starostlivosti s cieľom prevencie, redukcie, eliminácie problémov.

Realizácia je vykonanie ošetrovateľských intervencií zameraných na dosiahnutie želateľných výsledkov.

Vyhodnotenie je cieľavedomá, organizovaná činnosť, kedy sa zisťuje, či a do akej miery sa dosiahli určené ciele.

Význam metódy ošetrovateľského procesu je predovšetkým v tom, že podporuje poskytovanie komplexnej, kontinuálnej, aktívnej, individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti, kedy je akceptovaná jedinečnosť jednotlivca, jeho aktuálny zdravotný stav, úroveň informovanosti, problémy pri uspokojovaní potrieb, jeho prežívanie a správanie. Zároveň podporuje sestru/pôrodnú asistentku v akceptovaní jednotlivca (rodiny, komunity) ako aktívneho účastníka s dôrazom na ich sebestačnosť a zodpovednosť za vlastné zdravie. Umožňuje sestre/pôrodnej asistentke rešpektovať autonómne rozhodnutie jednotlivca (rodiny, komunity) a stimulovať ich k účasti na starostlivosti. Vedie k redukcii rutiny v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti založenej na zvykoch a nedostatočnej pozornosti venovanej potrebám jednotlivcov (rodín, komunít). Služí ako rámec pre organizáciu ošetrovateľskej starostlivosti, pre dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti a posilňuje poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytuje sestre/pôrodnej asistentke myšlienkový algoritmus pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti a priestor pre autonómiu, kreativitu a flexibilitu. Uľahčuje klinické rozhodovanie a riešenie problematických situácií, stimuluje sestry/pôrodné asistentky k realizácii kontinuálneho, celoživotného vzdelávania a odborného rastu. Táto metóda posilňuje aj snahu o implementáciu vedeckých dôkazov do klinickej praxe a snahe chápať prácu sestier/pôrodných asistentiek zameranú na starostlivosť o jednotlivca (rodinu, komunitu) ako reflexívnu prax.

Súčasťou metódy je aj dokumentovanie starostlivosti vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu, čo zabezpečuje koordináciu, kontinuitu a chronologický prehľad o poskytovanej starostlivosti. Dokumentovanie napomáha pri rešpektovaní platnej legislatívy, štandardných odporúčaných postupov, prípadne iných noriem klinickej praxe, šetrí zdroje potrebné pre realizáciu starostlivosti, zabraňuje chybám v starostlivosti a tým podporuje bezpečnosť pacienta.

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe v SR je prioritne **legislatívne zakotvené** v Zákone o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (2004), ktorý bol opakovane novelizovaný; v Koncepcii odboru ošetrovateľstva (2006) a v Koncepcii odboru pôrodná asistencia (2006); vo Vyhláške MZ SR č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. Aplikácia metódy ošetrovateľského procesu (rozsah jednotlivých fáz) sa prispôsobuje špecifikám rôznych typov zdravotníckych zariadení, napr. nemocničného oddeleniu, pracoviskám jednodňovej chirurgie, intenzívnej starostlivosti, ambulantným pracoviskám, pracoviskám zariadení dlhodobej starostlivosti.

? **Kontrolné otázky**

Ako je charakterizovaný pojem ošetrovateľský proces?

Z ktorých fáz sa skladá metóda ošetrovateľského procesu?

Aké sú pozitíva uplatnenia metódy ošetrovateľského procesu v klinickej praxi?

3 POSUDZOVANIE

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- charakterizovať 1. fázu ošetrovateľského procesu – posudzovanie,
- popísať zdroje údajov využívaných pre posúdenie jednotlivca (rodiny, komunity),
- identifikovať metódy zberu údajov,
- rozdeliť zistené údaje o jednotlivcovi (rodine, komunite) na subjektívne a objektívne.

Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie (verifikáciu), triedenie a záznam údajov o zdravotnom stave jednotlivca (rodiny, komunity). Cieľom je vytvoriť komplexnú, presnú a úplnú databázu dôležitých údajov, čiže kolekciu konzistentných informácií, ktoré sú východiskom pre realizáciu ďalších fáz ošetrovateľského procesu.

Zber údajov si vyžaduje pozornosť, spoluprácu s jednotlivcom a/alebo inými, pre neho významnými osobami, (napríklad rodinnými príslušníkmi, opatrovateľom, osobným asistentom) a inými zdravotníckymi pracovníkmi, schopnosť kriticky a klinicky myslieť a využívať klinické skúsenosti, mať zručnosť v pozorovaní, v komunikácii, v realizácii základného fyzikálneho vyšetrenia, pri výbere a použití meracieho nástroja. Okrem samotného posúdenia je nutné získané údaje presne dokumentovať.

3.1 Delenie údajov

Získané **údaje** o jednotlivcovi (rodine, komunite) sa delia na subjektívne a objektívne na základe toho, či je možné ich presne odmerať a identifikovať alebo sú vyjadrené pacientom.

Subjektívne údaje sú vnímané, prežívané a vyjadrené pacientom a nie je vždy možné ich objektívne preukázať (diagnostikovať), napr. bolesť, svrbenie, závrat, nevoľnosť, únava, pocit nepohodia, strach, bezradnosť, beznádej. Za subjektívne údaje sú považované aj také, ktoré boli vyjadrené slovne pacientom alebo jeho príbuzným bez toho, aby boli presne zistené, merané, objektivizované. Môže to byť napríklad údaj o hmotnosti „vážim približne 59 kíl“, ktorý nebol objektívne hodnotený prostredníctvom váženia.

Objektívne údaje sa získavajú priamym pozorovaním, meraním, fyzikálnym vyšetrením, rôznymi vyšetrovacími metódami (laboratórnymi, zobrazovacími a inými). Do

tejto skupiny patria údaje ako sú napríklad farba kože, tlak krvi, telesná teplota, veľkosť rany, výška, hmotnosť, množstvo vylúčeného moču, hodnoty krvného obrazu.

Údaje je možné rozdeliť aj na základe ich stability, respektíve premenlivosti na stále a premenné. **Stále** (konštantné) údaje sa nemenia, do tejto skupiny sú zaradené napríklad identifikačné údaje pacienta, pohlavie, krvná skupina. **Premenné** (dynamické) údaje sa menia, k nim patrí napríklad hmotnosť, farba kože, bolesť, fyziologické funkcie.

3.2 Zdroje údajov

Údaje o jednotlivcovi sa zisťujú z dvoch základných zdrojov: primárneho a sekundárneho. **Primárnym** zdrojom údajov je jednotliviec (alebo rodina, komunita, ak sú objektom ošetrovateľskej starostlivosti). Jeho posúdením sa získajú údaje o telesnom stave, anamnéza zdravotného problému a zároveň jedinečné údaje o tom, ako sa cíti; čo prežíva; akú má skúsenosť napríklad so zvládaním bolesti, osamelosti; aká je jeho informovanosť a kompliance s liečbou i inými odporúčaniami zdravotníckych pracovníkov. Subjektívne vypovedané údaje môžu byť ovplyvnené úrovňou vývinového obdobia, komunikačnými zručnosťami, zmenami v zdravotnom stave (poruchy vedomia, bolesť a pod.), psychickým stavom (úzkosť, strach), dôverou k posudzovateľovi. Takto získané údaje sa dopĺňajú zo **sekundárnych** zdrojov, medzi ktoré patria blízki príbuzní (prípadne iné významné osoby, napr. priateľ, opatrovateľ, osobný asistent), zdravotná dokumentácia (napr. chorobopis, laboratórne nálezy, prepúšťacie správy, záznamy o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti), štúdium odbornej literatúry, iní zdravotnícki pracovníci (napr. lekár, fyzioterapeut, ošetrovateľ).

3.3 Metódy zberu údajov

Metódy zberu údajov o jednotlivcovi (rodine, komunite), ktoré sestry/pôrodné asistentky realizujú, sa rozdeľujú na hlavné a doplnkové. Medzi hlavné metódy patrí pozorovanie, rozhovor, fyzikálne vyšetrenie, analýza zdravotnej dokumentácie. Rôzne meracie nástroje sa používajú ako doplnková metóda zberu údajov. Z dôvodu úplnosti a objektivizácie údajov sa realizuje aj analýza zdravotnej dokumentácie. Prostredníctvom nej je možné získať napríklad údaje o prekonaných ochoreniach, úrazoch či operáciách pacienta, o výsledkoch rôznych neinvazívnych a invazívnych diagnostických metód a testov, vrátane laboratórnych vyšetrení, o ordinovanej terapii.

Hlavné metódy zberu údajov

Pozorovanie je nevyhnutnou súčasťou každého vyšetrenia; charakterizuje sa ako zámerné, cieľavedomé, plánované a systematické sledovanie klinického stavu jednotlivca. Zahŕňa zmyslové vnímanie javu pozorovania, jeho zápis (napr. trvanie, frekvencia, lokalizácia) a interpretáciu pozorovaného javu v rámci posudzovacej fázy ošetrovateľského procesu, objektivizácie ošetrovateľskej diagnózy, monitorovania zdravotného stavu. Pozorovaním je možné získať množstvo informácií z oblasti fyzického výzoru (napr. úprava zovňajšku, poloha tela, kožné zmeny, namáhavé dýchanie, prítomnosť opuchu), neverbálnej komunikácie (mimika, gestá), emocionálneho stavu (napr. smútok, strach, úzkosť, hnev), aktivity v zmysle prejavov správania (napr. počas vyšetrenia, v kontakte s príbuznými, počas preväzu) a i. Výsledok a interpretácia údajov zistených pozorovaním závisia od vedomostí, zručností a prípravy pozorovateľa. Medzi časté chyby pri pozorovaní, ktoré spôsobujú prehliadnutie dôležitej informácie, patrí nesústredenosť, nepripravenosť a nesprávna interpretácia pozorovaného javu.

Rozhovor ako plánovaná a riadená komunikácia je zameraný na zber anamnestických údajov a súčasných problémov od jednotlivca (rodiny, komunity) pre účely ošetrovateľskej diagnostiky a monitorovania aktuálneho zdravotného stavu. Rozhovorom (diagnostickým, štruktúrovaným) sa získava ošetrovateľská anamnéza, ktorá znamená súhrn údajov o jednotlivcovi (rodine, komunite) z minulosti po súčasnosť týkajúcich sa zdravotného stavu či ovplyvňujúcich zdravotný stav. Zahŕňa biografické údaje, dôvod vyhľadania zdravotnej starostlivosti, anamnézu alergickú, rodinnú, sociálnu, abúzy, vnímanie zdravia (subjektívny popis problémov), vedomosti o chorobe, životný štýl. Zároveň prostredníctvom rozhovoru sestra/pôrodná asistentka identifikuje problémy jednotlivca (rodiny, komunity) pri uspokojovaní potrieb biologických, psychosociálnych a duchovných, zisťuje ich dysfunkciu respektíve prítomnosť rôznych zmien či symptómov. Rozhovorom môžeme získať subjektívne informácie nielen o probléme jednotlivca, ale aj o tom, v čom a ako ho tento problém ovplyvnil; aký mal vplyv na jeho schopnosť vykonávať želateľné a potrebné činnosti; aké chce dosiahnuť výsledky v súvislosti s konkrétnym problémom; ako aj pohľad na to, ako jednotlivec a/alebo jeho príbuzný môže alebo nemusí byť schopný podieľať sa na riešení problému. Okrem toho môžeme zistiť jeho predchádzajúce skúsenosti a informovanosť s riešením zdravotného problému.

Od posudzovateľa (sestry/pôrodnej asistentky) sa vyžaduje schopnosť viesť štruktúrovaný rozhovor s jednotlivcom, členom rodiny alebo inými významnými osobami. To znamená formulovať ciele, zrozumiteľné, jednoznačné otázky, dostatočne nahlas,

prispôsobené veku, schopnostiam, klinickému stavu (napr. prítomnosť bolesti, horúčky) jednotlivca, schopnosť adekvátne reagovať na nejasné odpovede, zabezpečiť časové a priestorové podmienky, vytvoriť prostredie dôvery (napr. vyjadrením záujmu o problémy, ochoty pomôcť, nedávať najavo verbálne aj neverbálne svoj subjektívny postoj voči jednotlivcovi – autoritatívny postoj, nesúhlas, neistota, bezradnosť, nezáujem; časovú tieseň, netrpezlivosť). Počas celého rozhovoru je nutný aktívny kontakt sestry s jednotlivcom pre budovanie jeho dôvery, ktorá je nutná pre jeho spoluprácu počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Rozhovor sa realizuje postupne, vhodné je uplatniť tzv. techniku vetvenia, ktorá skracuje rozhovor v tých oblastiach, v ktorých nie je zrejmy žiadny problém a umožňuje „pátrať“ ďalej v tých oblastiach, kde sa nájde abnormalita alebo dysfunkcia.

V úvode rozhovoru sa zisťujú alebo overujú osobné údaje potrebné pre poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti. Kladú sa skôr otvorené otázky, ktoré sa odporúčajú ako vhodné pri nadviazaní kontaktu, pretože dávajú priestor k voľnému vyjadreniu sa. Ak sa tieto otázky vynechajú, do určitej miery sa tým prejavuje dominujúci, autoritatívny postoj k jednotlivcovi, rozhovor pôsobí príliš direktívne, netrpezlivo. Zisťujú sa problémy a príčiny, ktoré jednotlivca prinútili vyhľadať zdravotnícke služby, respektíve dôvody jeho príjmu do zdravotníckeho zariadenia, jeho subjektívne ťažkosti. Po úvodnej časti rozhovoru sa kladú vopred pripravené otázky zamerané na jednotlivé potreby – problémy pri ich uspokojovaní. Otázky intímneho charakteru sa pýtame až po získaní si spolupráce a dôvery jednotlivca (skôr v strede až v druhej polovici rozhovoru). Ak sa pacient o niektorých témach ostýcha rozprávať, netrváme na odpovedi a môžeme sa vo vhodnejšom čase, aj počas poskytovania starostlivosti k týmto témam vrátiť. V závere rozhovoru zhrnutujeme získané údaje, opýtame sa, či existuje problém, o ktorom sme nehovorili, ale pacient ho považuje za dôležitý, poďakujeme sa za spoluprácu, informujeme o ďalšom postupe v ošetrovateľskej starostlivosti.

V praxi sa stretávame s niektorými chybami pri kladení otázok a vedení rozhovoru, napr. prejavy netrpezlivosti, ľahostajnosti, podráždenosti v neverbálnej komunikácii sestry/pôrodnej asistentky, rozhovor s pacientom na chodbe v prítomnosti iných pacientov a personálu, bagatelizovanie jeho problémov, vkladanie do rozhovoru historky z osobného života sestry/pôrodnej asistentky (prípadne sťažovanie sa na vlastné problémy) pre povzbudenie pacienta, porovnávanie problémov pacienta s problémami iných, príliš dlhý rozhovor, dominancia pacienta v rozhovore (rola pri kladení otázok sa obráti, rozhovor nevedie sestra/pôrodná asistentka, ale pacient), odbiehanie od témy rozhovoru a venovanie sa nepodstatným témam. Uvedené skutočnosti môžu spôsobiť, že zistené informácie sú

skreslené, chybné, neúplné. V tabuľke 1 (na s. 19-20) uvádzame niektoré chyby pri formulácii otázok v rozhovore s jednotlivcom.

Tabuľka 1 Príklady chýb pri formulácii otázok počas posudzovania jednotlivca

Chyba	Nesprávna formulácia	Správna formulácia
Používanie odbornej terminológie	Mali ste v minulosti bronchitídu?	Mali ste v minulosti zápal priedušiek?
	Aká je štruktúra Vašej rodiny?	Kto sú Vaši najbližší príbuzní?
	Aký je zvyčajne Váš emocionálny stav?	Akú máte zvyčajne náladu?
Pýtanie sa na viac problémov v jednej otázke	Máte problémy s vyprázdňovaním moču alebo stolice?	Máte problémy s vyprázdňovaním moču? Máte problémy s vyprázdňovaním stolice?
Príliš všeobecná otázka	Aká je vaša strava?	Ktoré potraviny prevládajú/uprednostňujete vo vašom stravovaní?
	Vyprázdňujete sa pravidelne?	Ako často máte stolicu?
	Aké očkovania ste absolvovali?	Aké očkovania ste absolvovali v poslednom roku?
	Ste členom skupiny alebo klubu?	Ste členom svojpomocného klubu Diamart? (pýtame sa konkrétne diabetika)
Nezrozumiteľná/nelogická otázka	Očkujete sa proti tetanu? (jednotlivci zvyčajne sami seba neočkujú)	Boli ste v posledných 10 rokoch očkovaný proti tetanu?
	Máte rituály, keď spíte? (spánok je fyziologický	Máte nejaké zvyklosti, ktoré

	útlmový proces, kedy sa nevykonáva vedomá aktivita)	Vám pomáhajú zaspáť?
Sugestívna otázka (naznačená očakávaná odpoveď)	Túto noc ste zle spali, však? Nie je to tak, že je bolesť pri chôdzi väčšia?	Ako ste spali túto noc? Zmení sa bolesť pri chôdzi?
Otázkou pacienta informujeme o jeho medicínskej diagnóze, čo nie je prioritne v kompetencii sestry, ale lekára	Viete o tom, že máte v pľúcach nádor?	Poznáte svoju medicínsku diagnózu? Aký je Váš zdravotný problém?
(archív autoriek)		

Odpovede získané počas rozhovoru sa zaznamenávajú tak, ako boli vyjadrené, aby sa ich úpravou nezmenil obsah alebo neskreslil význam.

Fyzikálne vyšetrenie je vyšetrenie, pri ktorom sa využívajú ľudské zmysly na zistenie objektívnych údajov o telesnom stave jednotlivca¹. Zahŕňa vyšetrenie pohľadom (aspekcia), posluchom (auskultácia), pohmatom (palpácia) a poklepom (perkusia). V niektorých prípadoch sa využíva aj vyšetrenie čuchom a vyšetrenie per rektum. Súčasťou fyzikálneho vyšetrenia je meranie vitálnych funkcií (telesnej teploty, krvného tlaku, pulzu, dychu), hmotnosti a výšky. Medzi všeobecné podmienky pre správnu realizáciu fyzikálneho vyšetrenia patrí zabezpečenie intimity vyšetřovaného, osvetlenia, nehluchného prostredia, funkčných pomôcok (napr. fonendoskop, tlakomer, osobná váha). U pacienta s chronickým ochorením sa môže realizovať všeobecným cefalokaudálnym postupom (od hlavy po päty). U pacienta v akútnom stave alebo so špecifickým problémom sa zameriavame iba na určitú časť tela, systém, orgán, symptóm (napr. v neurológii na vyšetrenie reflexov, v gynekológii a pôrodníctve palpačné vyšetrenie cez pošvu). V podmienkach ošetrovateľskej praxe v SR sestra/pôrodná asistentka realizuje fyzikálne vyšetrenie na základe aktuálneho klinického stavu pacienta a špecifik klinického pracoviska. Vo väčšine prípadov sa zameriava na všeobecný cefalokaudálny postup a meranie vitálnych funkcií pri prijíme pacienta. Na niektorých pracoviskách, napríklad na jednotke intenzívnej starostlivosti, pooperačnej izbe a podobne, môže realizovať auskultačné vyšetrenie hrudníka a posúdiť dýchanie pred

¹ Obsah a postup pri fyzikálnom vyšetrení a jeho nácvik je obsahom predmetu Klinická propedeutika.

nebulizáciou, zistiť prítomnosť peristaltiky po operačnom zákroku. Pôrodná asistentka realizuje fyzikálne vyšetrenie tehotnej ženy, ktorého súčasťou je aj vyšetrenie plodu, pričom spôsob je podmienený týždňom tehotnosti.

Doplňkové metódy zberu údajov

Hodnotiaci a merací nástroj² sa odporúča používať ako doplnkovú metódu zberu údajov o odpovediach jednotlivca (rodiny, komunity) na aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy³. Pre ošetrovateľskú prax je dôležité, aby bol nástroj použiteľný v rôznych podmienkach a špecifických skupinách pacientov⁴, časovo nenáročný na administráciu (niekoľko minút), s optimálnym počtom položiek (3-6, resp. do 10), aby obsahoval poučenie/manuál pre posudzovateľa ako hodnotiť jednotlivé položky a interpretovať výsledné skóre (číselný súčet položiek). Ideálne je, keď sú súčasťou nástroja aj konkrétne intervencie⁵ a nástroj je, okrem tlačenej verzie (metóda tužka-papier), aj vo verzii elektronickej ako súčasť informačného systému poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Základnou podmienkou tejto metódy zberu údajov je výber vhodného nástroja⁶ a nácvik zručností k jeho administrácii, k validácii a verifikácii údajov. Validita (platnosť) údajov je vyjadrená mierou ich použiteľnosti vo fázach ošetrovateľského procesu. Zber a interpretácia údajov súvisí aj s vedomosťami a praktickými skúsenosťami sestry/pôrodnej asistentky, dĺžkou odbornej praxe, špecializáciou pracoviska, výberom konkrétneho nástroja pre konkrétne pracovisko, schopnosťou rozpoznať čo je (ešte) norma a čo odchýlka, aby bolo výsledné skóre objektívne – je dôležité oddeliť skreslené hodnoty od pravdivých a domnienky od skutočnosti. V odbornej literatúre sa prezentujú hlavne tie nástroje, ktoré môže sestra/pôrodná asistentka na základe svojich vedomostí, zručností a kompetencií nezávisle použiť, čo má svoje hlavné benefity: zvyšuje sa kvalita diagnostického procesu, zlepšuje

² Ako synonymá sa používajú aj iné pojmy, napr. posudzovací nástroj, meracia/hodnotiaca/posudzovacia stupnica, škála, dotazník, test, technika.

³ Podľa Vyhlášky MZ SR z roku 2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe sestra/pôrodná asistentka „posudzuje potreby osoby, rodiny alebo skupiny osôb (komunity), posudzuje zdravotný stav osoby alebo zmenu zdravotného stavu osoby, pričom hodnotenie zdravotného stavu alebo zmenu zdravotného stavu meria pomocou hodnotiacich a meracích nástrojov“; ide teda o autonómnu, nezávislú kompetenciu a intervenciu sestry/pôrodnej asistentky.

⁴ Napríklad nástroj Morse Fall Scale – cieľovou populáciou sú dospelí pacienti, seniori v klinickom prostredí akútnej starostlivosti (internistické a chirurgické pracoviská), ale aj v dlhodobej geriatrickej a rehabilitačnej starostlivosti.

⁵ Napríklad autorka nástroja Morse Fall Scale (Morse 2009) vypracovala prehľad protektívnych a preventívnych intervencií týkajúcich sa hlavných rizikových faktorov pádu.

⁶ Pri výbere nástroja berieme do úvahy, pre akú skupinu jednotlivcov/pacientov bol vyvinutý a testovaný, či použijeme originálnu alebo modifikovanú verziu, plnú alebo skrátenú, akú má nástroj reliabilitu a validitu; uvedené kritériá pre používanie meracích nástrojov sú obsahovou náplňou predmetu Ošetrovateľský výskum.

efektivita starostlivosti, upevňuje satisfakcia profesie. V klinickej praxi však treba vziať do úvahy nielen benefity, ale aj určité limitácie používania nástrojov.

Medzi **benefity meracích nástrojov** patrí:

- používanie odbornej terminológie v rámci profesie,
- dostupný individualizovaný formalizovaný záznam v zdravotnej dokumentácii pacienta,
- zber pomerne veľkého počtu údajov za relatívne krátky čas,
- výsledné skóre identifikuje a kategorizuje skupiny pacientov (napr. podľa výšky rizika), čo je východiskom pre cielené, individualizované intervencie v ošetrovateľskom pláne (napr. pri prevencii vzniku dekubitov, pádov),
- pri používaní toho istého nástroja sú údaje kompatibilné a prenositeľné medzi zariadeniami v rámci kontinuálnej starostlivosti (redukuje sa duplicita posúdenia napríklad v rámci zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri preklade do iného zariadenia),
- pri opakovanom použití toho istého nástroja pre hodnotenie zdravotného problému jednotlivca je možné zistiť účinnosť realizovanej intervencie zameranej na jeho riešenie,
- použitie nástroja môže byť súčasťou indikátora na hodnotenie kvality poskytovanej starostlivosti, napríklad starostlivosti v prevencii dekubitov,
- údaje zistené prostredníctvom nástrojov slúžia pre ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj pre výučbu, výskumné štúdie, štatistické údaje, potreby plánovania zdravotnej starostlivosti,
- podporuje sa autonómia profesie sestry/pôrodnej asistentky.

Medzi zásadné **limitácie meracích nástrojov** patrí:

- preklad nástroja do slovenského jazyka bez dodržania štandardnej metodiky prekladu (otázka zrozumiteľnosti položiek a psychometrických vlastností nástroja), čo znižuje spoľahlivosť a platnosť nástroja,
- používanie nástrojov určených iba pre výskumné účely na rutinné klinické používanie,
- absencia zaškolenia sestier/pôrodných asistentiek (tréning klinických zručností – pozorovacie, komunikačné, interpersonálne, výcvik senzitivity voči názoru druhých posudzovateľov, kritického myslenia),
- modifikácia originálnej verzie nástroja (napr. zmena počtu položiek alebo kombinácia položiek z rôznych nástrojov) bez súhlasu jeho autora, prípadne príslušnej organizácie, ktorá vlastní autorské práva,

- absencia procesu validácie nástroja v slovenskej populácii (preberanie nástrojov zo zahraničia bez ohľadu na domáci sociokultúrny kontext),
- absencia národnej ošetrovateľskej databázy nástrojov (chýbajú verzie pre špecifické skupiny pacientov, manuály na administráciu a interpretáciu údajov).

Počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa najčastejšie posudzuje vedomie a orientácia (v čase, osobe, priestore), fyziologické funkcie, parametre akútnej a chronickej bolesti, telesná hmotnosť, stav výživy, príjem a výdaj tekutín, stav dutiny ústnej (orálne zdravie), močová inkontinencia, formy stolice, stav chronickej rany, aktivity denného života – miera závislosti pacienta na inej osobe alebo kompenzačnej pomôcke, psychické funkcie, riziko vzniku komplikácií v dýchacích cestách, riziko vzniku dekubitov, riziko pádu. Ďalej, podľa potreby, zistenej dysfunkcie alebo špecifik ošetrovateľskej starostlivosti sa posudzuje napr. prítomnosť depresie, delíria, demencie, poruchy spánku, únava, poruchy chôdze, strach z pádu, závažnosť diabetickej neuropatie, zvládanie stresu, úzkosť, strach, vnímanie zdravia, hodnotová orientácia, funkčnosť rodiny, sexualita, spiritualita. V Tabuľke 2 (na s. 23-25) sú uvedené viaceré meracie nástroje⁷ odporúčané v literatúre a najčastejšie používané v klinickej praxi na posudzovanie rôznych potrieb a ich deficitov, možných rizík a zdravotných problémov jednotlivca.

Tabuľka 2 Oblasť posudzovania s príkladom meracieho nástroja

Oblasť posudzovania	Príklad meracieho nástroja
Vedomie	Glasgow Coma Scale
Zdravie	Health Self-Determinism Index
Výživa	Mini Nutritional Assessment Malnutrition Universal Screening Tool
Telesné parametre	Body Mass Index Waist-hip Ratio
Hydratácia	Dehydration Screening Tool
Orálne zdravie	Oral Health Assessment Tool Brief Oral Health Status Examination

⁷ Uvedené sú pôvodné názvy meracích nástrojov v anglickom jazyku, pretože nie každý z nich bol preložený do slovenského jazyka a používa sa v klinickej praxi v SR. Meracie nástroje v slovenskom jazyku, ktoré sa používajú vo výučbe a klinickej praxi v SR sú uvedené napríklad v publikáciách autorov Bóriková et al. (2014); Kalánková (2020). V menovaných publikáciách sú uvedené full verzie meracích nástrojov, použitie ktorých je v kompetencii sestry, vrátane manuálov pre ich administráciu a hodnotenia výsledného skóre.

Stolica	Bristol Stool Form Scale
Močenie	Bladder Diary Urinary Dysfunction Assessment Tool Urinary Incontinence Assessment in Older Adults
Chôdza	Functional Gait Assessment Five Minutes' Walk
Aktivity denného života	Barthel Index of Activities of Daily Living Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale
Spánok	Epworth Sleepiness Scale
Únava	Fatigue Assessment Scale Fatigue Severity Scale
Zrak	Snellen test
Sluch	Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening Version
Kognícia	Standardised Mini-Mental State Examination Clock Drawing Test Mini-Cog
Bolest'	Faces Rating Scale Numeric Rating Scale Iowa Pain Thermometer PQRST (provocation/palliation, quantity/quality, region/radiation, timing) Pain Assessment Method Brief Pain Inventory McGill Pain Questionnaire
Úzkosť	Beck Anxiety Inventory Generalized Anxiety Disorder Questionnaire
Sexualita	Sexuality Assessment for Older Adults
Spiritualita	Spiritual Needs Assessment for Patients Spiritual Care Needs Inventory Spiritual Needs Questionnaire
Riziko vzniku dekubitov	Braden Scale For Predicting Pressure Sore Risk Norton Pressure Sore Risk Assessment Scale Waterlow Scale Assessment Tool
Dekubit	NPUAP Pressure Injury Classification

Riziko pádu	Morse Fall Scale Hendrich Fall Risk Model
Strach z pádu	Falls Efficacy Scale Fear of Falling Questionnaire
Demencia	Dementia Severity Rating Scale Brief Alzheimer's Screening Test
Depresia	Beck Depression Inventory Geriatric Depression Scale
Delírium	Confusion Assessment Method Confusion Assessment Method for the ICU Neecham Confusion Scale
Diabetická neuropatia	Neuropad test

(podľa Boltz et al. 2016; Bóriková et al. 2014; Pokorná et al. 2013)

Údaje získané pomocou meracích nástrojov však nenahrádzajú anamnézu a klinické vyšetrenia, ale pomáhajú kompletizovať a objektivizovať informácie o zdravotnom, funkčnom alebo dysfunkčnom stave, o špecifických alebo novovzniknutých potrebách, či rôznych rizikách jednotlivca. Výsledné skóre nástroja pomáha objektivizovať aj niektoré ošetrovateľské diagnózy, lebo diagnostické komponenty (definujúce charakteristiky, súvisiace a/alebo rizikové faktory) môžu byť súčasne aj pridruženým symptómom alebo klinickým stavom, ktorý je možné objektivizovať meracím nástrojom. V tabuľke 3 (na s. 25-27) uvádzame niekoľko príkladov ošetrovateľských problémov, ktoré sú súčasne diagnostickým komponentom ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA-I Taxonómia II a je ich možné objektivizovať meracím nástrojom.

(Pozn. Problematika ošetrovateľskej diagnostiky je podrobne spracovaná v kapitole 4 Diagnostika.)

Tabuľka 3 Príklad využitia meracieho nástroja pre objektivizáciu problému pacienta, ktorý je súčasne diagnostickým komponentom ošetrovateľských diagnóz NANDA-I Taxonómia II

Ošetrovateľské diagnózy z NANDA-I Taxonómia II	Problém/diagnostický komponent ošetrovateľských diagnóz	Merací nástroj
00257 Syndróm krehkého seniora	Depresia	Beck Depression Inventory

00085 Narušená pohyblivosť		Geriatric Depression Scale
00126 Nedostatočné vedomosti		
00124 Beznádej		
00169 Narušená religiozita		
00303 Riziko pádu dospelých		
00289 Riziko samovražedného správania		
00043 Neefektívna ochrana	Malnutrícia	Mini Nutritional Assessment
00103 Narušené prehĺtanie		Malnutrition Universal
00027 Nedostatočný objem tekutín		Screening Tool
00013 Hnačka		
00298 Znížená tolerancia aktivity		
00085 Narušená pohyblivosť		
00093 Únava		
00289 Riziko samovražedného správania	Úzkosť	Beck Anxiety Inventory
00214 Narušený komfort		Generalized Anxiety
00134 Nauzea		Disorder Questionnaire
00255 Syndróm chronickej bolesti		
00232 Obezita	Obezita	Body Mass Index
00296 Riziko metabolického syndrómu		Waist-hip Ratio
00016 Narušené vyprázdňovanie moču		
00095 Nespavosť		
00091 Narušená pohyblivosť na lôžku		
00032 Neefektívny vzorec dýchania		
00291 Riziko trombózy		
00118 Porušený obraz tela		
00118 Porušený obraz tela	Bolesť	Faces Rating Scale
00168 Sedavý spôsob života		Numeric Rating Scale
00002 Nevyvážená výživa: menej		Iowa Pain Thermometer

ako požiadavky organizmu	PQRST
00235 Chronická funkčná zápcha	(provocation/palliation,
00013 Hnačka	quantity/quality,
00030 Narušená výmena dýchacích	region/radiation, timing)
plynov	Pain Assessment Method
00298 Znížená tolerancia aktivity	Brief Pain Inventory
00085 Narušená pohyblivosť	McGill Pain Questionnaire
00128 Akútna zmätenosť	

(podľa Herdman et al. 2021; Boltz et al. 2016)

Okrem vyššie uvedeného, v rámci ošetrovateľského procesu je dôležité aj to, či a ako sa údaje získané prostredníctvom meracích nástrojov použijú pre výber individualizovaných ošetrovateľských intervencií, aby sa nestal ich zápis iba mechanickou rutinou, ale relevantnou informáciou pre plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti a výber cielených intervencií. Meracie nástroje sa používajú nielen pri vstupnom posúdení pacienta, ale aj pri priebežnom posudzovaní stavu pacienta v priebehu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a pri záverečnom posúdení pred prekladom alebo prepustením pacienta do domácej alebo následnej starostlivosti.

3. 4 Typy posúdenia

Na základe toho ako podrobne je posúdenie a hodnotenie stavu jednotlivca (rodiny, komunity) zamerané a výsledky posúdenia zaznamenané, je posúdenie čiastočné, skrínigové a hĺbkové.

Čiastočné posúdenie sa týka údajov vybranej oblasti (potreby, vzorca zdravia), napríklad výživy, pričom ostatné potreby (vzorca zdravia) sú neposúdené.

Skrínigové posúdenie sa zameriava na hodnotenie všetkých potrieb (vzorcov zdravia), ale v rámci nich obsahuje obmedzené množstvo informácií. Slúži na rýchle identifikovanie problémov jednotlivca pri uspokojení potrieb. Výsledok sa zaznamenáva stručne do príslušných častí formulára, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.

Hĺbkové (úplné) posúdenie zahŕňa komplexné a podrobné hodnotenie potrieb (vzorcov zdravia) jednotlivca a identifikovanie jeho problémov, požiadaviek, prípadne rizika vzniku problémov v oblasti telesnej, psychosociálnej a duchovnej. Zvyčajne trvá 30 minút až 1

hodinu v závislosti od problémov pacienta a jeho spolupráce. Prostredníctvom neho sa získava súhrn údajov potrebných pre stanovenie ošetrovateľských diagnóz.

Z dôvodu premenlivosti stavu pacienta a nutnosti poznať jeho aktuálny stav je posúdenie súčasťou všetkých činností, ktoré robí sestra/pôrodná asistentka pre pacienta alebo s pacientom počas všetkých fáz ošetrovateľského procesu. Na základe toho, kedy je posúdenie počas starostlivosti realizované sa nazýva ako vstupné, priebežné a záverečné.

Vstupným posúdením, overením a porovnaním údajov s normami sa zistí dysfunkcia, ktorá tvorí základ (a zároveň je súčasťou) pre ošetrovateľskú diagnostiku a plánovanie individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Priebežné posúdenie sa realizuje aj počas ďalších fáz ošetrovateľského procesu z dôvodu zachytenia a doplnenia nových informácií o stave jednotlivca; pre potreby diagnostického procesu, pre korekciu plánu ošetrovateľskej starostlivosti podľa aktuálneho stavu.

Záverečné posúdenie sa realizuje pri preložení do iného zdravotníckeho zariadenia, pri prepustení do domáceho ošetrovania alebo ukončení ošetrovateľskej starostlivosti.

3.5 Štruktúra posúdenia

Štruktúra, obsah a rozsah posúdenia má rôzny charakter v závislosti od toho, či sa posudzuje jednotlivec, rodina alebo komunita, ďalej závisí od veku posudzovaného, jeho klinického stavu, špecifik pracoviska (jednotka intenzívnej starostlivosti, doliečovacie oddelenie, zariadenie pre dlhodobu chorých, denný stacionár, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti a i.), platnej legislatívy, od štruktúry použitej zdravotnej dokumentácie, v závislosti od použitého ošetrovateľského konceptuálneho modelu⁸.

Napríklad podľa **Hendersonovej modelu** ošetrovateľstva sa posudzuje 14 základných potrieb pacienta: fyziologické dýchanie; adekvátny príjem potravy a tekutín; fyziologické vyprázdňovanie moču a stolice; pohyb a udržiavanie želateľnej polohy tela; spánok a oddych; používanie vhodného oblečenia, obliekanie a vyzliekanie; udržiavanie telesnej teploty vo fyziologickom rozmedzí; udržiavanie tela v čistote a poriadku; vyhýbanie sa zmenám v prostredí a snaha o nezranenie iných; vyjadrovanie emócií, potrieb, obáv a názorov v komunikácii s inými; sloboda vierovyznania; pocit zmysluplne vykonávanej práce; zábava alebo pestovanie rôznych foriem rekreácie; učenie sa, objavenie alebo uspokojovanie zvedavosti, ktorá vedie k normálnemu vývinu, zdraviu a používaniu dostupných zdravotných prostriedkov.

⁸ Podrobnejšie informácie ku konceptuálnym modelom sa preberajú v predmete Ošetrovateľstvo.

V **Oremovej konceptuálnom rámci sebaopatery** sa popisujú oblasti – požiadavky univerzálne sa týkajú napríklad udržania dostatočného príjmu potravy, dostatočného príjmu tekutín, dostatočného prívodu vzduchu. Požiadavky vývinové sú spojené s rastom a vývinom, týkajú sa prechodu z jednej životnej fázy do druhej, súvisia s krízovými životnými situáciami. K požiadavkám súvisiacim s odchýlkou od zdravia patrí napríklad vyhľadanie a zabezpečenie vhodnej lekárskej pomoci, uvedomenie si ochorenia a vedomosti o príčinách a dôsledkoch patologického procesu.

Podľa **Royovej adaptačného modelu** sa posudzuje jednotlivec v každom zo štyroch spôsobov adaptácie v oblasti fyziologických/fyzických potrieb, sebakoncepcie a identifikácie sa v skupine, pomocou plnenia rolí a vzájomnej závislosti jednotlivca a podporným systémom.

Gordonová rozpracovala 11 funkčných a dysfunkčných vzorcov zdravia, ku ktorým patrí: vnímanie a manažment zdravia; výživa – metabolizmus; vylučovanie; pohybová aktivita–cvičenie; spánok–odpočinok; vnímanie–poznávanie; vnímanie seba samého–sebakoncepcia; rola–vzťahy; sexualita–reprodukcia; zvládanie záťaže–odolnosť voči stresu; hodnoty–viera. Autorka podrobne rozpracovala okrem obsahu posúdenia jednotlivých vzorcov zdravia aj otázky pre rozhovor sestry s jednotlivcom (rodinou, komunitou) zameraného na zistenie údajov v rámci týchto vzorcov⁹.

Štruktúrované posúdenie podľa rôznych konceptuálnych modelov si vyžaduje aj formálnu úpravu príslušnej dokumentácie pre zber a zápis údajov, ktorá v podmienkach SR nie je bežne dostupná a ak sa používa, tak väčšinou len pre potreby popisu špecifickej, modifikovanej starostlivosti v záverečných študentských prácach. Rámec pre štruktúrované posúdenie môžu tvoriť aj jednotlivé biologické, psychosociálne a duchovné potreby pacienta.

Štruktúrovaný proces zberu údajov sa zaznamenáva do **zdravotnej dokumentácie** pacienta (Odborné usmernenie MZ SR 2009). Vyžaduje si vedomosti, zručnosti, pozornosť, spoluprácu s pacientom a/alebo inými osobami, schopnosť aplikačne myslieť a využívať klinické skúsenosti. Všetky uvedené metódy zberu údajov kompletizujú databázu údajov o o jednotlivcovi (rodine, komunite). O všetkých údajoch získaných akoukoľvek metódou zásadne zachováваме povinnosť mlčanlivosti, inak riskujeme stratu dôvery posudzovaného jednotlivca (rodiny, komunity) a trestné stíhanie (Zákon 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

⁹ Štruktúra posúdenia podľa Gordonovej sa javí pre študentov odboru ošetrovateľstvo/pôrodná asistancia ako vhodná aj preto, že je úzko prepojená s ošetrovateľskou diagnostikou podľa NANDA-I.

Kontrolné otázky

?

Ako je charakterizovaná prvá fáza ošetrovateľského procesu?

Ktoré zdroje údajov sa využívajú v rámci posudzovania?

Aké metódy sa používajú pre zber údajov o jednotlivcovi (rodine, komunite)?

Ako sa delia zistené údaje o jednotlivcovi (rodine, komunite)?

4 DIAGNOSTIKA

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- charakterizovať 2. fázu ošetrovateľského procesu – diagnostiku,
- definovať pojem ošetrovateľská diagnóza,
- opísať klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz NANDA-I Taxonómia II,
- charakterizovať ošetrovateľské diagnózy v kontexte klasifikačného systému NANDA-I Taxonómia II,
- popísať diagnostický proces,
- identifikovať rozdiely medzi NANDA-I Taxonómia II a Zoznamom sesterských diagnóz,
- pomenovať časté chyby v diagnostickom procese.

Diagnostika sa charakterizuje ako analyticko-syntetický proces vyúsťujúci do výberu a formulácie ošetrovateľskej diagnózy, ktorá tvorí zásadné východisko pre plánovanie a realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti, čiže poskytuje základ pre výber ošetrovateľských intervencií na dosiahnutie výsledkov, za ktoré nesie zodpovednosť sestra.

Základným predpokladom pre diagnostiku ošetrovateľskej diagnózy okrem dôsledného posúdenia potrieb pacienta je klinický úsudok sestry/pôrodnej asistentky, ktorý znamená interpretáciu alebo rozhodnutie, záver o prítomnosti dysfunkcie v potrebe, záver o zdravotných problémoch pacienta a rozhodnutie o realizácii alebo nerealizácii starostlivosti zameranej na ich riešenie. Kľúčové problémy (označované aj ako diagnostické ohniská) môžu byť zrejmé na začiatku posúdenia a umožniť sestre začať diagnostický proces. Napríklad pacient môže povedať o svojej nespavosti, podráždenosti, úzkosti a/alebo prejsť napätie tváre, chvenie rúk a zvýšené potenie. Sestra prostredníctvom svojho klinického úsudku rozpozná u pacienta úzkosť na základe subjektívne vyjadrených údajov a/alebo viditeľne pozorovaného úzkostného správania.

Používanie ošetrovateľských diagnóz má pre povolanie sestry/pôrodnej asistentky nasledovný význam:

- podporujú profesionálnu zodpovednosť a samostatnosť sestry/pôrodnej asistentky,
- poskytujú štandardizovanú terminológiu pre kategorizáciu ošetrovateľských problémov,
- usmerňujú výber ošetrovateľských intervencií na dosiahnutie želaných výsledkov,

- sú účinným prostriedkom komunikácie medzi sestrami/pôrodnými asistentkami, resp. inými zdravotníckymi pracovníkmi,
- poskytujú rámec pre ošetrovateľský výskum (napríklad pre validačné štúdie).

Všeobecne prijatá a akceptovaná charakteristika pojmu ošetrovateľská diagnóza je vyjadrená NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association International, NANDA-I). **Ošetrovateľská diagnóza** je definovaná ako klinický úsudok sestry/pôrodnej asistentky týkajúci sa ľudskej reakcie na zdravotné podmienky, životné procesy alebo náchylnosti na túto reakciu jednotlivcom, opatrovateľom, rodinou, skupinou alebo komunitou.

Proces diagnostiky sa tradične chápe hlavne v súvislosti s diagnostikou medicínskej diagnózy. V medicíne je diagnóza chápaná ako pomenovanie choroby, výrok o zdravotnom stave jednotlivca, ktorým sa konkrétnemu pacientovi priraduje určitý nozologický pojem. Stanovenie diagnózy v medicíne tvorí východisko pre liečbu, za ktorú je zodpovedný lekár. V rámci kompetencií sestry/pôrodnej asistentky nie je možné, aby zasahovali do medicínskej diagnostiky, je však nutné, aby dôsledne a autonómne realizovali ošetrovateľskú diagnostiku s úmyslom stanoviť ošetrovateľskú diagnózu. Medzi ošetrovateľskou a medicínskou diagnózou je viacero zásadných rozdielov, na ktoré poukazujeme v Tabuľke 4 (na s. 32-33).

Tabuľka 4 Rozdiely medzi ošetrovateľskou a medicínskou diagnózou

Ošetrovateľská diagnóza	Medicínska diagnóza
Výrok o odpovediach jednotlivca, rodiny, komunity na aktuálne, potenciálne zdravotné problémy či životný proces	Výrok o zdravotnom stave jednotlivca
Pomenováva dysfunkciu v potrebe, resp. riziko dysfunkcie v potrebe	Pomenováva špecifický chorobný proces
Je orientovaná na jednotlivca, rodinu, komunitu v zdraví a aj počas choroby	Je orientovaná na chorého jednotlivca
Mení sa podľa zmien v dysfunkcii v potrebe	Počas trvania choroby sa nemení
Klasifikačný systém ošetrovateľských diagnóz nie je pre sestry/pôrodné asistentky záväzný	Medzinárodná klasifikácia chorôb je v diagnostickom procese medicínskej diagnózy pre lekárov záväzná
Usmerňuje výber a realizáciu	Usmerňuje medicínsku liečbu (časť intervencií)

4.1 Rozvoj ošetrovateľských diagnóz v rámci klasifikačného systému ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA-I

Ustanovenie a začiatok rozvoja ošetrovateľských diagnóz sa formálne datuje na rok 1973, keď sa na Národnej konferencii sformovala Skupina pre klasifikáciu ošetrovateľských diagnóz sponzorovaná Školou ošetrovateľstva na Univerzite v St. Louis (USA). Akčná pracovná skupina prijala v roku 1987 na Medzinárodnej sesterskej konferencii v Kanade meno **Severoamerické združenie pre ošetrovateľské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)**. Americko-kanadské aktivity NANDA spolu s Americkou asociáciou sestier (American Nursing Association, ANA) boli hybnou silou série ďalších aktivít zameraných na rozvoj a štandardizáciu ošetrovateľskej diagnostickej terminológie. V roku 2002 sa NANDA premenovala na **NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association International, NANDA-I)** a v súčasnosti začleňuje sestry zo Severnej a Južnej Ameriky, Kanady, Európy a Ázie. NANDA-I je uznávaná ako jeden z hlavných prispievateľov k rozvoju ošetrovateľskej terminológie cez identifikáciu ošetrovateľských diagnóz a ich následnú validáciu. Vydáva vlastný vedecký časopis s názvom *The International Journal of Nursing Knowledge*¹⁰ s cieľom posilniť vedomostnú bázu ošetrovateľstva šírením poznatkov o štandardnej ošetrovateľskej terminológii a podporiť vzdelávanie v oblasti klinického uvažovania a ošetrovateľskej diagnostiky.

Úsilie zadefinovať ošetrovateľskú diagnózu sa vyvíjalo od začiatku 50. rokov 20. storočia a v historickom kontexte tak vzniklo viacero rozdielnych definícií. Najstaršia definícia vymedzuje ošetrovateľskú diagnózu ako „určenie charakteru a rozsahu ošetrovateľských problémov, ktoré vznikli u jednotlivca (rodiny, komunity), ktorému sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť“. Národná konferencia o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz z roku 1973 prijala jej definíciu ako „úsudku či záveru, ktorý vzniká ako výsledok anamnestického posúdenia“. Ďalšia definícia zdôrazňuje, že ošetrovateľská diagnóza „opisuje kombinácie znakov a symptómov, ktoré poukazujú na aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy, ktoré je sestra/pôrodná asistentka na základe svojho vzdelania a skúseností schopná, oprávnená a povinná liečiť“. Definícia z roku 1990 pomenúva ošetrovateľskú

¹⁰ Časopis je dostupný na <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/20473095>.

diagnózu ako „klinický záver o odpovediach jednotlivca (rodiny, komunity) na aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy či životný proces“. Je to záver, ktorý možno urobiť iba po starostlivom a systematickom procese zberu údajov vo fáze posúdenia. Formulácia ošetrovateľskej diagnózy je výsledkom diagnostického procesu. Tvorí základ pre výber ošetrovateľských intervencií na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra/pôrodná asistentka zodpovedná.

NANDA v roku 1987 prijala prvú klasifikáciu ošetrovateľských diagnóz pomenovanú ako **Taxonómia I** (na roky 1987-2000) a štruktúrovala ju do 9 vzorcov ľudských reakcií: Výmena, Komunikácia, Vzťahy, Voľba, Hodnoty, Pohyb, Pociťovanie, Vnímanie a Poznanie a v tejto podobe je dostupná v starších literárnych zdrojoch (napr. Doenges, Moorhouse 2001; Kozierová et al. 1995). Testovanie obsahu a štruktúry Taxonómie I v ošetrovateľskej praxi poukázalo na nízku mieru jej klinickej využiteľnosti, preto NANDA v roku 2000 predložila vyššiu verziu klasifikácie ošetrovateľských diagnóz **Taxonómiu II** (od roku 2000 doteraz) založenú na štruktúre a hierarchii 13 diagnostických domén: Podpora zdravia, Výživa, Vylučovanie a výmena, Aktivita/odpočinok, Percepcia/kognícia, Sebapercepcia, Rola-vzťahy/vzťahy medzi rolami, Sexualita, Koping/tolerancia stresu, Životné princípy, Bezpečnosť/ochrana, Komfort, Rast/vývin. Jej východiskom zostalo 11 funkčných vzorcov zdravia podľa Gordonovej a zachovanie prevažnej časti diagnóz z Taxonómie I. Týchto 13 domén NANDA-I je ďalej rozdelených do tried (zoskupení, ktoré zdieľajú spoločné atribúty) a každá trieda obsahuje relevantné ošetrovateľské diagnózy. NANDA-I Taxonómia II obsahuje klasifikáciu a kategorizáciu oblastí problémov v oblasti funkčnosti/dysfunkčnosti potrieb, na ktoré sa zameriava ošetrovateľská starostlivosť. Vyhovuje vytváraniu klinickej terminológie a má efektívnejšiu štruktúru aj pre potreby zaradenia do počítačovej databázy. Vývoj Taxonómie II nie je ukončený, naďalej pokračuje revízia a kontinuálna aktualizácia z dôvodu vytvorenia čo najpresnejšieho diagnostického systému pre ošetrovateľstvo, ktorý by bol analogický medicínskej medzinárodnej klasifikácii chorôb.

Štruktúra Taxonómie II¹¹ má tri úrovne: domény, triedy a ošetrovateľské diagnózy. **Doména** je praktický a zmysluplný súbor príbuzných fyziologických funkcií, anatomických štruktúr, činností, úloh alebo oblastí života. Každá doména obsahuje niekoľko diagnostických tried, pričom niektoré triedy zatiaľ diagnózy neobsahujú, čím sa vytvára priestor pre ich vývoj

¹¹ NANDA-I Taxonómia II revidovaná verzia pre roky 2021-2023 obsahuje 267 ošetrovateľských diagnóz zoskupených do 13 domén a 47 tried. Nie každá z ošetrovateľských diagnóz je vhodná pre diagnostiku ošetrovateľských problémov na každom type ošetrovacej jednotky v rôznych klinických odboroch. Do značnej miery závisí od kompetencií sestier/pôrodných asistentiek, čo môžu riešiť v rámci legislatívy jednotlivých štátov a sociokultúrneho kontextu spoločnosti.

a validáciu (testovanie platnosti diagnostických komponentov pre potreby ošetrovateľskej klinickej praxe).

Triedu možno charakterizovať ako skupinu javov so spoločnými znakmi zoskupených podľa istých kritérií a ktoré obsah domény špecifikujú (pozn. niektoré triedy ošetrovateľské diagnózy ešte neobsahujú, ale sú v štádiu vývoja).

Každá **ošetrovateľská diagnóza** je špecifikovaná podľa konkrétnych **diagnostických komponentov**, medzi ktoré patrí jej názov (vrátane číselného kódu), definícia, definujúce charakteristiky, súvisiace faktory, rizikové faktory, populácie v ohrození, súvisiace stavy¹². Definujúce charakteristiky, súvisiace faktory a rizikové faktory sú označené aj ako diagnostické indikátory, ktoré sa používajú k stanoveniu ošetrovateľskej diagnózy a rozlíšeniu ošetrovateľských diagnóz medzi sebou.

Názov diagnózy je stručný a výstižný pojem (jednoslovný, viacslovný), reprezentuje skladbu súvisiacich termínov prispievajúcich k jedinečnému názvu; je to hlavne ohnisko diagnózy (čo vyjadruje ľudskú reakciu, napr. zápcha) a deskriptor (nazvaný aj modifikátor, ktorý špecifikuje ohnisko diagnózy, napr. riziko). Každá diagnóza má pridelený 5-miestny číselný kód na jej identifikáciu pri používaní elektronického informačného systému; je však je dôležitý aj pri preklade taxonómie do národných jazykových verzí, čo slúži ako prevencia zámeny diagnózy (napr. 00015 Riziko zápchy; 00011 Zápcha).

Definícia diagnózy vyjadruje jasný, precízny opis ošetrovateľského problému, vymedzuje jej význam a pomáha pri odlíšení podobných diagnóz (napr. definícia ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha je občasné alebo ťažké vyprázdňovanie stolice).

Definujúce charakteristiky (DCH) sú pozorovateľné, merateľné objektívne a subjektívne údaje, ktoré tvoria prejavy (symptómy) diagnózy alebo syndrómu zameraného na problém. Identifikované definujúce charakteristiky sú ovplyvniteľné ošetrovateľskými intervenciami a taktiež vedú ku špecifikácii ich zamerania (napr. medzi definujúce charakteristiky ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha patrí bolesť brucha, nechutenstvo, zníženie frekvencie vylučovania stolice).

Súvisiace faktory (tiež nazývané etiologické faktory) (SF) sú integrálnou súčasťou všetkých na problém orientovaných ošetrovateľských diagnóz. Sú to údaje prispievajúce k reakciám alebo zapríčiňujú reakcie jednotlivca (rodiny, komunity). Súvisiace faktory predstavujú jeden alebo viacero faktorov prispievajúcich ku vzniku problému. Tieto faktory musia byť

¹² V originálnom znení Taxonómia II sú tieto pojmy uvedené nasledovne: Diagnosis Label (názov diagnózy), Definition (definícia), Defining Characteristics (definujúce charakteristiky), Related Factors (súvisiace faktory), Risk Factors (rizikové faktory), At-Risk Populations (rizikové populácie), Associated Conditions (súvisiace ťažkosti) (Herdman et al. 2021).

modifikovateľné ošetrovateľskými intervenciami a vždy, keď je to možné, by mali byť intervencie zamerané na tieto etiologické faktory so zámerom odstrániť základnú príčinu ošetrovateľskej diagnózy (napr. medzi súvisiace faktory ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha patrí slabosť brušných svalov, dehydratácia, nedostatočný príjem vlákniny, neadekvátne stravovacie návyky, potláčanie pocitu nutkania na defekáciu).

Rizikové faktory (RF) sú faktory (napr. environmentálne, fyzické, psychické, chemické), ktoré zvyšujú náchylnosť jednotlivca (rodiny, komunity) na nežiaducu reakciu. Tieto faktory musia byť modifikovateľné nezávislými ošetrovateľskými intervenciami a vždy, keď je to možné, by mali byť intervencie zamerané na tieto faktory (napr. medzi rizikové faktory ošetrovateľskej diagnózy 00015 Riziko zápchy patrí dehydratácia, obezita, nedostatok príjmu vlákniny).

Populácie s rizikom¹³ sú skupiny ľudí, ktorí majú sociodemografické charakteristiky, rodinnú anamnézu, štádiá rastu/vývinu, sú vystavení určitým udalostiam spôsobujúcim, že každý člen je náchylný na konkrétnu ľudskú reakciu. Sú to komponenty, ktoré sestra/pôrodná asistentka ošetrovateľskými intervenciami nemôže zmeniť (napr. medzi populácie s rizikom ošetrovateľskej diagnózy 00013 Hnačka patrí populácia vystavená toxínom či kontaminantom).

Súvisiace stavy¹⁴ obsahujú medicínske diagnózy, diagnostické/chirurgické výkony, medicínske/chirurgické prístroje/nástroje alebo farmaceutické prípravky. Sú to komponenty, ktoré sestra/pôrodná asistentka ošetrovateľskými intervenciami nemôže zmeniť (napr. medzi súvisiace stavy ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha patria hemoroidy, rektálny prolaps, tehotenstvo).

4.2 Typy ošetrovateľských diagnóz podľa NANDA-I

Na základe prítomnosti jednotlivých diagnostických indikátorov (definujúce charakteristiky, súvisiace faktory, rizikové faktory), NANDA-I rozlišuje nasledovné typy ošetrovateľských diagnóz: ošetrovateľské diagnózy zamerané na problém obsahujú definujúce charakteristiky a súvisiace faktory; diagnózy typu podpory zdravia majú zvyčajne iba definujúce charakteristiky; rizikové diagnózy majú len rizikové faktory a diagnózy typu syndróm majú definujúce charakteristiky s súvisiace faktory.

¹³ Populácie s rizikom môžu byť súčasťou ošetrovateľských diagnóz zameraných na problém a aj rizikových ošetrovateľských diagnóz. V diagnostickom procese sú chápané ako podporné informácie pre diagnostické uvažovanie.

¹⁴ Súvisiace ochorenia/stavy môžu byť súčasťou ošetrovateľských diagnóz zameraných na problém a aj rizikových ošetrovateľských diagnóz. V diagnostickom procese sú chápané ako podporné informácie pre diagnostické uvažovanie.

Ošetrovateľská diagnóza zameraná na problém je charakterizovaná ako klinický úsudok týkajúci sa nežiaducej ľudskej reakcie na zdravotné podmienky/životné procesy jednotlivca, opatrovateľa, rodiny, skupiny alebo komunity. Jej diagnostika je podmienená identifikáciou príslušných definujúcich charakteristík a súvisiacich faktorov stanovených NANDA-I.

Medzi diagnózy tohto typu patrí napr. Nedostatočný objem tekutín 00027, Neschopnosť zvládania záťaže v rodine 00073, Neefektívne zvládanie záťaže v komunite 00077.

Ošetrovateľská diagnostika typu podpora zdravia sa týka motivácie a túžby jednotlivca, opatrovateľa, rodiny, skupiny alebo komunity zvýšiť pohodu a aktualizovať svoj potenciál zdravia. Vyjadruje pripravenosť jednotlivca (rodiny, komunity) k zlepšeniu špecifického správania, napr. v oblasti výživy, pohybovej aktivity, redukcie alebo eliminácie abúзов a pod. Diagnóza môže byť použitá v akomkoľvek zdravotnom stave. Jej diagnostika je podmienená identifikáciou príslušných definujúcich charakteristík stanovených NANDA-I. Medzi takéto diagnózy patrí napr. Ochota posilniť výživu 00163, Ochota posilniť zvládanie záťaže v rodine 00075, Ochota posilniť zvládanie záťaže v komunite 00076.

Riziková ošetrovateľská diagnóza je klinický záver týkajúci sa náchylnosti na rozvoj nežiaducej ľudskej reakcie na zdravotné podmienky/životné procesy u jednotlivca, opatrovateľa, rodiny, skupiny alebo komunity. Jej diagnostika je podmienená identifikáciou príslušných rizikových faktorov stanovených NANDA-I. Medzi takéto diagnózy patrí napríklad Riziko pádu 00155, Riziko preťaženia opatrovateľa 00062.

Ošetrovateľská diagnostika typu syndróm (syndrémová ošetrovateľská diagnóza) sa týka špecifického zoskupenia ošetrovateľských diagnóz, ktoré sa vyskytujú spoločne a najlepšie sa riešia spoločne prostredníctvom podobných intervencií. Na diagnostikovanie tohto typu diagnózy musia byť prítomné definujúce charakteristiky a súvisiace faktory, ktoré sú súčasťou dvoch alebo viacerých ošetrovateľských diagnóz tvoriacich jej diagnostické komponenty. Medzi takéto diagnózy patrí napr. Syndróm chronickej bolesti 00255.

4. 3 Diagnostický proces

Diagnostika ošetrovateľských diagnóz prebieha ako diagnostický proces, ktorý sa skladá z jednotlivých na seba nadväzujúcich krokov od usporiadania a analýzy údajov o jednotlivcovi, až po formulovanie diagnostického záveru vrátane identifikovania rozporuplných, či neúplných údajov, ktoré treba objasniť a doplniť. V tomto procese je úzka prepojenosť medzi údajmi získanými vo fáze posúdenia so stanovením diagnostického záveru – ošetrovateľskej diagnózy.

Analýza údajov zahŕňa triedenie, usporiadanie, porovnanie údajov (získaných vo fáze posúdenia) s normou. Sestra na základe údajov uvažuje o tom, čo je pre jednotlivca problém, identifikuje možné riziká, ale aj silné stránky (napr. jeho potenciál pre podporu zdravia, riešenie dysfunkcie v potrebách). Získané údaje sa analyzujú vzhľadom na diagnostické komponenty ošetrovateľských diagnóz, o ktorých sa predpokladá, že vyjadrujú problém jednotlivca (rodiny, komunity). V ďalšom kroku sestra uvažuje o všetkých možných ošetrovateľských diagnózach, ktoré by mohli byť u jednotlivca stanovené. Je nesprávne, keď sestra v tomto kroku považuje diagnostiku za ukončenú, pretože predpokladané diagnózy musia byť v následnom kroku overované, to znamená hĺbkovú analýzu a potvrdenie alebo vylúčenie predpokladanej diagnózy na základe jednotlivých diagnostických komponentov (vrátane jej definície) z dôvodu rozlíšenia medzi podobnými diagnózami. Posledným krokom je **syntéza údajov** o jednotlivcovi do diagnostického záveru – ošetrovateľskej diagnózy a usporiadanie diagnostikovaných ošetrovateľských diagnóz podľa ich priority¹⁵.

Formulácia diagnostického záveru je založená na syntéze všetkých analyzovaných údajov, zahŕňa stanovenie a zápis ošetrovateľskej diagnózy. Diagnostický záver je možné zaznamenať podľa štandardnej štruktúry PES¹⁶. P-E-S je akronym, podľa ktorého sa zaznamenáva problém (P, názov diagnózy), etiológia (E, súvisiace faktory), symptómy (S, definujúce charakteristiky) v prípade ošetrovateľskej diagnózy zameranej na aktuálny problém alebo ako P-E v prípade ošetrovateľskej diagnózy týkajúcej sa rizika vzniku problému. Štruktúra P-E-S môže byť použitá ako pomôcka v diagnostickom procese nasledovne:

- **problém „P“:** zvýraznite v zápise z posudzovania tie symptómy, ktoré sú definujúce charakteristiky predpokladaných ošetrovateľských diagnóz; urobte si zoznam týchto dôležitých symptómov, zoskupte podobné symptómy, analyzujte a interpretujte symptómy, zodpovedajte si na otázku “Čo tieto symptómy znamenajú alebo reprezentujú, keď sú spolu?”, vyberte ošetrovateľskú diagnózu z NANDA-I Taxonómie II, ktorá obsahuje tieto definujúce charakteristiky a stav pacienta zodpovedá definícii tejto ošetrovateľskej diagnózy (napr. 00011 Zápcha),

¹⁵ Príklady diagnostického procesu sú uvedené v e-učebnici Tomagová, Žiaková et al. (2021) s názvom Ošetrovateľská diagnostika – prepojenie teórie a klinickej ošetrovateľskej praxe, dostupnej na <https://portal.ifmed.uniba.sk/clanky.php?aid=440>.

¹⁶ Štruktúra PES v diagnostickom procese a formulácii ošetrovateľskej diagnózy bola prvýkrát použitá M. Gordonovou, ktorá bola na pozícii prezidentky NANDA-I. Pojem „štruktúra PES“ sa v súčasných publikáciách NANDA-I nepoužíva, avšak zostáva i naďalej dobrou pomôckou vo výučbe procesu ošetrovateľskej diagnostiky (NANDA-I 2015; Ackley et al. 2022). Táto štruktúra je platná pre ošetrovateľské diagnózy klasifikačného systému NANDA-I a aj sesterské diagnózy zo Zoznamu sesterských diagnóz podľa Vyhlášky MZ SR č. 306/2005 Z.z.

- **etiológia „E“** („súvisiace s“): identifikujte v zápise údajov o pacientovi a zaznamenajte súvisiace faktory ktoré sú príčinnými alebo prispievajúcimi faktormi pre vznik problému pomenovaného ošetrovateľskou diagnózou v zhode s určenou ošetrovateľskou diagnózou z NANDA-I Taxonómia II (napr. medzi etiológiu, to znamená súvisiace faktory, ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha patrí slabosť brušných svalov, dehydratácia, nedostatočný príjem vlákniny, neadekvátne stravovacie návyky, potláčanie pocitu nutkania na defekáciu),
- **symptómy „S“** (definujúce charakteristiky): zaznamenajte definujúce charakteristiky – symptómy, ktoré ste zistili počas posudzovania a analyzovali pri identifikácii problému „P“ (napr. medzi symptómy, to znamená definujúce charakteristiky, ošetrovateľskej diagnózy 00011 Zápcha patrí bolesť brucha, nechutenstvo, zníženie frekvencie vylučovania stolice).

Zásadné charakteristiky ošetrovateľskej diagnózy ako diagnostického záveru sú nasledovné: vychádza z relevantných údajov získaných posúdením pacienta; je jasná a presná; vzťahuje sa na jeden problém pacienta, ktorý je sestra/pôrodná asistentka kompetentná riešiť, je špecificky zameraná na individualitu pacienta.

Ošetrovateľské diagnózy sa na konci diagnostického procesu zoradujú podľa priority (dôležitosti) a naliehavosti riešenia; prioritou sú samozrejme vždy život ohrozujúce stavy. Keď je stav pacienta stabilizovaný a nejde o akútnu situáciu, mali by byť priority stanovené v spolupráci s pacientom a tam, kde je to možné, aj s jeho rodinou či opatrovateľom.

V tabuľke 5 (na s. 39-40) pomenovávame časté chyby v diagnostickom procese a uvádzame aj konkrétne príklady týchto chýb.

Tabuľka 5 Chyby v diagnostickom procese

Chyba	Príklad
Potreba nebola posúdená, prípadne bola posúdená nedostatočne a z neúplnej databázy údajov je vyvodený diagnostický záver, ktorý nezodpovedá skutočnému stavu.	V zápise z posúdenia je neúplný údaj o bolesti: „pacient má niekedy stredne silnú bolesť v oblasti brucha“ na základe čoho je uvedená ošetrovateľská diagnóza Chronická bolesť.
V uspokojovaní potreby nebol zistený problém a napriek tomu je následne	V zápise z posúdenia spánku sa konštatuje, že spánok je fyziologický a preto, že je pacient

uvedená ošetrovateľská diagnóza, ktorá informuje o dysfunkcii v potrebe.	hospitalizovaný, sa mu automaticky uvedie v zdravotnej dokumentácii ošetrovateľská diagnóza Narušený spánok.
Názov ošetrovateľskej diagnózy je študentom vymyslený, nenachádza sa v klasifikačnom systéme ošetrovateľských diagnóz.	Riziko zápalu priedušiek Diskomfort Dehydratácia
Symptóm ošetrovateľskej diagnózy je považovaný za hlavný problém.	Stanovená ošetrovateľská diagnóza Únava a identifikovaný jej súvisiaci faktor (príčina) narušený spánok; plánované a realizované intervencie zamerané na redukciu únavy, avšak problém u pacienta pretrváva, pretože je potrebné realizovať intervencie zamerané na riešenie narušeného spánku; to je hlavný problém, ktorý sa prejavuje únavou.
Diagnostikovaná ošetrovateľská diagnóza vyjadrujúca aktuálne prítomný problém v potrebe, ale uvedené sú rizikové faktory ako diagnostické komponenty.	Stanovená ošetrovateľská diagnóza Nedostatočný objem tekutín a uvedené rizikové faktory „nedostatočné vedomosti o potrebe tekutín, prekážka zabráňujúca prístupu k tekutinám“ (ktoré nie sú súčasťou tejto ošetrovateľskej diagnózy).
Diagnostikovaná je ošetrovateľská diagnóza bez toho, aby bola rozdielnosť medzi dvomi diagnózami s podobnými definujúcimi charakteristikami a súvisiacimi faktormi, ale rozdielnymi definíciami.	Diagnostikovaná je ošetrovateľská diagnóza Nespavosť na základe prítomnosti definujúcich charakteristík „nespokojnosť so spánkom, ťažkosti so zaspávaním“ a súvisiaceho faktoru „bariéra v prostredí“ (čo sú tiež diagnostické komponenty diagnózy Porušený vzorec spánku), avšak stav pacienta nezodpovedal definícii ošetrovateľskej diagnózy Nespavosť, ale diagnózy Porušený vzorec spánku.

(archív autoriek)

4.4 Zoznam sesterských diagnóz

Vzhľadom k tomu, že NANDA Taxonómia je založená na anglo-amerických kultúrnych hodnotách, normách a „obraze zdravia a choroby“ v špecifickej kultúre, nie je možné ju automaticky aplikovať na podmienky slovenskej klinickej praxe. Na to, aby bolo možné využiť tento medzinárodne akceptovaný systém ošetrovateľských diagnóz v inom sociokultúrnom prostredí (teda aj v SR) je dôležité uskutočniť proces národnej validácie. Validácia ošetrovateľskej diagnózy znamená potvrdenie, že ošetrovateľská diagnóza presne odráža problém pacienta a tiež to, že k diagnostickému záveru sa dospelo na základe zozbieraných relevantných údajov¹⁷. Validácia vybraných ošetrovateľských diagnóz ukázala, že súbor slovenských a českých sestier nepovažoval všetky definujúce charakteristiky uvedené v NANDA-I za významné pre ich stanovenie. Rozdiely v identifikácii definujúcich charakteristík u sestier z rôznych krajín nie sú pri takýchto štúdiách ničím výnimočným. Môže to byť ovplyvnené odlišným rozsahom učiva, ktorý je danej problematike venovaný vo vzdelávaní sestier, rozsahom skúseností s daným problémom, ako aj odlišným chápaním koncepcie ošetrovateľskej diagnózy.

V SR sa klasifikačný systém NANDA-I Taxonómia II využíva predovšetkým pre potreby vzdelávania študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Zároveň slúžil ako východisko pre tvorbu **Zoznamu sesterských diagnóz** (2005), ktorý vypracovala pracovná skupina vytvorená pri MZ SR, avšak kódy a ani niektoré názvy sesterských diagnóz nie sú kompatibilné s klasifikačným systémom. Tento zoznam je platnou legislatívnou normou, používa sa v klinickej ošetrovateľskej praxi v SR (kód a názov sesterskej diagnózy sa zapisuje do zdravotnej dokumentácie pacienta v ústavnej starostlivosti) a je aj obsahom vzdelávacích kurikúl v odbore ošetrovateľstvo.

Podľa Vyhlášky MZ SR 306/2005 sa v slovenskej ošetrovateľskej praxi používa pojem sesterská diagnóza a Zoznam sesterských diagnóz. **Sesterská diagnóza** je „klinický záver o aktuálnej potrebe alebo potenciálnej potrebe, ošetrovateľskom probléme alebo stave osoby, rodiny alebo komunity, ktorý ovplyvňuje zdravotný stav a vyžaduje intervenciu špecifickú pre sestru alebo pôrodnú asistentku; ošetrovateľským problémom je akýkoľvek stav či situácia, v ktorej si osoba vyžaduje pomoc pri upevňovaní, podpore, udržiavaní či opätovnom získaní zdravia alebo pri zabezpečení pokojnej smrti“. Vyjadruje súčasný

¹⁷ Aj v Slovenskej a Českej republike boli realizované validačné štúdie ošetrovateľských diagnóz klasifikačného systému NANDA-I Taxonómia II (Žiaková et al. 2012), napríklad Strach (Zeleníková et al. 2012), Akútna bolesť (Zeleníková et al. 2014), Deficit objemu telových tekutín (Zeleníková, Žiaková 2012), Chronická zmätenosť (Tomagová, Bóriková 2011; Vörösová et al. 2013).

aktuálny problém (napr. S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene) alebo očakávaný potenciálny problém (napr. D 104 Riziko vzniku dekubitov).

Aktuálna sesterská diagnóza vyjadruje akúkoľvek zmenu zdravotného stavu pacienta (rodiny, komunity), vyžadujúcu riešenie v danom čase. Zaznamenáva sa trojzložkovou formuláciou, ktorá obsahuje problém, príčinu a príznaky.

Potenciálna sesterská diagnóza vyjadruje možnú zmenu zdravotného stavu, resp. rizikové faktory súvisiace s ochorením. Zaznamenáva sa dvojzložkovou formuláciou, ktorá obsahuje problém a jeho príčinu.

Sesterské diagnózy vyjadrujú problémy jednotlivca, ktoré je sestra/pôrodná asistentka kompetentná riešiť. Diagnózy sú zoradené podľa abecedy do jednotlivých kategórií, respektíve skupín na základe ich spoločnej charakteristiky. Tieto obsahujú najčastejšie diagnózy používané v ošetrovateľskej praxi a v praxi pôrodnej asistencie v SR. Ku každej diagnóze je priradený 4 miestny kód, ktorý pozostáva z písmena a čísla, pričom písmeno označuje príslušnú kategóriu (písmeno je totožné so začiatočným písmenom príslušnej kategórie, ktoré sú abecedne zoradené) a poradové číslo označuje konkrétnu sesterskú diagnózu. Číslovanie kódu sa vždy začína od čísla 100 pre jednoduchšie použitie v praxi. V Zozname sesterských diagnóz však absentujú ďalšie informácie k definícii diagnóz, popisu ich symptómov, etiológie, respektíve rizikových faktorov.

Sesterské diagnózy sú využiteľné vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení aj v domácom prostredí pacienta. Zoznam sesterských diagnóz bol zostavený z úmyslom riešiť nejednotnosť používania diagnóz v praxi v SR, a teda aj problém nejednotnosti vo vedení ošetrovateľskej časti zdravotnej dokumentácie pacienta. Zavedením kódov sa dokumentácia sprehladňuje, čo uľahčuje komunikáciu medzi sestrami/pôrodnými asistentkami. Diagnózy sa stanovujú v spolupráci s inou osobou, ako spoluúčastníkom pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti či starostlivosti pôrodnej asistencie s určitou mierou zodpovednosti za svoje zdravie, podľa poradia naliehavosti v riešení jej problémov, podľa stavu ohrozujúceho život a podľa želateľného výsledku. Sesterská diagnóza poskytuje základ pre plánovanie a výber intervencií na dosiahnutie výsledkov, za ktoré je sestra/pôrodná asistentka zodpovedná.

V Tabuľke 6 (s. 42) na príklade vybraných ošetrovateľských diagnóz poukazujeme na rozdiely medzi NANDA-I Taxonómia II a Zoznamom sesterských diagnóz.

Tabuľka 6 Príklad rozdielu medzi štruktúrou NANDA-I Taxonómia II a Zoznamom sesterských diagnóz

NANDA-I Taxonómia II	Zoznam sesterských diagnóz
4. Doména Aktivita/odpočinok Produkcia, uchovanie, spotreba alebo rovnováha zdrojov energie.	Štruktúru zoznamu sesterských diagnóz netvorí domény.
Trieda Spánok/odpočinok: spánok, oddych, pokoj, uvoľnenie alebo inaktivita.	Kategória S 140-149 Spánok nemá uvedenú charakteristiku.
00095 Nespavosť Definícia: Narušenie množstva a kvality spánku, ktoré zhoršuje fungovanie.	S 140 Narušený spánok Definícia nie je uvedená.
Definujúce charakteristiky: napr. časté prebúdzanie, nedostatok energie, nespokojnosť so spánkom.	Definujúce charakteristiky (symptómy) nie sú uvedené.
Súvisiace faktory: napr. fyzické nepohodlie, nevhodná hygiena spánku.	Súvisiace faktory (etiologické faktory) nie sú uvedené.

(podľa Herdman et al. 2021; Vyhláška MZ SR 306/2005)

4.5 Prepojenie NANDA-I Taxonómie s inými klasifikačnými systémami

Vzhľadom k snahe vytvoriť štandardizovaný, unifikovaný ošetrovateľský jazyk a poskytnúť ošetrovateľskej praxi na medzinárodnej úrovni úplný systém klasifikácie ošetrovateľských fenoménov vznikla **Aliancia NNN** (NNN Allianza¹⁸) ako prepojenie troch samostatne existujúcich klasifikačných systémov: ošetrovateľských diagnóz (NANDA-I), ošetrovateľských intervencií (NIC) a ošetrovateľských výsledkov (NOC).

¹⁸ Okrem Aliancie NNN sú aj ďalšie snahy o zjednotenie terminológie v ošetrovatelstve, ako napríklad Medzinárodná klasifikácia ošetrovateľskej praxe (International Classification for Nursing Practice, ICNP), ktorá vytvára a zjednocuje terminológiu v ošetrovatelstve ako polyhierarchická, osemosová klasifikácia obsahujúca ošetrovateľské javy (fenomény), ošetrovateľské intervencie a výsledky. Medzi ciele ICNP, ktoré boli vytýčené Medzinárodnou radou sestier (ICN, ktorej členom je aj SR) patrí: vytvoriť spoločný jazyk ošetrovateľskej praxe s cieľom zlepšiť komunikáciu medzi sestrami/pôrodnými asistentkami a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, opísať ošetrovateľskú starostlivosť o jednotlivca (rodinu, komunitu) v rôznych inštitucionálnych a neinštitucionálnych zariadeniach, umožniť porovnávanie ošetrovateľských údajov, podporovať ošetrovateľský výskum prostredníctvom zdravotníckych vrátane ošetrovateľských informačných systémov.

Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií¹⁹ (Nursing Interventions Classification, NIC) je charakterizovaný ako súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií (a pod ne spadajúce ďalšie činnosti), ktoré uskutočňuje sestra/pôrodná asistentka. Intervencia je v klasifikačnom systéme definovaná ako súbor činností založených na klinickom hodnotení a vedomostiach, ktoré sestra/pôrodná asistentka uskutočňuje na dosiahnutie želaných výsledkov u pacienta. NIC môže byť využiteľný v rôznych oblastiach ošetrovateľskej praxe (intenzívna starostlivosť, domáca starostlivosť, hospicová, komunitná starostlivosť). Každá intervencia v NIC obsahuje nasledovné komponenty: názov, kód, definíciu a jednotlivé činnosti na poskytnutie starostlivosti v rámci príslušnej intervencie. Organizačná štruktúra NIC je jednoduchá, reflektuje ošetrovateľskú prax a výskum, používa štandardizovanú terminológiu, intervencie systematicky označuje, pomenúva a triedi do hierarchického systému (domény, triedy, konkrétne intervencie).

Klasifikačný systém ošetrovateľských výsledkov²⁰ (Nursing Outcomes Classification, NOC). Systematicky ich označuje, triedi a usporadúva do hierarchického systému. Vznikol z potreby preukázať efektivitu ošetrovateľských intervencií. Konkrétne výsledky (indikátory) sú zaradené do domén a tried a sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia podľa škály Likertovho typu (1-5). Čas, kedy by mali byť výsledky vyhodnocované, nie je špecifikovaný, minimálne sa však požaduje, aby sa meranie uskutočnilo na začiatku a na konci starostlivosti. Ošetrovateľský výsledok sa podľa klasifikačného systému ošetrovateľských výsledkov vzťahuje na „merateľný stav jednotlivca, rodiny alebo komunity, správanie alebo vnímanie, ktoré sa meria v rámci kontinua v reakcii na ošetrovateľské intervencie“. NOC je jedným z príkladov štandardizovaného ošetrovateľského jazyka, ktorý možno použiť pri plánovaní starostlivosti na vyjadrenie výsledkových meraní súvisiacich s ošetrovateľskou diagnózou.

V rámci Aliancie NNN sú jednotlivé ošetrovateľské diagnózy klasifikačného systému NANDA prepojené s ošetrovateľskými výsledkami klasifikačného systému NOC a intervenciami klasifikačného systému NIC. Klasifikačné systémy NANDA, NIC a NOC vychádzajú z jednotného trojúrovňového organizačného základu, založenom na štruktúre domén, tried a jednotlivých fenoménov (diagnóz, výsledkov a intervencií). Aliancia NNN vznikla v roku 2000 a na prvej konferencii v roku 2001 bol zostavený návrh spoločnej taxonomickej štruktúry NANDA, NIC a NOC. V roku 2003 bola publikovaná NNN Taxonómia ošetrovateľskej praxe (NNN Taxonomy of Nursing Practice). Obsahuje 4 domény

¹⁹ Nie je preložený do slovenského jazyka, v podmienkach klinickej praxe SR nie je používaný.

²⁰ Nie je preložený do slovenského jazyka, v podmienkach klinickej praxe SR nie je používaný.

(funkčnú, fyziologickú, psychosociálnu a doménu týkajúcu sa prostredia), ktoré sú ďalej vnútorne členené na triedy. Každá trieda obsahuje jednotlivé ošetrovateľské diagnózy z NANDA-I, intervencie z NIC a výsledky z NOC. Na ilustráciu je v Tabuľke 7 (na s. 45-49) ukážka prepojenia klasifikačných systémov Aliancie NNN pre vybranú ošetrovateľskú diagnózu.

Tabuľka 7 Príklad prepojenia klasifikačných systémov Aliancie NNN

NANDA-I Taxonómia II

00026 Nadmerný objem tekutiny

2. doména: Výživa

5. trieda: Hydratácia

Definícia: Nadmerné zadržiavanie tekutín

Definujúce charakteristiky:

Vedľajšie dychové fenomény

Zmenený krvný tlak

Zmenený mentálny stav

Zmenený tlak v pľúcnici

Zmenený vzorec dýchania

Zmenená špecifická hmotnosť moču

Úzkosť

Azotémia

Znížená hladina hematokritu v sére

Znížená hladina hemoglobínu v sére

Edém

Hepatomegália

Zvýšený centrálny venózný tlak

Príjem tekutín prevyšuje výdaj

Zvýšená náplň krčnej žily

Oligúria

Pleurálny výpotok

Pozitívny hepatojugulárny reflex

Prítomnosť tretej srdcovej ozvy S3

Psychomotorická agitácia

Pľúcna kongescia

Prírastok na hmotnosti počas krátkeho obdobia

Súvisiace faktory:

Nadmerný príjem tekutín

Nadmerný príjem sodíka

Neefektívny selfmanažment medikácie

Pridružené stavy/ťažkosti / okolnosti:

Odchýlky ovplyvňujúce vylučovanie tekutín

Farmaceutické prípravky

NIC

4120 Manažment tekutín

Definícia: Podpora rovnováhy tekutín a prevencia komplikácii z abnormálnej alebo nežiaducej úrovne tekutín

Intervencie:

Denne monitorovať hmotnosť pacienta

Počítať alebo vážiť plienky

Monitorovať príjem a výdaj tekutín

Zaviesť močový katéter, ak je to vhodné

Monitorovať stav hydratácie (mukózne membrány, pulz, krvný tlak

Monitorovať laboratórne výsledky súvisiace s retenciou tekutín (napr. zvýšená merná hmotnosť moču, zvýšená osmolalita moču, znížený hematokrit)

Monitorovať hemodynamický stav, vrátane CVT

Monitorovať vitálne funkcie

Monitorovať indikátory nadbytku tekutín (praskavé fenomény na pľúcach, náplň krčných žíl, ascites)

Monitorovať hmotnosť pacienta pred a po dialýze

Posudzovať lokalizáciu a rozsah opuchov

Podávať predpísanú i.v. terapiu

Monitorovať nutričný stav

Podávať tekutiny, ak je to vhodné

Podávať predpísané diuretiká

Podporovať orálny príjem tekutín

Poučiť pacienta v prípade ordinácie „nič per os“

Zaviesť nazogastrickú sondu, ak je to vhodné

Rozdeliť 24-hodinový príjem tekutín

Monitorovať pacientove odpovede na predpísanú elektrolytovú terapiu

Konzultovať s lekárom pretrvávajúce alebo zhoršujúce sa symptómy nadbytku tekutín

Pripraviť čerstvú mrazenú plazmu

4130 Monitoring tekutín

Definícia: Zber a analýza pacientových údajov na reguláciu rovnováhy tekutín

Intervencie:

Posúdiť návyky pri prijíme a vylučovaní tekutín

Posúdiť pravdepodobné rizikové faktory nerovnováhy tekutín (napr. popáleniny, malnutícia, sepsa, nefrotický syndróm, hypertermia, terapia diuretikami, zlyhanie srdca, potenie, dysfunkcia pečene, infekcia, pooperačný stav, polyúria, vracanie, hnačka)

Posúdiť, či mal pacient smäd alebo symptómy pri zmene tekutín (napr. závrat, mentálne zmeny, iritabilita, zášklby)

Vyšetriť kapilárny návrat

Vyšetriť kožný turgor

Monitorovať hmotnosť

Monitorovať príjem a výdaj tekutín

Monitorovať elektrolyty a albumín v sére

Monitorovať osmolalitu moču

Monitorovať krvný tlak, pulz a dýchanie

Monitorovať invazívne hemodynamické parametre

Dokumentovať epizódy inkontinencie

Odstrániť mechanické problémy s močovým katétrom (napr. zalomenie, upchatie)

Monitorovať mukózne membrány, turgor kože, smäd

Monitorovať farbu, kvantitu a špecifickú hmotnosť moču

Monitorovať náplň krčných žíl, pľúcne fenomény, periférny opuch, zmeny hmotnosti, ascites)

Rozdeliť tekutiny v rámci reštrikčného pitného režimu

Podat' medikáciu podľa ordinácie na zvýšenie výdaja moču

4170 Manažment hypervolémie

Definícia: Redukcia extracelulárneho a/alebo intracelulárneho objemu tekutín a prevencia komplikácii z preťaženia obehu.

Intervencie:

Pacienta denne vážiť a monitorovať zmeny

Monitorovať hemodynamické parametre

Monitorovať dychový vzorec a symptómy pľúcneho opuchu (napr. úzkosť, dyspnoe, ortopnoe, tachypnoe, spenené spútum, skrátený dych)

Monitorovať pľúcne fenomény a srdcové ozvy

Monitorovať náplň krčných žíl

Monitorovať periférny opuch

Monitorovať laboratórne nálezy (napr. sodík, albumín, hematokrit, špecifickú hmotnosť moču)

Monitorovať príjem a výdaj tekutín

Podat' medikáciu podľa ordinácie (napr. diuretiká, morfin, nitroglycerin)

Monitorovať nežiaduce účinky (napr. dehydratácia, hypotenzia, tachykardia, hypokalémia)

I.v. terapiu (infúzne roztoky, krvné prípravky) podávať pomaly ako prevenciu rýchleho zvýšenia preload

Uložiť pacienta do zvýšenej polohy na podporu ventilácie

Monitorovať hmotnosť pacienta pred a po dialýze

Častejšie polohovať pacienta s dependentným opuchom

Monitorovať kožu u imobilného pacienta s dependentným opuchom

Poučiť pacienta / rodinu o monitorovaní príjmu a výdaja tekutín

Poučiť pacienta / rodinu o reštrikcii príjmu sodíka

NOC**0602 Hydratácia**

Definícia: Adekvátne množstvo vody v intracelulárnom a extracelulárnom priestore tela.

Hodnotenie na škále:

1 – ťažký neuspokojivý stav

2 – podstatne neuspokojivý stav

3 – stredne neuspokojivý stav

4 – mierne neuspokojivý stav

5 – optimálny stav

Indikátory:

060201 Turgor kože

060202 Vlhkosť mukózných membrán

060215 Príjem tekutín

060211 Výdaj moču

060216 Hladina sodíka v sére

(podľa Herdman et al. 2021; Butcher et al. 2018; Moorhead et al. 2018)

? **Kontrolné otázky**

Ako je charakterizovaná druhá fáza ošetrovateľského procesu diagnostika?

V akých krokoch prebieha diagnostický proces?

Ako je definovaný pojem ošetrovateľská diagnóza?

Aký je význam klasifikačného systému NANDA-I Taxonómia II pre diagnostický proces?

Ktoré typy ošetrovateľských diagnóz sú zahrnuté do klasifikačného systému NANDA-I Taxonómia II?

V čom sú rozdiely medzi klasifikačným systémom NANDA-I Taxonómia II a Zoznamom sesterských diagnóz podľa Vyhlášky MZ SR 306/2005?

5 PLÁNOVANIE

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- charakterizovať 3. fázu ošetrovateľského procesu – plánovanie,
- popísať proces plánovania ošetrovateľskej starostlivosti,
- pomenovať časté chyby v plánoch ošetrovateľskej starostlivosti.

Po stanovení ošetrovateľskej diagnózy sestra/pôrodná asistentka vypracuje individuálny plán starostlivosti. Plánovanie je proces vytýčenia ošetrovateľských stratégií, intervencií, s cieľom prevencie, redukcie, eliminácie pacientových problémov (vyjadrených vo formulácii ošetrovateľských diagnóz). Táto fáza je nevyhnutná na dosiahnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Je to proces rozhodovania a navrhovania riešenia problémov. Pri plánovaní ošetrovateľskej starostlivosti, tak isto ako pri všetkých fázach ošetrovateľského procesu, je žiadúce kritické myslenie, ktoré je charakterizované ako aktívny proces zahŕňajúci analýzu, syntézu, kreativitu, tvorivosť, rozvážnosť, otvorenosť, originalitu, flexibilitu, aktívne vyhľadávanie dôkazov, organizovaný prístup k problémom, hodnotenie a interpretáciu informácií o jednotlivcovi, ale aj využitie skúseností a reflexiu klinickej praxe. Kritické myslenie je komplexný, cieľavedomý proces, ktorý má špecifické vlastnosti odlišujúce ho od typického riešenia problémov a vyjadrenia vlastného názoru na tieto problémy. Medzi tieto patrí hlavne schopnosť opísať, ako sa dospelo k záveru, podloženie záverov explicitnými údajmi a odôvodnením.

Východiskom pre plánovanie je komplex údajov zistených v posudzovaní, následne formulované ošetrovateľské diagnózy, lekárska diagnóza a terapeutický plán, súčasné poznatky o ošetrovateľskej starostlivosti, platná legislatíva, normy usmerňujúce ošetrovateľskú prax a štandardy ošetrovateľskej starostlivosti.

Fáza plánovania zahŕňa nasledovné súčasti/kroky:

- vytýčenie priorít ošetrovateľských diagnóz,
- formuláciu cieľov a výsledných kritérií,
- plánovanie ošetrovateľských intervencií,
- zostavenie písomného plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

5.1 Vytýčenie priorít ošetrovateľských diagnóz

Vytýčenie priorít znamená určenie preferenčného poradia ošetrovateľských diagnóz na základe naliehavosti ich riešenia, aby bolo možné zamerať starostlivosť na vyriešenie týchto problémov alebo zníženie ich závažnosti, prípadne redukciu rizika výskytu závažného problému (napr. rizika krvácania, rizika samovraždy). Vysokú prioritu majú napríklad ošetrovateľské diagnózy vyjadrujúce problémy ohrozujúce život (kardiovaskulárne, respiračné, neurologické funkcie), neuspokojené fyziologické potreby. Strednú prioritu majú problémy ohrozujúce zdravie a nízku prioritu potreby týkajúce sa rozvoja osobnosti. Na stanovenie priorít a poradia ošetrovateľských diagnóz môže pomôcť Maslowova hierarchia ľudských potrieb. V klinickej praxi je prioritou riešenia jednotlivých ošetrovateľských diagnóz priradovaná aj vzhľadom na variabilitu stavu pacienta a priority jeho terapeutického plánu.

5.2 Formulácia cieľov a výsledných kritérií

Formulácia cieľov a výsledných kritérií sa realizuje z dôvodu usmerňovania výberu intervencií zameraných na dosiahnutie konečného výsledku ošetrovateľskej starostlivosti – na navrátenie, udržiavanie alebo upevňovanie zdravia, riešenie aktuálnych a prevenciu potenciálnych problémov. Ciele a príslušné výsledné kritériá vyjadrujú želateľnú zmenu v stave jednotlivca (rodiny, komunity) v realistických a merateľných termínoch s časovým ohraničením ich dosiahnutia.

Cieľ (C) je charakterizovaný ako želateľný, žiaduci a reálny výsledok, ako dosiahnuteľná zmena v zdravotnom stave jednotlivca po realizácii ošetrovateľskej intervencie (ošetrovateľskej starostlivosti). V podstate konkretizuje výsledok ošetrovateľskej starostlivosti u jednotlivca (rodiny, komunity). Vychádza z jeho problému a konkretizuje aj časové hľadisko dokedy má byť problém vyriešený. Na základe časového horizontu reálneho dosiahnutia, naplnenia sa ciele delia na krátkodobé a dlhodobé.

Krátkodobé ciele môžu byť splnené do jednej alebo niekoľkých hodín, resp. dní. Príklady formulácie krátkodobých cieľov:

Pacient bude mať spánok upravený do 8 dní.

Pacient bude mať fyziologickú stolicu do 3 dní.

Pacient bude mať bolesť zmiernenú do 1 hodiny.

Pozn. Prípustné sú aj iné formulácie cieľov, napríklad:

Pacient má spánok upravený do 8 dní.

Spánok je upravený do 8 dní.

Dlhodobé ciele sú vhodné pre pacientov s chronickým ochorením pri dlhodobej hospitalizácii, domácej starostlivosti, rekonvalescencii, rehabilitácii. Príklady formulácie dlhodobých cieľov:

Pacient bude mať adekvátny nutričný príjem.

Pacient bude mať stabilizovanú hmotnosť.

Pacient bude tolerovať pohybovú aktivitu po schodoch.

Výsledné kritérium (VK) je vyjadrenie o špecifických, pozorovateľných a merateľných odpovediach jednotlivca (rodiny, komunity) v spojitosti s poskytnutými ošetrovateľskými intervenciami. Bližšie špecifikuje, konkretizuje cieľ, usmerňuje výber ošetrovateľských intervencií, poskytuje časový limit na plánované aktivity. Je merateľný a konkrétny a v poslednej fáze ošetrovateľského procesu – vo vyhodnotení sa používa ako hodnotiaci ukazovateľ a umožňuje určiť, kedy bude problém vyriešený. Počet výsledných kritérií nie je pevne stanovený (všeobecne platí počet 3-6), sestra/pôrodná asistentka sama zváži, či ňou navrhnutý počet dostatočne špecifikuje všeobecnejší cieľ.

Pri formulácii cieľov a VK charakterizujeme, ak je to možné:

- subjekt (kto cieľ dosiahne: jednotlivec, rodina, komunita – komu je starostlivosť poskytovaná; pričom pojem pacient sa pri zápise do dokumentácie nemusí neustále opakovať,
- činnosť vyjadrenú špecifickým slovesom²¹,
- podmienky, za akých sa činnosť vykoná, v akej miere,
- časový rámec (kedy, koľkokrát denne, ako často).

Príklady formulácie VK:

Pacient zaspí približne do 30 minút po uložení na lôžko.

Hmotnosť pacienta sa zvýši o 0,5 kg za týždeň.

Pacient defekuje 1x za 24 hodín stolicu fyziologickej konzistencie.

Pacient uvádza zmiernenie bolesti do 1 hodiny.

Pri zápise cieľov a výsledných kritérií môže byť užitočný akronym **SMART**, čo znamená, že cieľ má byť špecifický (S, specific), merateľný (M, measurable), dosiahnuteľný (A, attainable), reálny (R, realistic) a načasovaný (T, timed). V Tabuľke 8 (na s. 53-55) uvádzame príklady nesprávne stanovených cieľov a výsledných kritérií.

²¹ Pri formulovaní výsledných kritérií je potrebné používať slovesá, ktoré sú merateľné a jednoznačne interpretované, napr. sedieť, umyť, vymenovať, defekovať, dýchať. Nepoužívame tzv. mnohoznačné slovesá, napr. vedieť, pochopiť, mať, dávať, uvedomovať si, poznať, rozumieť, domnievať sa, chápať.

Tabuľka 8 Príklady chybného zápisu cieľov a výsledných kritérií

Chyba	Nesprávna formulácia	Správna formulácia
Cieľ a VK sú totožné	C: pacient bude oznamovať zmiernenie bolesti	C: pacient bude mať bolesť zmiernenú do 3 hodín ²²
	VK: pacient uvádza zmiernenie bolesti	VK: pacient uvádza zmiernenie bolesti na VAS škále 0-10 z hodnoty 8 na 5
Miesto cieľa a VK je uvedená intervencia sestry, ktorá vedie k jeho dosiahnutiu	C: polohovať pacienta počas trvania imobility	C: u pacienta nevzniknú dekubity počas trvania imobility
	VK: pacient má zabezpečené bezpečné prostredie (má zabezpečenú hrazdičku)	VK: pacient pri pohybe na lôžku správne používa hrazdičku
Cieľ je nereálny vzhľadom na klinický stav pacienta	C: pacient bude mať odstránenú chronickú bolesť	C: pacient bude mať chronickú bolesť redukovanú do 5 dní po nastavení analgetickej liečby
Cieľ a výsledné kritériá je uvedené nekonkrétnymi („nemerateľnými“) pojmami	C: pacient pochopí význam zmeny stravovacích návykov	C: pacient sa stravuje podľa odporúčanej diéty č. 10
	VK: pacient pozná potraviny s vysokým obsahom tukov	VK: pacient vymenuje minimálne 8 potravín s vysokým obsahom tukov
	VK: pacient si uvedomuje význam francúzskej barle pri chôdzi	VK: pacient správne pomenuje význam francúzskej barle pri jeho chôdzi
V jednom cieli sú uvedené žiadúce zmeny týkajúce sa	C: pacient bude mať zmiernenú bolesť a aj	C: pacient bude mať bolesť zmiernenú do 2 hodín

²² Údaje týkajúce sa časového hľadiska, do ktorého má byť cieľ splnený, závisia od klinického stavu, veku, liečby, spolupráce pacienta, preto je nevhodné automaticky ich prepisovať do plánov ošetrovateľskej starostlivosti o konkrétného pacienta.

viacerých dysfunkčných potrieb pacienta	upravený spánok	C: pacient bude mať spánok upravený do 7 dní
Výsledné kritérium je uvedené neúplne	VK: pacient má turgor	VK: pacient bude mať fyziologický turgor kože do 24 hodín
	VK: pacient má vlhké sliznice	VK: pacient má vlhké sliznice dutiny ústnej do 24 hodín
Použitie neodbornej terminológie pri formulácii cieľov a výsledných kritérií	C: pacient bude zavodený do 24 hodín	C: pacient bude fyziologicky hydratovaný do 24 hodín
	VK: pacient bude mať turgor kože spevnený	VK: pacient bude mať fyziologický turgor kože do 24 hodín
Cieľ a výsledné kritériá sú formulované nereálne a bez rešpektovania individuálnych charakteristík pacienta	C: u pacienta nie je prítomný pocit strachu z operácie	U seniorov nie je vhodné vzhľadom na fyziologické zmeny kože vedúce k zníženému turgoru kože, uvádzať tento ako objektívny parameter pre hodnotenie ich hydratácie
Výsledné kritérium nie je uvedené v súlade s cieľom	C: Pacient do konca hospitalizácie nespadne	Ak sestra plánuje, že pacient nespadne, nemôže zároveň uviesť, že pacient má hlásiť pád
	VK: Pacient hlási pád v prípade jeho vzniku	
Dosiahnutie výsledného kritéria trvá dlhšie ako dosiahnutie cieľa (ktoré výsledné kritérium bližšie	C: Pacient bude fyziologicky hydratovaný do 24 hodín	C: Pacient bude fyziologicky hydratovaný do 24 hodín

špecifikuje)	VK: pacient bude mať fyziologickú hustotu moču do 3 dní	VK: pacient bude mať fyziologickú hustotu moču do 24 hodín
Ako výsledné kritérium je uvedená činnosť pacienta, ktorú si samostatne počas hospitalizácie nezabezpečuje	VK: pacient počas hospitalizácie užíva mukolytikum podľa ordinácie lekára	Neuvádza sa ako výsledné kritérium
Výsledné kritérium vyjadruje lekárom plánované vyšetrenie (archív autoriek)	VK: pacient pôjde na vyšetrenie mozgu	Neuvádza sa ako výsledné kritérium

5.3 Plánovanie ošetrovateľských intervencií

Plánovanie ošetrovateľských intervencií nadväzuje sa stanovenie cieľa ošetrovateľskej starostlivosti a výsledných kritérií, vo všeobecnosti je zamerané na prevenciu, redukciu a/alebo odstránenie pacientových zdravotných problémov. Výber ošetrovateľských intervencií do plánu ošetrovateľskej starostlivosti je rozhodovacím procesom, ktorý ovplyvňujú nasledovné podmienky: intervencia zodpovedá pacientovmu veku, jeho zdravotnému stavu, potrebám, hodnotám; musí byť bezpečná; v súlade s právami pacienta; zlučiteľná s inými liečebnými metódami; v zhode s legislatívou SR; založená na vedomostiach a klinických skúsenostiach sestry/pôrodnej asistentky; založená na vedeckých dôkazoch; v zhode s klinickými odporúčanými postupmi²³.

Ošetrovateľské intervencie sa zaznamenávajú v pláne v logickom a chronologickom poradí; konkrétne a reálne vzhľadom na stav jednotlivca, materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho pracoviska, ordinovanú liečbu; s uvedením času plánovanej realizácie a osoby zodpovednej za realizáciu. Zápis každej intervencie by mal obsahovať 5 súčastí: dátum naplánovania, sloveso vyjadrujúce činnosť, špecifikáciu predmetu činnosti (kde a čo urobiť), časový prvok (kedy, ako dlho, ako často sa má činnosť vykonávať) a podpis. Podpisom

²³ Klinický odporúčaný postup je jednou z možností, ako uplatniť výsledky výskumných štúdií v ošetrovateľskej starostlivosti, pretože poskytujú súhrn dôkazov, zhodnotenie ich kvality a odporúčanie pre ich implementáciu do klinickej praxe.

sestra/pôrodná asistentka potvrdzuje zodpovednosť za plánovanú intervenciu. Plány ošetrovateľskej starostlivosti je nutné aktualizovať vzhľadom k zmenám v stave jednotlivca²⁴. Príklady zápisu ošetrovateľskej intervencie s dôrazom na činnosť, jej špecifikáciu a časový prvok:

- monitorovať TK 3x denne
- pred raňajkami realizovať toaletu bronchiálneho stromu
- aplikovať 1 amp. Tramal i.m. podľa ordinácie lekára
- popoludní 30 minút precvičiť chôdzu s pacientom po oddelení
- monitorovať vyprázdňovanie stolice od vypitia roztoku Fortrans do kolonoskopie
- každý pondelok monitorovať hmotnosť (pred raňajkami, po vyprázdnení, v pyžame, bez obuvi).

V Tabuľke 9 (na s. 56-58) uvádzame niekoľko príkladov nesprávne zapísaných plánovaných ošetrovateľských intervencií a zároveň poukazujeme aj na ich korekciu.

Tabuľka 9 Príklady chybného zápisu plánovaných intervencií

Chyba	Nesprávny zápis	Správny zápis
Plánované je vstupné posudzovanie potrieb pacienta	Zistiť bežný spánkový režim pacienta	Posúdenie potreby spánku sa realizuje v 1. fáze ošetrovateľského procesu, nejde o intervenciu v pravom slova zmysle; priebežné (opakované) posúdenie spánkového režimu sa realizuje pri jeho dysfunkcii
Plánovaná intervencia nie je v kompetencii sestry/pôrodnej asistentky	Odoslať pacienta na konzultáciu so psychológom Odporučiť pacientke operáciu bedrového kĺbu pre zmiernenie bolesti	Intervencia, ktorá nie je v zhode s kompetenciami sestry/pôrodnej asistentky nemôže byť plánovaná

²⁴ V klinickej praxi v SR sa do dekurzu ošetrovateľskej starostlivosti písomný plán nepíše, zapisujú sa iba realizované intervencie.

Intervencia nie je v zhode alebo je kontraindikovaná s terapeutickým plánom	<p>Lekár ordinuje 24 hod. pokoj na lôžku po zákroku, ale sestra plánuje sprevádzať pacienta pri chôdzi po izbe a oddelení</p> <p>Pacient má ordinovanú diétu číslo 9, ale sestra plánuje zvýšiť príjem vlákniny prostredníctvom zvýšeného príjmu ovocia (napr. jablká, hrušky, hrozno)</p>	Intervencia, ktorá nie je v zhode s terapeutickým plánom nemôže byť plánovaná
Intervencia nie je v zhode s klinickým stavom pacienta	<p>Edukovať pacientku o rôznych relaxačných technikách/cvikoch (pričom pacientka má vážne narušené kognitívne funkcie)</p> <p>Vysvetliť pacientke, aby dušnosť prekonávala zvýšeným pohybom</p>	Intervencia, ktorá nie je v zhode s klinickým stavom pacienta nemôže byť plánovaná, pretože môže viesť k zhoršeniu jeho stavu, vzniku komplikácii, ublíženiu pacientovi
Intervencia je plánovaná ako úloha pre pacienta	Pacient sa váži 1x týždenne (v pondelok pred raňajkami, nalačno, po vyprázdnení)	Monitorovať hmotnosť pacienta 1x týždenne (v pondelok pred raňajkami, nalačno, po vyprázdnení, v pyžame)
Jedna rovnaká intervencia je zapísaná v pláne rôznym spôsobom	<p>V rámci hygieny spánku zabezpečiť vonkajšie prostredie,</p> <p>vyvetrať miestnosť pred spaním,</p> <p>upraviť lôžko pacienta pred spaním</p>	Zabezpečiť úpravu prostredia pred spaním (vyvetrať izbu, upraviť lôžko)

V zápise intervencie je použitá slangová (neodborná) terminológia	Ošetriť ranu na dolnej končatine podľa kožiara 1x denne	Ošetriť ranu v oblasti predkolenia podľa ordinácie 1x denne (ráno, po celkovej toalete pravej dolnej končatiny)
	Pacientovi dať bažanta k lôžku	Pripraviť močovú fľašu k lôžku pacienta
Intervencia je zapísaná bez konkrétnej špecifikácie	Podporovať nezávislosť pri sebaopatre počas umývania	Pred rannou/večernou toaletou pripraviť pomôcky na hygienickú starostlivosť ku lôžku pacienta
	Merat' vitálne funkcie	Merat' TK, P 3x denne
	Konzultácia s fyzioterapeutom	O 10,00 hod. konzultovať s fyzioterapeutom nácvik sedu pacientky
Ošetrovateľská intervencia je súčasťou práv pacienta, ktoré musia byť rešpektované aj bez plánovania	Rešpektovať súkromie pacientky Správať sa k pacientke počas jej kŕmenia pokojne	Rešpektovanie práv pacienta je nevyhnutnou súčasťou realizácie akejkoľvek ošetrovateľskej starostlivosti, čo sa nezaznamenáva do plánu
Nelogicky plánovaná ošetrovateľská intervencia	Edukovať pacientku o význame spánku Poučiť pacienta a jeho rodinu o vplyve bolesti na ich život	Intervencia musí byť plánovaná tak, aby mala zmysel a bola zrozumiteľná

(archív autoriek)

5.4 Plán ošetrovateľskej starostlivosti

Úplný písomný plán ošetrovateľskej starostlivosti²⁵ obsahuje ciele, výsledné kritériá a ošetrovateľské intervencie vo vzťahu k stanoveným ošetrovateľským diagnózam. Význam plánu spočíva v tom, že:

- usmerňuje a podporuje kontinuitu a organizáciu individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- prispieva k bezproblémovému poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti bez ohľadu na prostredie, v ktorom sa starostlivosť poskytuje, čo v konečnom dôsledku vedie k zvýšeniu kvality starostlivosti a spokojnosti jednotlivca s poskytovaním starostlivosti,
- poskytuje prehľad o plánovaných ošetrovateľských intervenciách, čo môže byť podkladom pre zdravotné poisťovne pri uhrádzaní platieb za ošetrovateľské intervencie,
- poskytuje informácie o vhodnosti plánovanej ošetrovateľskej starostlivosti aj pre právne účely,
- slúži pre hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti,
- poskytuje údaje pre výskum v ošetrovateľstve,
- je použiteľný pre vzdelávanie študentov v odbore ošetrovateľstvo i pôrodná asistencia.

Okrem individualizovaného písomného plánu ošetrovateľskej starostlivosti sestra/pôrodná asistentka je plánovaná ošetrovateľská starostlivosť uvedená aj v štandardných plánoch ošetrovateľskej starostlivosti a mapách starostlivosti.

Štandardný ošetrovateľský plán je vypracovaný pre pacientov s vybranou medicínskou diagnózou a rovnakými ošetrovateľskými problémami. Stanovuje prioritné ošetrovateľské diagnózy, špecifické ciele, výsledné kritériá a ošetrovateľské intervencie. Ponúka základné konštrukcie pre písanie individuálneho plánu. Vkladá sa do ošetrovateľskej dokumentácie a individualizovaný na základe posúdenia konkrétneho pacienta. Slúži pre zabezpečenie požadovanej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti, urýchlenie rozhodovania sa, zostavenie individuálneho plánu ošetrovateľskej starostlivosti, hodnotenie výsledkov, zjednodušenie administratívnej práce sestry.

²⁵ V klinickej praxi v SR sa plán ošetrovateľskej starostlivosti do zdravotnej dokumentácie nezaznamenáva z viacerých dôvodov, napr. sestry pracujú podľa štandardných plánov a neplánujú individuálne plány; zdravotnícke zariadenie nevyžaduje písomný záznam o plánovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Mapa starostlivosti (critical pathway, clinical pathway, clinical paths, caremaps) predstavuje plán starostlivosti pre interdisciplinárny tím, ktorý podrobne opisuje jednotlivé kroky v starostlivosti o pacientov so špecifickými klinickými problémami s cieľom zvýšenia kvality poskytovanej starostlivosti a zabezpečenia jej finančnej efektívnosti. Mapy starostlivosti predstavujú tak formalizované štandardné plány, sú využívané v širšom rozsahu v rôznych oblastiach klinickej praxe (ústavnej starostlivosti či domácej liečby) pre skupinu pacientov s konkrétnou medicínskou diagnózou (napr. s akútnym infarktom myokardu, s karcinómom hrubého čreva²⁶). Sú rozvrhnuté na každý deň, pričom starostlivosť je rozdelená do viacerých oblastí, napr. pre medikamentóznú liečbu, diagnostické testy, pohybový režim, diétny režim, kontrolu symptómov, konzíliá, spoluprácu s rodinou, edukáciu pacienta/rodiny, plánovanie prepustenia. Intervencie pre interdisciplinárny tím a výsledné kritériá sú vopred stanovené. Sú vytvorené interdisciplinárnym tímom, participujúcim v procese starostlivosti a sú jedným z významných spôsobov implementácie príslušných smerníc, klinických odporúčaní a praxi založenej na dôkazoch v konkrétnych nemocničných zariadeniach. Mapa vymedzuje ciele starostlivosti pre skupinu pacientov so spoločným zdravotným problémom a príslušné intervencie (ich postupnosť, nadväznosť, časové vymedzenie) členov tímu na ich dosiahnutie. Mapy starostlivosti detailne vymedzujú intervencie (úlohy a kompetencie) každého zdravotníckeho pracovníka participujúceho v starostlivosti o pacienta a jeho rodinu. Konkrétne dosiahnuté výsledky starostlivosti musia byť podrobne dokumentované. Prehľad rozdielov, resp. odchýlok v reálne dosiahnutých výsledkoch na rozdiel od očakávaných (stanovených) identifikuje oblasti pre modifikáciu plánu starostlivosti. Implementácia máp starostlivosti v klinickej praxi vychádza zo systémov financovania nemocníc s cieľom redukovať náklady na starostlivosť pri udržaní, resp. dokonca zvýšení kvality poskytovanej starostlivosti, pretože mapy sú jedným z nástrojov zvyšovania jej kvality. Sú tiež podkladom pre hodnotenie efektívnosti poskytovanej starostlivosti a úrovne dosiahnutých výsledkov (audit starostlivosti). Sú užitočné pri organizovaní starostlivosti poskytovanej špecifickej populácii pacientov, u ktorých je možné ľahko identifikovať merateľné výsledky. Podporujú koordináciu starostlivosti tým, že minimalizujú jej fragmentáciu, duplikáciu a neefektívne využívanie zdrojov. Považované sú za silný nástroj nielen pre usmernenie starostlivosti, ale aj pre monitorovanie využívania zdrojov (napr. finančných, personálnych; materiálnych) nutných pre poskytovanie starostlivosti a zhodnotenie efektivity ich využitia.

²⁶ Príklad mapy ošetrovateľskej starostlivosti s nádorom hrubého čreva – vyvedenie trvalej kolostómie je uvedený na <http://oschir.jfmed.uniba.sk/PDF/mapa-os-starostl.pdf> (Hlinková, Nemcová et al. 2015).

Okrem individuálnych, štandardných plánov ošetrovateľskej starostlivosti a plánov starostlivosti pre interdisciplinárny tím, sú plánované intervencie pre pacienta uvedené aj v rôznych **protokoloch a nariadeniach** vydaných zdravotníckym zariadením. Protokol je plán špecifikujúci postupnosť intervencií, ktoré musia byť u pacienta realizované v súvislosti s prípravou na operáciu alebo vyšetrenie, napr. protokol predoperačnej prípravy. Nariadenie je písomný dokument o postupe, predpisoch a príkazoch týkajúcich sa starostlivosti o pacienta vydaných vedením zdravotníckeho zariadenia, napr. špecifický spôsob odberu a transportu biologického materiálu, postup pri po transfúznej komplikácii a pod.

? **Kontrolné otázky**

Ako sa charakterizuje 3. fáza ošetrovateľského procesu – plánovanie?

Ako prebieha proces plánovania ošetrovateľskej starostlivosti?

Aký význam má formulácia cieľov a výsledných kritérií pre ošetrovateľskú starostlivosť?

Aké faktory ovplyvňujú plánovanie ošetrovateľských intervencií?

Čo zahŕňa písomný plán ošetrovateľskej starostlivosti?

Aký je význam plánu ošetrovateľskej starostlivosti?

6 REALIZÁCIA

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- definovať 4. fázu ošetrovateľského procesu – realizáciu,
- charakterizovať pojem ošetrovateľská intervencia a jednotlivé typy ošetrovateľských intervencií,
- opísať postupnosť krokov v realizačnom procese,
- uviesť zručnosti, ktoré sestra/pôrodná asistentka potrebuje pre realizáciu ošetrovateľských intervencií,
- vymenovať a zdôvodniť typy zručností, ktoré sestra/pôrodná asistentka uplatňuje pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti.

Realizácia, 4. fáza ošetrovateľského procesu, je charakterizovaná ako vykonanie ošetrovateľských intervencií v klinickej praxi, ktoré sú zamerané na dosiahnutie želateľného výsledku (cieľa ošetrovateľskej starostlivosti) zaznamenaného v pláne ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľská intervencia je definovaná ako činnosť alebo súbor činností sestry/pôrodnej asistentky, ktoré realizuje na základe klinického posúdenia jednotlivca (rodiny, komunity) a diagnostiky s cieľom dosiahnuť želateľné výsledky v zdravotnom stave, uspokojovaní potrieb a v podpore zdravia.

Ošetrovateľské intervencie je možné rozdeliť na základe toho, či sa uskutočňujú v interakcii s jednotlivcom na priame a nepriame. Priama intervencia je poskytnutá v osobnej interakcii s pacientom a nepriama je poskytovaná mimo pacienta, ale pre pacienta, zahŕňa napríklad starostlivosť o pomôcky, dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Z hľadiska **kompetencií** sestry/pôrodnej asistentky sa ošetrovateľské intervencie rozdeľujú na tri typy, a to nezávislé, závislé, súčinné.

Nezávislú intervenciu iniciuje a vykonáva sestra/pôrodná asistentka na základe svojich kompetencií, vedomostí a zručností, za čo nesie zodpovednosť. Do tohto typu intervencií patrí napríklad kontrola pitného režimu, meranie hmotnosti, polohovanie, meranie telesnej teploty, edukácia.

Závislú intervenciu vykonáva sestra/pôrodná asistentka podľa ordinácie lekára alebo asistuje lekárovi pri výkone na základe príslušných právnych noriem. Medzi tento typ

intervencií patrí napríklad aplikácia liekov rôznymi cestami, odber biologického materiálu, asistencia pri aplikácii transfúzie.

Súčinnú intervenciu vykonáva sestra/pôrodná asistentka buď spoločne s iným členom zdravotníckeho tímu alebo ako výsledok ich spoločného rozhodnutia. Príkladom tohto typu intervencií je rehabilitácia chôdze pacienta v spolupráci s fyzioterapeutom, edukácia pacienta o diétnych obmedzeniach v spolupráci s asistentom výživy.

V SR sú intervencie, ktoré je sestra/pôrodná asistentka kompetentná vykonávať samostatne alebo na základe ordinácie lekára, prípadne spoločne s iným členom zdravotníckeho tímu, uvedené vo Vyhláske MZ SR č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. Pri realizácii jednotlivých intervencií môže sestra/pôrodná asistentka využívať aj národné procesuálne štandardy (postupy) ošetrovateľských výkonov stanovené MZ SR alebo interné štandardy ošetrovateľských intervencií vypracované konkrétnym pracoviskom. Takéto štandardy poskytujú sestre/pôrodnej asistentke oprávnenie vykonávať za určitých okolností špecifické činnosti.

Proces realizácie prebieha v niekoľkých krokoch:

- opätovné posúdenie pacienta,
- overenie platnosti plánu ošetrovateľskej starostlivosti,
- posúdenie potreby asistencie pri intervenciách,
- realizácia ošetrovateľských intervencií,
- záznamy a hlásenia o ošetrovateľských intervenciách.

Opätovné posúdenie pacienta znamená rýchle zhodnotenie stavu jednotlivca ešte predtým, ako sa intervencia realizuje preto, aby nedošlo k realizácii v situácii, keď už stratila opodstatnenie.

Overenie platnosti plánu ošetrovateľskej starostlivosti znamená na základe rýchleho opätovného posúdenia jednotlivca kontrolu aktuálnosti naplánovaných intervencií, pretože plán nie je nemenný, ale podlieha zmenám podľa zmien v jeho aktuálnom zdravotnom stave. Plánované intervencie môžu byť pozmenené alebo zrušené vzhľadom na aktuálny stav jednotlivca.

Posúdenie potreby asistencie pri intervenciách znamená zistenie sestry/pôrodnej asistentky, či potrebuje pomoc pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti napr. na zaistenie bezpečnosti pacienta pri manipulácii s ním.

Realizácia ošetrovateľských intervencií sa pohybuje v štyroch základných oblastiach ošetrovateľskej praxe: podpora zdravia, ochrana zdravia, obnova (znovunavrátenie) zdravia a starostlivosť o zomierajúcich. Počas nej rešpektujeme autonómiu, individualitu a súkromie jednotlivca a jeho potrebu účasti na výkone (ak to nie je v kontraindikácii s odporúčaným ošetrovateľským postupom). Intervencia je realizovaná presne a dôsledne vzhľadom na štandardy ošetrovateľských výkonov, so zreteľom na prevenciu komplikácií (infikovanie rany, hematóm, bolesť, krvácanie a i.) a na zabezpečenie pohody jednotlivca.

Záznamy a hlásenia o ošetrovateľských intervenciách sú nevyhnutnou súčasťou procesu realizácie. Realizácia každej ošetrovateľskej intervencie sa písomne (elektronicky) zaznamenáva do dekurzu ošetrovateľskej starostlivosti, ústne sa hlási pri odovzdávaní služieb. Realizáciu intervencie je potrebné ihneď písomne zaznamenať, spolu s podpisom sestry/pôrodnej asistentky tak, aby bol záznam vždy aktuálny, úplný a presný, zrozumiteľný, konkrétny, dostupný všetkým členom tímu a aby sa predišlo omylom či chybám (napr. opakované podanie toho istého liečiva). Podpisom, uvedením dátumu a času je vyjadrená zodpovednosť za realizovanú intervenciu.

Príklady zápisu z realizácie ošetrovateľských intervencií:

- pred raňajkami realizovaná toaleta bronchiálneho stromu, sestra XY (čitateľný podpis)
- 6,30 hod. TT 37,4°C, sestra XY (čitateľný podpis)
- 14,00 hod. podané 250 ml čaju, sestra XY (čitateľný podpis)
- 6,00 hod. odobratá krv na KO, sestra XY (čitateľný podpis)
- 14,00 hod. aplikovaný i.m. Tramal 1 amp., sestra XY (čitateľný podpis)
- 16,30 hod. realizovaná cievna gymnastika, sestra XY (čitateľný podpis)
- 10.9.2022 hmotnosť pred dialýzou 69 kg, sestra XY (čitateľný podpis)
- 19.8.2022 pacient poučený o znížení príjmu sodíka v potrave, sestra XY (čitateľný podpis)
- 19.10.2022 kontaktovaný syn za účelom vybavenia sociálneho príspevku, sestra XY (čitateľný podpis).

V Tabuľke 10 (na s. 65) uvádzame príklady chybných zápisov ošetrovateľských intervencií a zároveň poukazujeme na ich korekciu.

Tabuľka 10 Príklady chybného zápisu o realizovaných ošetrovateľských intervenciách

Príklad	Chybný zápis	Správny zápis
Intervencia zaznamenaná len ako znak pri ordinácii svedčiaci o jej splnení	√	6,00 hod. odobratá krv na FW, sestra XY (čitateľný podpis)
Intervencia zaznamenaná bez bližšej špecifikácie	Analgetiká podané, sestra XY (čitateľný podpis)	16,00 hod. podaný Algifen 20 kv. pri bolesti VNS 6, sestra XY (čitateľný podpis)
Nezaznamenaná intervencia, ale jej výsledok	6,30 hod. Pacient umytý, čistý, spokojný, sestra XY (čitateľný podpis)	6,30 hod. ranná toaleta na lôžku, sestra XY (čitateľný podpis)
Intervencia zaznamenaná bez mena, priezviska a podpisu sestry	Ranná toaleta	6,30 hod. ranná toaleta na lôžku, sestra XY (čitateľný podpis)
Zaznamenaná činnosť vykonaná pacientom a nie sestrou (za realizáciu ošetrovateľskej intervencie je zodpovedná sestra a nie pacient)	Popoludní pacient realizoval cievnu gymnastiku, sestra XY (čitateľný podpis)	Popoludní precvičená cievna gymnastika, sestra XY (čitateľný podpis)
Záznam intervencie, ktorá je v kompetencii lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka	U pacienta realizovaná elektrokonvulzívna liečba Rehabilitácia pravého kolena s fyzioterapeutom	V kompetencii sestry nie je zápis intervencií, ktoré realizoval lekár alebo iný zdravotnícky pracovník
Použitie rôznych neznámych skratiek v zápise z realizácie intervencie	Aplikovaná analgetická terapia POL (POL je myslené ako Podľa Ordinácie Lekára)	8,00 hod. podaný Tramal 1 amp. i.m.

(archív autoriek)

Sestra/pôrodná asistentka pri realizácii uplatňuje vo všeobecnosti tri navzájom prepojené **kategórie zručností**, a to kognitívne (intelektové), interpersonálne a technické.

Kognitívne zručnosti zahŕňajú odborné vedomosti a schopnosť využívať medzipredmetové vzťahy, zároveň aj vedomosti o deontologickom a etickom kódexe, o právach pacientov; schopnosť riešiť problém, prijímať a robiť rozhodnutia, schopnosť kriticky, klinicky a kreatívne myslieť, organizovať, byť sústredená na podstatné javy počas realizácie starostlivosti.

Interpersonálne zručnosti sestra/pôrodná asistentka uplatňuje v kontakte s jednotlivcom, jeho rodinou, s komunitou, ale aj s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu, s vedúcimi pracovníkmi. Zahŕňajú napríklad schopnosť verbálne komunikovať primerane situácii, zrozumiteľne sa vyjadrovať, aktívne počúvať, prejavovať záujem a úctu, byť empatická, asertívna, získavať a rozvíjať dôveru pacienta (rodiny, komunity), zapájať ich do procesu uzdravovania a podpory zdravia, zrozumiteľne a objektívne podávať a odovzdávať správy o pacientoch (ústne aj písomne), efektívne komunikovať v tíme, kontrolovať a redukovať nevhodné prejavy v neverbálnej komunikácii ako sú napríklad prejavy netrpezlivosti, podráždenosti, hnevu.

Technické zručnosti sa týkajú predovšetkým manuálnej zručnosti pri ošetrovateľských výkonoch, pri asistencii lekárovi, pri manipulácii s prístrojmi, pomôckami, zariadeniami (napríklad elektrokardiograf, defibrilátor, kardiostimulátor, ventilátor, infúzne a enterálne pumpy, perfuzory).

? **Kontrolné otázky**

Ako sa charakterizuje 4. fáza ošetrovateľského procesu?

Na aké typy sa, z hľadiska kompetencií, rozdeľujú ošetrovateľské intervencie?

Z akých krokov sa skladá proces realizácie?

Aké zručnosti sestra/pôrodná asistentka vo všeobecnosti uplatňuje pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti?

7 VYHODNOTENIE

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- definovať 5. fázu ošetrovateľského procesu – vyhodnotenie,
- opísať postupnosť krokov v procese vyhodnotenia,
- charakterizovať jednotlivé typy hodnotenia uspokojenia potrieb jednotlivca prostredníctvom ošetrovateľskej starostlivosti.

Vyhodnotenie, 5. fáza ošetrovateľského procesu, je poslednou fázou ošetrovateľského procesu charakterizovaná ako cieľavedomá, organizovaná činnosť, kedy sa zisťuje, či a do akej miery sa dosiahli pacientove ciele. Prostredníctvom vyhodnotenia sa sestra/pôrodná asistentka stáva zodpovedná za svoju činnosť, nepokračuje v neúčinných intervenciách, ale realizuje iné, efektívnejšie vzhľadom na stav pacienta, jeho potreby. Vyhodnotenie starostlivosti má význam aj pre potreby hodnotenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti, čo tvorí základ profesijnej zodpovednosti.

Proces vyhodnotenia prebieha v nasledovných krokoch:

- porovnať získané údaje s výslednými kritériami a posúdiť, či ciele ošetrovateľskej starostlivosti boli dosiahnuté,
- porovnať ošetrovateľské intervencie s dosiahnutými výsledkami pacienta,
- zdôvodniť nesplnenie cieľov,
- prehodnotiť a revidovať plán ošetrovateľskej starostlivosti,
- modifikovať ošetrovateľský plán.

Získať údaje (objektívne, subjektívne) o jednotlivcovi **vzhľadom na formulované výsledné kritériá**²⁷ s využitím rôznych metód získavania údajov, aby bolo možné čo najpresnejšie zistiť zmeny v stave jednotlivca po realizácii ošetrovateľskej starostlivosti a určiť, či stanovený cieľ ošetrovateľskej starostlivosti bol splnený.

Porovnaním zistených údajov so stanovenými výslednými kritériami je možné zistiť, či sa problém jednotlivca redukoval, eliminoval, zdravotný stav sa upravil, potreba bola uspokojená, čiže cieľ ošetrovateľskej starostlivosti sa dosiahol/splnil.

²⁷ Výsledné kritériá sa formulujú v 3. fáze ošetrovateľského procesu, za účelom presnejšej špecifikácie cieľa ošetrovateľskej starostlivosti. Zároveň slúžia ako hodnotiace ukazovatele pre potreby hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti.

Ďalším krokom vyhodnocovacieho procesu je **porovnanie ošetrovateľských intervencií s dosiahnutými výsledkami v stave jednotlivca** za účelom zistiť vzťah medzi ošetrovateľskou intervenciou a jeho výsledným stavom, čiže efektivitu plánovaných ošetrovateľských intervencií.

Ak plánovaný cieľ v stave jednotlivca bol splnený, ošetrovateľská starostlivosť o konkrétny problém v jeho potrebe môže byť ukončená. V prípade, že plánovaný cieľ ošetrovateľskej starostlivosti dosiahnutý nebol, uspokojenie potrieb jednotlivca nebolo na žiadúcej úrovni, je nutné uskutočniť **revíziu plánu ošetrovateľskej starostlivosti**. To znamená podrobné zhodnotenie plánu, jeho opodstatnenosť, efektivitu jednotlivých ošetrovateľských intervencií vzhľadom k plánovaným cieľom a dosiahnutej zmene v stave jednotlivca. Zisťujú sa aj príčiny, ktoré sú dôvodom nesplnenia plánovaného cieľa. Príčinou môžu byť neúplne posúdené údaje, nesprávne diagnostické závery, nevhodne naplánované intervencie alebo nedostatočná či chýbajúca realizácia ošetrovateľskej starostlivosti.

Modifikácia plánu ošetrovateľskej starostlivosti zahŕňa doplnenie, aktualizáciu údajov o pacientovi, prehodnotenie výberu a formulácie ošetrovateľských diagnóz, úpravu plánu (vrátane cieľov a výsledných kritérií) ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na revidované ošetrovateľské diagnózy. Na základe modifikovaného plánu starostlivosti sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, ktorá sa po naplánovanom časovom intervale opäť vyhodnocuje.

7.1 Typy hodnotenia

Podľa toho, v ktorej časti ošetrovateľskej starostlivosti sa hodnotenie uskutočňuje, je možné rozdeliť hodnotenie na tri typy, a to: termínované, priebežné, záverečné.

Termínované hodnotenie sa robí v tom čase alebo dátume, ktorý je v ciele uvedený. V zápise z hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti sa zvyčajne uvádza úroveň splnenia cieľa, či sa dosiahli výsledné kritériá; či je potrebná revízia a modifikácia plánu; prípadne, čo je dôvodom nesplnenia cieľa, či bola chybné stanovená ošetrovateľská diagnóza, cieľ, výsledné kritérium alebo plán ošetrovateľskej starostlivosti.

Príklady zápisu z termínovaného hodnotenia:

- Cieľ bol splnený, pacient defekuje bez bolesti 1x za deň stolicu fyziologickej konzistencie, farby, zápachu. Neudáva pocit plnosti konečníka a nafúknutia brucha.
- Cieľ nebol splnený, pacient bolestivo defekoval tvrdú stolicu 1x za 3 dni s prímесou krvi z trhlín v oblasti análneho otvoru, udáva pocit plnosti konečníka a nafúknutia brucha. Vzhľadom na obmedzený pohybový režim sa málo pohybuje, pretrvávajú nízky príjem vlákniny. Je potrebné pokračovať v pláne (konkretizovať, v ktorých

intervenciách pokračovať, ktoré revidovať). V Tabuľke 11 (na s. 69-70) uvádzame príklady chybných zápisov z termínovaného hodnotenia a zároveň poukazujeme aj na ich možnú korekciu.

Tabuľka 11 Príklady chybného zápisu termínovaného hodnotenia

Chyba	Chybný zápis	Správny zápis
Všeobecné konštatovanie nesplnenia cieľa, bez uvedenia presnejších údajov o zmene v stave jednotlivca v súlade so stanovenými výslednými kritériami	Cieľ nesplnený: je potrebné pokračovať vo všetkých plánovaných ošetrovateľských intervenciách	Cieľ nesplnený: pacient zaspí približne o 23,00 hod., zaspávanie trvá viac ako 1 hod., pacient sa v noci budí viac ako 3x, po prebudení zaspí približne do 40 min., vyjadruje nespokojnosť so spánkom, ráno sa budí o 5,00 hod., po prebudení sa cíti unavený; pokračovať v plánovanej ošetrovateľskej starostlivosti
Konštatovanie o splnení cieľa na iba základe vyjadrenia jednotlivca bez objektivizácie jeho stavu	Cieľ splnený: pacient neudáva narušený spánok	Cieľ splnený: pacient zaspí približne o 22,00 hod., zaspávanie netrvá viac ako 15 min., v noci sa zobudí 1x z dôvodu potreby močenia a opäť bez problémov zaspí, ráno sa budí o 6,00 hod., po prebudení sa cíti oddýchnutý, vyjadruje spokojnosť so spánkom
Konštatovanie o splnení cieľa na základe nekonkrétneho a nemerateľného VK	Cieľ splnený: pacient chápe dôležitosť hygieny spánku	
Konštatovanie o splnení cieľa prostredníctvom realizovaných	Cieľ splnený: pacientovi počas hospitalizácie boli podávané hypnotiká podľa ordinácie, bola mu vyvetraná izba a upravená posteľ	

intervencií, bez	pred spaním, zabezpečená večerná
uvedenia	toaleta, bolo mu umožnené sa
dosiahnutých zmien v	vyprázdniť tesne pred spaním, bol
stave jednotlivca	informovaný o hygiene spánku

(archív autoriek)

Priebežné hodnotenie sa realizuje počas celej doby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z dôvodu zabezpečenia vhodnej starostlivosti vzhľadom na aktuálny stav jednotlivca. Hodnotí sa reakcia jednotlivca na poskytovanú starostlivosť, zmeny v klinickom stave, výskyt nových problémov, ktoré treba riešiť. Zisťuje sa nutnosť revízie plánu ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na zmeny v aktuálnom stave jednotlivca. Pri priebežnom hodnotení sa často opakovane posudzuje napr. stav vedomia, vitálne funkcie, stav kože a slizníc, vyprázdňovanie, bolesť, prítomnosť infekcie, hojenie rany, chuť do jedla, príjem a výdaj tekutín, mobilita, úroveň sebaobslužných aktivít. Informácie o priebežnom hodnotení stavu pacienta sa okrem písomnej formy odovzdávajú aj ústne počas sesterských vizít, pričom sesterská vizita poskytuje priestor nie len na priebežné hodnotenie stavu pacienta, ale aj na doplnenie údajov o jednotlivcovi, prediskutovanie plánu ošetrovateľskej starostlivosti, odovzdanie informácií o realizovaných intervenciách u jednotlivca.

Záverečné hodnotenie sa uskutočňuje pri prepustení, prekladaní, pri ukončení poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a zaznamenáva sa ako Ošetrovateľská prepúšťacia správa. Súhrnne sa zhodnocujú dosiahnuté zmeny v uspokojovaní potrieb jednotlivca, či sú v súlade s cieľmi starostlivosti, prehľadne sa zosumarizuje poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť, v prípade potreby sa uvádzajú odporúčania pre ďalšiu ošetrovateľskú starostlivosť. V záverečnom hodnotení sa stručne popíše v akom zdravotnom stave z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti bol pacient prijatý, ktoré ošetrovateľské diagnózy sa v pláne starostlivosti riešili, o čom bol edukovaný, v čom sa odporúča pokračovať aj po prepustení do domácej či ambulantnej starostlivosti.

? Kontrolné otázky

Ako sa charakterizuje 5. fáza ošetrovateľského procesu vyhodnotenie?

Z akých krokov sa skladá proces vyhodnotenia?

Ako sa charakterizujú jednotlivé typy hodnotenia?

8 ZDRAVOTNÁ DOKUMENTÁCIA

Ciele kapitoly

Medzi ciele kapitoly patrí:

- definovať pojem zdravotná dokumentácia,
- opísať význam zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti,
- charakterizovať zdravotnú dokumentáciu v súlade s Odborným usmernením platným v podmienkach SR,
- uviesť všeobecnú charakteristiku nemocničného informačného systému.

Realizácia všetkých fáz ošetrovateľského procesu sa zaznamenáva do zdravotnej dokumentácie pacienta do časti ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá je jej súčasťou. Zdravotná dokumentácia je všeobecne chápaná ako spôsob zachytenia a uchovávania skutočností, ktoré sa týkajú poskytovania zdravotnej starostlivosti. **Zdravotná dokumentácia** je presnejšie charakterizovaná ako „súbor písomných, grafických a iných údajov o zdravotnom stave osoby; je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti; súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj ošetrovateľská dokumentácia“ (Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, 2009).

Vedenie zdravotnej dokumentácie zahŕňa získavanie, zhromažďovanie a zaznamenávanie údajov formou zápisov do zdravotnej dokumentácie. Vedenie dokumentácie je charakterizované ako celkový postup kontinuálneho, systematického zaznamenávania, uchovávaní a organizovania údajov o činnostiach sestry/pôrodnej asistentky alebo iného zdravotníckeho pracovníka, ktorí svojim čitateľným podpisom potvrdzujú správnosť údajov a aj výkon, ktorý u pacienta realizovali.

Medzi pravidlá vedenia zdravotnej dokumentácie napríklad patrí:

- údaje sa zaznamenávajú v štátnom jazyku,
- údaje sa zaznamenávajú pravdivo, v chronologickej postupnosti, čitateľne, vecne, výstižne a stručne,
- o každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti je nutné vykonať zápis do zdravotnej dokumentácie,
- o každej zmene týkajúcej sa zdravotného stavu pacienta je nutné vykonať zápis do zdravotnej dokumentácie,

- každý zápis do zdravotnej dokumentácie musí obsahovať meno, priezvisko a podpis toho zdravotníckeho pracovníka, ktorý danú informáciu zapísal,
- pri zápise sa môže používať iba štandardná terminológia, oficiálne skratky a symboly typické a dovolené pre dané zariadenie,
- v zdravotnej dokumentácii sa nepoužívajú rôzne neznáme skratky, nespisovné a laické výrazy, bezvýznamné nič nehovoriace vyjadrenia,
- zápis ordinovanej terapie a zápis o zmene terapie je výlučne v kompetencii lekára.

Zásadný význam zdravotnej dokumentácie vedenej v papierovej a elektronickej forme je v tom, že slúži ako zdroj informácií o potrebách pacienta, cieľoch ošetrovateľskej starostlivosti, o starostlivosti samotnej a jej výsledkoch. Okrem toho má niekoľko ďalších významov, medzi ktoré patrí: zabezpečenie jednotnej obsahovej štruktúry vedenia zdravotnej dokumentácie zdravotníckymi pracovníkmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti; dokladovanie realizácie jednotlivých fáz ošetrovateľského procesu; podpora uplatnenia individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti; možnosť hodnotiť účinnosť realizácie ošetrovateľských intervencií; informuje ostatných členov zdravotníckeho tímu o aktuálnom stave pacienta; je to prostriedok vzájomnej komunikácie členov zdravotníckeho tímu; zabezpečenie kontinuity ošetrovateľskej starostlivosti; umožnenie chronologického prehľadu o poskytovanej starostlivosti; doklad pre účtovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti; zdroj údajov, ktoré môžu byť použité pre pedagogické účely (ako učebný materiál); zdroj údajov pre štatistické účely; zdroj údajov pre potreby ošetrovateľského výskumu; umožňuje monitorovať a kontrolovať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti; slúži ako právny dokument a uznáva sa ako súdny dôkazový materiál (doklad o tom, že zdravotná starostlivosť bola poskytnutá v súlade so stanovenými štandardnými postupmi a podľa zákona).

8.1 Zdravotná dokumentácia podľa Odborného usmernenia MZ SR

Štruktúra, obsah, rozsah a spôsob zaznamenávania údajov do zdravotnej dokumentácie sú v SR determinované Odborným usmernením MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie (2009).

Zdravotnú dokumentáciu **v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach** vedie ošetrujúca sestra/ošetrujúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľská prepúšťacia správa, teda vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú súčasťou lekárskej prepúšťacej správy. Sestra/pôrodná asistentka pri

prijme osoby vyhotovuje zdravotný záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby. Vzory zdravotného záznamu pre pracoviská vnútorného lekárstva, pre chirurgické pracoviská, pre pediatrické pracoviská, pre pracoviská psychiatrie, pre pôrodné pracoviská, neonatologické pracoviská, pre pracoviská jednotky intenzívnej starostlivosti a pracoviská anestéziológie a intenzívnej medicíny sú uvedené v prílohách tohto odborného usmernenia.

Zdravotnú dokumentáciu **v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby** vedie ošetrujúca sestra/ošetrujúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby a zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka pri prijíme osoby vyhotovuje ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby (príloha č. 14 Odborného usmernenia MZ SR). Súčasťou zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby je návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti (príloha č. 15 Odborného usmernenia MZ SR) a dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti (príloha č. 16 Odborného usmernenia MZ SR).

Sestra/pôrodná asistentka **pri prijíme** zapíše do zdravotného záznamu vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby údaje o zdravotnom stave, potrebách a problémoch osoby na základe celkového posúdenia jej stavu, pozorovania, informácií získaných od osoby, blízkych osôb a iných zdrojov. Správnosť získaných informácií potvrdí sestra/pôrodná asistentka, ktorá osobu prijímala čitateľným podpisom.

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra/pôrodná asistentka zapisuje do dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby. Dekurz je charakterizovaný ako denný záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti; je súčasťou zdravotnej dokumentácie. Na každom dekurze sú uvedené osobné údaje osoby, teda meno, priezvisko, rodné číslo a poradové číslo strany dekurzu.

Zápis do dekurzu o vykonanom ošetrovateľskom výkone obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) stručný popis výkonu a vyhodnotenie,
- c) čitateľný podpis sestry, pôrodnej asistentky alebo zdravotníckeho asistenta.

Zápis o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch osoby okrem údajov obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy,
- c) stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie,
- d) čitateľný podpis sestry alebo pôrodnej asistentky.

Ošetrovateľskú prepúšťaciu správu (príloha č. 6 Odborného usmernenia MZ SR) vyhotovuje sestra/pôrodná asistentka pri prepustení osoby z ústavnej starostlivosti. Správnosť vyhotovených informácií potvrdí sestra/pôrodná asistentka, ktorá osobu prepustila čitateľným podpisom.

Súčasťou skompletizovanej zdravotnej dokumentácie v **zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti** sú:

- a) chorobopis alebo pôrodopis vrátane zápisu lekára alebo pôrodnej asistentky o prijme osoby,
- b) záznam o hospitalizácii,
- c) lekárska prepúšťacia správa vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy,
- d) dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- e) zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby vykonaného sestrou/pôrodnou asistentkou; ak pôrodná asistentka odvádza fyziologický pôrod, zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby už nemusí vyhotovovať),
- f) údaje o poučení osoby a informovanom súhlase, spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,
- g) výsledky laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
- h) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
- i) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,
- j) údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o vyrovnávaciu dávku, žiadosti o materské, žiadosti o ošetrovné.

Súčasťou skompletizovanej zdravotnej dokumentácie v **zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti** sú:

- a) zápis o zdraví a chorobách,

- b) dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- c) v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti, v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby a pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na základe vydania licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby,
- d) údaje o poučení osoby a informovanom súhlase, spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,
- e) výsledky laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
- f) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
- g) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,
- h) údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o vyrovnávaciu dávku, žiadosti o materské, žiadosti o ošetrovné.

Súčasťou zdravotnej dokumentácie pacientov sú aj rôzne doplnkové klinické formuláre, (napr. pre posúdenie a ošetrovanie chronickej rany, rizika vzniku dekubitov, akútnej/chronickej bolesti, stavu vedomia, výživy, úrovne sebaobslužných aktivít, príjmu a výdaja tekutín, hodnôt vitálnych funkcií), ktoré poskytujú ucelený obraz o stave pacienta a o ošetrovateľskej starostlivosti.

8.2 Nemocničný informačný systém

Množstvo informácií, ktoré je potrebné dokumentovať v rámci poskytovania zdravotnej, vrátane ošetrovateľskej, starostlivosti neustále narastá. Vďaka súčasným informačným a komunikačným technológiám je, na rozdiel od klasickej papierovej podoby²⁸, ich dokumentovanie efektívnejšie. **Nemocničný informačný systém** komplexne pokrýva potrebu nadobúdania, ukladania, uchovania a spracovania patientskych údajov vo všetkých hlavných oblastiach činností nemocnice. Systém je spoľahlivou, rýchlou, integrovanou podporou riadenia a organizovania každodenných pracovných tokov, rutinných aktivít súvisiacich so zdravotníckymi, administratívnymi, zabezpečovacími a hospodárskymi činnosťami. Ponúka kompletne spektrum informačnej podpory a smeruje ku koncepcii plne digitálneho pracoviska („bezpapierová nemocnica“). Zvyšuje úroveň poskytovania zdravotnej starostlivosti (jej

²⁸ Niektorí autori, napríklad Bowling (2016) a Furukawa et al. (2010) už dávnejšie konštatovali, že éra papierovej dokumentácie sa postupne ukončí.

efektivitu s kvalitou), zaisťuje bezpečnosť citlivých informácií, zefektívňuje ekonomiku prevádzky a každodenných činností, podporuje komunikáciu a koordináciu práce medzi členmi zdravotníckeho tímu, zefektívňuje klinické rozhodovanie sa, zvyšuje bezpečnosť pacienta. Na druhej strane, oproti papierovej verzii dokumentácie, zvyšuje nároky na počítačovú gramotnosť zdravotníckych pracovníkov, zvyšuje finančné náklady na zabezpečenie informačných technológií, ich údržbu a zaistenie bezpečnosti elektronického systému.

Nemocničný informačný systém je navrhnutý ako bezpečný systém určený na manipuláciu s citlivými údajmi so zodpovedajúcou úrovňou zabezpečenia. Prístup k údajom je centrálny riadený v zmysle individuálne zadefinovaných prístupových práv. Všetky akcie vykonané používateľmi sú dôkladne zaznamenávané a je možné ich späťne dohľadať. Nemocničný informačný systém podporuje všetky agendy prevádzky zdravotníckeho zariadenia prostredníctvom dvoch hlavných kategórií modulov, a to Modul zdravotnícka starostlivosť a Modul administratíva (správa, riadenie).

Modul zdravotnícka starostlivosť zahŕňa zaznamenávanie, ukladanie, uchovanie a spracovanie údajov z centrálneho príjmu pacienta, klinický informačný systém pre rôzne typy nemocničných oddelení (lôžkové oddelenie²⁹, ambulancia³⁰, operačná sála), laboratórne informačné systémy, ošetrovateľský proces, rádiologický informačný systém, lekárenský informačný systém, moduly špecializovaných prístrojových systémov, vyšetrení a monitorovania stavu pacienta, modul vykázania zdravotnej starostlivosti pre zdravotné poisťovne, modul vykázania štatistík pre Národné centrum zdravotníckych informácií, modul stravovacej prevádzky pre pacientov, systém objednávanie pacientov, modul fyziatricko-rehabilitačného oddelenia, patológie, centrálnej sterilizácie.

Modul Ošetrovateľský proces je súčasťou Modulu zdravotnícka starostlivosť. Slúži ako ošetrovateľská dokumentácia a rieši oblasť dokumentovania ošetrovateľských údajov tak, aby boli vedené v maximálnej prípustnej miere v elektronickej forme ako vysoko účinný prostriedok zvyšujúci bezpečnosť pacienta vďaka automatickým kontrolným mechanizmom, ktoré eliminujú riziká pochybenia personálu. Modul podporuje ošetrovateľskú anamnézu, ciele starostlivosti, ošetrovateľský plán s možnosťou inteligentného automatického generovania na základe anamnestických údajov, meracie nástroje (napríklad Glasgowská škála porúch vedomia, Nortonovej škála na hodnotenie rizika vzniku dekubitov, Test

²⁹ Vráťane špeciálnych modulov na lôžkových oddeleniach – Gynekologicko-pôrodné a novorodenecké oddelenie (Pôrodopis, Novorodenec, Správa o rodičke, Správa o novorodencovi, Matrika), Jednotka intenzívnej starostlivosti (Bilancie, Transfúzie, Prehľad medikácie, Prehľad ordinácie).

³⁰ Ambulancie prvého kontaktu, odborné, konziliárne, jednodňovej chirurgie.

psychických funkcií, Barthelovej index základných aktivít denného života), záznam intervencií, záznam nežiaducich udalostí³¹, prehľad žiadaniek a výsledkov, záznam o diétach, sesterskú prekladovú/prepúšťacu správu. Formuláre sa zakladajú spravidla pri prijíme pacienta a v priebehu hospitalizácie sú modifikované tak, aby odpovedali reálnym procesom pri práci s ošetrovateľským plánom a jeho hodnotením. Výhodou modulu je komplexná podpora vedenia ošetrovateľskej dokumentácie, úspora času ošetrovateľského personálu na základe maximálnej automatizácie rutinných procesov, možnosť implementovať voliteľné meracie nástroje a rôzne inteligentné skórovacie systémy, plne automatické generovanie ošetrovateľského plánu, podpora „patient security“ mechanizmov proti pochybeniu personálu. Prínosy sofistikovaných riešení určených pre ošetrovateľskú dokumentáciu spočívajú v skvalitnení ošetrovateľskej starostlivosti zavedením elektronickej evidencie dôležitých údajov o pacientoch, možnostiach pripravovať štatistické výstupy z nemocničného informačného systému, minimalizácii chybovosti a prácnosti pri dokumentovaní stavu pacienta a štruktúrovanom zadávaní údajov pomocou flexibilných formulárov (napr. posúdenie a ošetrovanie rany, dekubitu, protokol o páde a pod.). Flexibilné formuláre sú tvorené tak, aby nevyžadovali žiadne pokročilé skúsenosti práce s výpočtovou technikou a aby ich vypisovanie bolo intuitívne, rýchle a hlavne efektívnejšie ako „papierová“ evidencia.

Modul administratíva (správa, riadenie) zahŕňa zaznamenávanie, ukladanie, uchovanie a spracovanie údajov z modul účtovníctva a fakturácie, personálny a mzdový modul, modul evidencie majetku, modul stravovacej prevádzky pre zamestnancov, inventarizačný modul, modul údržby budov, modul údržby techniky a prístrojov, modul energetického hospodárstva, modul výkazov pre poisťovne.

Všetky moduly nemocničného informačného systému sú vzájomne prepojené, kompatibilné a flexibilné v súvislosti so zmenami v národnej legislatíve a majú vysokú mieru integrovateľnosti s inými nemocničnými systémami. Moduly bývajú dostupné v klasickej

³¹ Nežiaduca udalosť je akákoľvek neočakávaná udalosť, ktorá mohla spôsobiť alebo spôsobila neúmyselné poškodenie pacienta postupom zdravotníckeho i nezdravotníckeho personálu. Typy nežiaducich udalostí sú: pády a poranenia; dekubity vzniknuté počas hospitalizácie, nežiaduce udalosti spojené s chirurgickým výkonom; nozokomiálne infekcie; nežiaduce udalosti spojené s pôrodnými výkonmi pri nízko-rizikovom pôrode; nežiaduce udalosti spojené s hematologickými a transfuziologickými výkonmi; nežiaduce udalosti spojené so psychickými poruchami; nežiaduce udalosti spojené s manažovaním zdravotnej starostlivosti (Metodické usmernenie č. 03/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti). Sledovanie nežiaducich udalostí technológiou flexibilných formulárov umožňuje efektívne riadenie toku odovzdávaných informácií a systému preventívnych opatrení na zabránenie opakovania ich výskytu. Takéto systematické sledovanie nežiaducich udalostí má zároveň preventívny charakter s cieľom zvýšiť bezpečnosť pacienta, resp. zdravotníckeho pracovníka pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a podpora riadenia rizík vytvorením klinicko-ošetrovateľského údajového bloku, z ktorého je možné odvodiť výskyt rizika vzniku nežiaducej udalosti, napr. systémom včasného varovania. Pre svoju povahu sú tieto riešenia určené pre všetky stupne manažmentu nemocnice tak v oblasti klinickej, ošetrovateľskej a personálnej, ako aj v oblasti technického zabezpečenia nemocnice (Majerník, Kotlárová 2010).

elektronickej verzii určenej pre koncové pracovisko, ale technológia je multiplatformná a poskytuje univerzálnu podporu pre rôzne bezdrôtové mobilné zariadenia, napríklad tablety, chytré mobilné telefóny (smartfóny), čítačky dokumentov, technológie ovládané hlasom. Prístup k údajom je zabezpečený pomocou dostatočného bitového kódovania a obsahuje možnosť používať hardvérové kľúče na zaistenie bezpečného prístupu k údajom.

? **Kontrolné otázky**

Ako sa charakterizuje zdravotná dokumentácia?

Aké zásady je nutné rešpektovať pri vedení ošetrovateľskej dokumentácie ako súčasti zdravotnej dokumentácie?

Aký význam má vedenie zdravotnej dokumentácie?

BIBLIOGRAFICKÉ ODKAZY

ACKLEY, B. J. et al., 2022. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning care*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-55222-0.

AMANTE, L. N. et al., 2010. The interface between teaching of the nursing process and the application in professional practice. In: *Revista Eletrônica de Enfermagem*. **12**(1), 201-207. DOI: 10.5216/ree.v12i1.9538

BARAKI, Z. et al., 2017. A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. In: *BMC Nursing*. **15**(16), 54. DOI: 10.1186/s12912-017-0248-9

BERAN, J. et al., 2010. *Lékařská psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1125-6.

BERMAN, A. et al., 2021. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Pearson International Edition. ISBN 0-13-542873-4.

BERMAN, A. et al., 2008. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Pearson International Edition. ISBN 0-13-171468-6.

BLACK, B. P. et al., 2020. *Professional Nursing Concepts & Challenges*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0323-67689-2.

BOLTZ, M. et al., 2016. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-7166-5.

BÓRIKOVÁ, I., 2015. *Funkčný stav seniora*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave Jesseniova lekárska fakulta v Martine. ISBN 978-80-89544-80-6.

BÓRIKOVÁ, I. et al., 2014. *Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovatel'stve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál JLF UK [online] [cit. 2022-01-28]. Dostupné z: <http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>

BÓRIKOVÁ, I. a K. ŽIAKOVÁ, 2007. *Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatel'stve*. In BUŽGOVÁ, R. a D. JAROŠOVÁ. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-230-9.

BOWLING, A. M., 2016. Incorporating Electronic Documentation into Beginning Nursing Courses Facilitates Safe Nursing Practice. In: *Teaching and Learning in Nursing*. **11**(4), 204-208. DOI: 10.1016/j.teln.2016.06.001

BUTCHER, H. K. et al., 2018. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-58342-8.

- CARPENITO-MOYET, L. J. et al., 2008. *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott. ISBN 0-7817-8121-3.
- COX, H. C. et al., 1993. *Clinical Applications of Nursing Diagnosis: adult, child, women's, psychiatric, gerontic and home health considerations*. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 0-8036-1999-5.
- DOENGES, M. E. et al., 2006. *Nursing Care Plans: guidelines for individualizing client care across the life span*. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 0-8036-1294-X.
- DOENGES, M. E., and M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0242-8.
- FURUKAWA, M. F. et al., 2010. Electronic medical records, nurse staffing, and nurse-sensitive patient outcomes: evidence from California hospitals, 1998-2007. In: *Health Services Research*. **45**(4), 941-962.
- FUNNER, R. et al., 2009. *Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice*. St. Louis: Elsevier. ISBN 9-780-7295-3857-2.
- GORDON, M., 1994. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. Philadelphia: Mosby. ISBN 0-8016-6053-X.
- GORDON, M., 1987. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. New York: Mosby. ISBN 0-07-023828-6.
- GULANIK, M. et al., 2017. *Nursing Care Plans*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-42818-7.
- HABERMANN, M. et al., 2006. *The Nursing Process*. London: Elsevier Health Sciences. ISBN 0-443-10191-4.
- HAGOS, F. et al., 2014. Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working in Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. In: *Nursing Research and Practice*. **2**, 675212. DOI: 10.1155/2014/675212
- HANZLÍKOVÁ, A., 2009. *Ošetrovateľský proces – ako ovplyvňuje dobré vedenie jeho zavedenie do praxe*. In ČÁP, J., a K. ŽIAKOVÁ. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii*. Martin: JLF UK. ISBN 978-80-88866-61-9.
- HEIDARI, H., and M. M. HAMOOLEH, 2016. Nursing Students' Experiences Regarding Nursing Process: A Qualitative Study. In: *Research and Development in Medical Education*. **5**(2), 101-104. DOI: 10.15171/RDME.2016.021
- HERDMAN, T. H. et al., 2021. *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2021-2023*. New York: Thieme. ISBN 978-1-68420-454-0.

HERDMAN, T. H., et al., 2014. *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell. ISBN 978-11-189-1493-9.

HICKEY, P. W., 1990. *Nursing Process Handbook*. St Louis: C. V. Mosby Company. ISBN 0-8016-6041-6.

HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J. et al., 2015. *Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál JLF UK [online] [cit. 2022-08-03]. Dostupné z:

<https://portal.jfmed.uniba.sk//clanky.php?aid=292>

HUDÁKOVÁ, A., 2019. *Teoretické východiská ošetrovateľského procesu*. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-2314-9.

HULKOVÁ, V. et al., 2005. Zoznam sesterských diagnóz. Informácie k aplikačnej praxi vyhlášky MZ SR č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. In: *Sestra*, **4**(9), 49.

HULKOVÁ V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Grada Slovakia. ISBN 978-80-8090-009-0.

JAROŠOVÁ, D. a K. MAJKUSOVÁ, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.

JAROŠOVÁ, D. et al., 2012. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-000-1.

JOHNSON, M. et al., 2012. *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-07703-3.

KALÁNKOVÁ, D., 2020. *Vybrané hodnotiace a meracie techniky v ošetrovatel'stve*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín. Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk//clanky.php?aid=430>

Koncepcia odboru ošetrovatel'stva číslo 14535/2006-OO vydaná MZ SR dňa 29. mája 2006.
Koncepcia odboru pôrodná asistencia číslo 10973 /2006-OO vydaná MZ SR dňa 20.marca 2006.

KONTROVÁ, Ľ. et al., 2005. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-80631-98-0.

KOZIER, B. et al., 2008. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Pearson International Edition. ISBN 0-13-171468-6.

- KOZIEROVÁ, B. et al., 1995. *Ošetrovatel'stvo I, 2*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovateľský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne. ISBN 978-80-7454-600-6.
- LEMON, 1997. *Učebný materiál pre ošetrovatel'stvo I*. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov. ISBN 80-967818-0-4.
- LEMON, 1997. *Učebný materiál pre ošetrovatel'stvo II*. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov. ISBN 80-967818-1-2.
- MAJERNÍK, J. a K. KOTLÁROVÁ, 2010. *Medicínska informatika II. Nemocničný informačný systém*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. ISBN 978-80-7097-812-2.
- MAREČKOVÁ, J. a K. ŽIAKOVÁ, 2015. *Příklady využití terminologií NNN v ošetrovateľskej péči*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4753-7.
- MASON, G. M. C., and M. ATTREE, 1997. The relationship between research and the nursing process in clinical practice. In: *Journal of Advanced Nursing*. **26**(5), 1045-1049. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.00472.x
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika v moderní ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5376-8.
- Metodické usmernenie č. 03/2014 o zavádzaní systémov hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti.*
- MOGHADAS, T., and M. SEDAGHATI KESBAKHI, 2020. Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nursing Students: A Qualitative Study. In: *Journal of medical Education*. **19**(4):e110810. DOI: 10.5812/jme.110810
- MOORHEAD, S. et al., 2018. *Nursing Outcomes Classification (NOC). Measurement of Health Outcomes*. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-32349-764-0.
- MORSE, J. M., 2009. *Preventing Patient Falls. Establishing a Fall Intervention Program*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0826-10389-5.
- Národný plán rozvoja ošetrovatel'stva. Vestník MZ SR zo dňa 28.4.1997, roč. 47, čiastka 7-8.*
- NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2018-2020*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0710-0.
- NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro student zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4402-5.

NEMOCNIČNÝ INFORMAČNÝ SYSTÉM [online], 2022. [cit. 2022-06-27]. Dostupné z: <https://www.iczgroup.com/sk/produkty-a-sluzby/zdravotnictvo/nemocnicny-informacny-system/>

Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009-OZS o vedení zdravotnej dokumentácie zo dňa 24. septembra 2009.

Odborné usmernenie MZ SR č. 07547/2007-OZS o poskytovaní domácej zdravotnej starostlivosti zo dňa 26. februára 2007.

Odborné usmernenie MZ SR č. 05354/2005-OO o riadení poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zriadení zo dňa 7. februára 2005.

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE, 1997. In: *LEMON 1. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-234-5.

PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORSKI, S. et al., 2009. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **17**(3), 302-307. DOI: 10.1590/S0104-11692009000300004

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2011. Royovej adaptačný model ako teoretické východisko v ošetrovateľskom výskume. In: *Profese On-line*. 4(2), 17-21.

SPARKS, S. R., and C. TAYLOR, 2005. *Nursing Diagnosis Reference Manual*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins. ISBN 1-58255-294-4.

Súbor dokumentov Svetovej zdravotníckej organizácie pre sestry a pôrodné asistentky 1., 2., 2003. Bratislava: SK SaPA. ISBN 80-967818-5-5.

PAPATHANASIOU, I. V. et al., 2014. Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. In: *Acta Informatica Medica*. **22**(4), 283-286. DOI: 10.5455/aim.2014.22.283-286

PAVELOVÁ, E. et al., 2015. *Administratíva a informačné systémy v zdravotníctve*. Nitra: Fakulta sociálnych viied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. ISBN 978-80-558-0852-9.

SUCHANOVÁ, R. a L. DIMUNOVÁ, 2020. *Komunikácia v zdravotníckej praxi*. Košice: Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-958-0.

- TIRPÁKOVÁ, L. et al., 2016. *Ošetrovateľské techniky*. Košice: Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach. ISBN 978-80-8152-441-7.
- TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-270-0.
- TOMAGOVÁ, M., et al., 2021. *Ošetrovateľská diagnostika – prepojenie teórie a klinickej ošetrovateľskej praxe*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk//clanky.php?aid=440>
- TOMAGOVÁ, M. a I. BÓRIKOVÁ, 2011. Validácia ošetrovateľskej diagnózy Chronická zmätenosť v podmienkach slovenskej klinickej praxe. In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2(2), 185-189.
- TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovateľský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
- URBANOVÁ, E. et al., 2020. *Vybraní virtuální pacienti v pôrodnej asistencii*. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] [cit. 2022-06-29]. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk//clanky.php?aid=433>. ISSN 1337-7396
- VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2763-9.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2021. Najčastejšie ošetrovateľské diagnózy na vybraných pracoviskách. In: *Pomáhajúce profesie*. 4(2), 14-21.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovateľská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovateľskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5304-1.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2013. Validácia definujúcich charakteristík chronickej zmätenosti. In: *Kontakt*. 15(4), 387-395. DOI: 10.32725/kont.2013.046
- Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.*
- Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.*
- VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

WARREN, J. J., and A. COENEN, 1998. International classification for nursing practice (ICNP): most-frequently asked questions. In: *Journal of the American Medical Informatics Association*. **5**(4), 335-336.

WORKMAN, B. A., and C. L. BENNET, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1714-X.

YILMAZ F. T. et al., 2015. The Opinions of Nursing Students Regarding the Nursing Process and Their Levels of Proficiency in Turkey. In: *Journal of Caring Sciences*. **4**(4), 265-275. DOI: 10.15171/jcs.2015.027

Zákon č. 662/2007 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 350/2005 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 82/2005 Z.z.

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 311/2002 Z. z. o povolani sestra, o povolani pôrodnej asistentky, o slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona slovenskej národnej rady č. 14/1992 zb. o slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o slovenskej komore zubných technikov.

ZELENÍKOVÁ, R. et al., 2014. Content Validation of the Nursing Diagnosis Acute Pain in the Czech Republic and Slovakia. In: *International Journal of Nursing Knowledge*. **25**(3), 139-146. DOI: 10.1111/2047-3095.12027

ZELENÍKOVÁ, R. a K. ŽIAKOVÁ, 2012. Obsahová validácia ošetrovateľskej diagnózy Deficit objemu telových tekutín. In: *Ošetrovatelství a porodní asistence*. **3**(4), 475-483.

ZELENÍKOVÁ, R. et al., 2012. Obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy Strach. In: *Kontakt*. **14**(1), 30-38.

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2012. Skúsenosti s validáciou ošetrovateľských diagnóz v rámci Slovenskej a Českej republiky. In: *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **2**(3), 96-104.

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-315-8.

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-247-2.