

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelský proces a jeho význam pro seniora
z pohledu sester v domovech seniorů**

bakalářská práce

Autor práce: Hana Frühaufová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Hana Frühaufová

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Aleně Machové za cenné rady při vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala, a za její trpělivost. Poděkování také patří sestřám, které byly ochotny se zúčastnit výzkumu.

Abstrakt

Ošetrovatelský proces a jeho význam pro seniora z pohledu sester v domovech seniorů

Teoretická východiska

Moderní ošetrovatelství je charakterizováno vyhledáváním, plánováním a uspokojováním potřeb zdravého i nemocného člověka. To vše se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je považován za základní vědeckou metodu vyspělého ošetrovatelství vedoucí k vyřešení problémů. Zároveň je spolehlivou metodou směřující ke snazšímu rozhodování a rozřešení problematických situací. Dnes je již neodmyslitelnou formou plánování individuální péče. Díky ošetrovatelskému procesu sestra na pacienta pohlíží holisticky a je schopna mu poskytnout kvalitní péči. Bez kvalitní, odborné a ucelené ošetrovatelské péče není možné zajistit pro seniory v domovech pro seniory péči v kompletním rozsahu. V domovech pro seniory je poskytována ošetrovatelská péče v souladu se zásadami ošetrovatelského procesu s ohledem na specifika geriatrického ošetrovatelství. Geriatrické ošetrovatelství má zejména charakter aktivizační s použitím motivačních prvků. Podporuje seniora v jeho vlastní aktivitě především v oblasti rozvoje a udržování soběstačnosti. Na sestavení ošetrovatelského plánu se v domovech pro seniory podílí primární sestra, jsou jí přiděleni senioři, o které se stará po celou dobu pobytu. Sestra v domově seniorů zohledňuje specifika jednotlivých fází ošetrovatelského procesu u seniorů. Fáze posouzení představuje kompletní biopsychosociální zhodnocení seniora. Sestra musí rozeznat charakteristické změny a projevy související s fyziologickým stárnutím organismu. Na rozdíl od změn, které nemoci vznikly. Druhá fáze ošetrovatelského procesu se neliší od jiných věkových skupin. Charakterističnost ošetrovatelských problémů u seniorů je daná nejen stařeckými tělesnými, psychickými a sociálními změnami, ale také polymorbiditou. V průběhu plánování, tedy fáze třetí, využívá sestra informace, které získala při posuzování a diagnostice. Sestra si se seniorem společně stanoví cíle, kterých má být dosaženo. Je důležité, aby cíl byl pro

seniora reálný, dosažitelný a motivující. Realizace je u seniorů stejná jako u jiných pacientů. Sestra dodržuje vypracovaný ošetrovatelský plán a vykonává jednotlivé činnosti podle stanovených frekvencí a rozsahu. Fáze vyhodnocení je u seniorů oproti pacientům mladšího věku odlišná v tom, že pokroky bývají mnohdy nepatrné. Proto je zapotřebí trpělivosti ze strany seniora, jeho rodiny, ale také ošetřujícího personálu. Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu vyššího věku a těm, kteří potřebují pravidelnou pomoc v oblastech soběstačnosti a osobní péče. Těmto osobám nedovoluje jejich nepříznivá sociální situace žít ve svém domácím prostředí. V domovech pro seniory je poskytována komplexní péče a pobyt zde nahrazuje domácí prostředí. Mezi základní činnosti a úkony poskytované v domovech pro seniory patří ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování sociálních kontaktů, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv. Seniorům je zde poskytována také zdravotní péče zprostředkovaná všeobecnými sestrami.

Cíle práce

Cílem práce bylo zjistit využití ošetrovatelského procesu v domově pro seniory a zjistit význam ošetrovatelského procesu z pohledu sester v domově seniorů. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Které fáze ošetrovatelského procesu využívají sestry v péči o seniora v domově seniorů? Jaký význam má podle sester v domově seniorů ošetrovatelský proces pro seniory?

Použité metody

K zjištění potřebných informací byl zvolen kvalitativní výzkum, pomocí hloubkového rozhovoru a dotazování se sestrami ve vybraném domově seniorů v Jihočeském kraji. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány.

Výsledky

Přepsané rozhovory byly podrobeny podrobné analýze, pomocí metody papír a tužka otevřeným kódováním. Z analýzy dat vznikly celkem čtyři kategorie: Ošetřovatelský proces, Ošetřovatelský proces v praxi, Fáze ošetřovatelského procesu a Sestavení ošetřovatelské diagnózy a vedení ošetřovatelské dokumentace. K jednotlivým kategoriím jsou přiřazeny podkategorie, ve kterých jsou zakódována stěžejní data, vše je znázorněno v přehledných schématech jednotlivých kategorií.

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že dotazované sestry mají všeobecné znalosti o ošetřovatelském procesu. Dokázaly ošetřovatelský proces definovat, vyjmenovat jednotlivé fáze procesu a vyjádřit svůj postoj k této metodě. Aktivně s ním pracují, ale uvádějí, že je pro ně časově a administrativně náročný. Zarážejícím je fakt, že dotazované sestry mají velmi malé znalosti o tvorbě ošetřovatelských diagnóz.

Vzhledem k malému povědomí o ošetřovatelských diagnózách navrhuji seminář s objasněním této problematiky.

Klíčová slova: ošetřovatelský proces, senior, sestra, plán péče, domov seniorů

Abstract

Nursing care process and its importance for a senior from the point of view of senior home nurses

Theoretical grounds

Modern nursing care is characterized by seeking, planning and satisfying needs of a healthy or an ill person. All this is performed by means of the nursing care process. The nursing care process is considered the basic scientific method of advanced nursing care leading to solution of problems. It is also a reliable method leading to easier decision making and solution of problematic situations. It has already become an inherent form of individual care planning. Thanks to the nursing care process a nurse has a holistic view of a patient and is able to provide quality care. Complex care could not be ensured for seniors in senior homes to the necessary extent without quality, professional and comprehensive nursing care. Nursing care is provided in compliance with the nursing care process principles with regard to the specifics of geriatric care in senior homes. Geriatric care has particularly activating character with application of motivating elements. It supports senior's own activity particularly in the field of development and maintenance of self-sufficiency. A primary nurse participates in nursing care plan preparation in a senior home, she/he is assigned to seniors of whom she/he cares for their whole stay. A senior home nurse takes into consideration the specifics of the individual phases of nursing care process in seniors. The assessment phase represents complex biopsychosocial assessment of a senior. A nurse has to identify characteristic changes and symptoms of organism physiological aging and to distinguish them from changes arisen from a disease. The second nursing care process phase does not differ from that of other age groups. The character of senior care problems is given not only by old age physical, mental and social changes, but also by polymorbidity. During planning, i.e. the third phase, a nurse uses information obtained from assessment and diagnostics. The nurse sets the goals to be reached together with the senior. The goal has to be real, achievable and motivating for the senior. The

implementation is the same for a senior as for other patients. The nurse adheres to the elaborated care plan and performs the individual activities according to the planned frequencies and extent. The assessment phase differs from that in lower age as the progress is often subtle. This is why patience of the senior, his/her family as well as of the nurse is necessary. Senior homes provide residential services to people with lower self-sufficiency particularly caused by higher age and to those who need regular care in the field of self-sufficiency and personal care. Unfavourable social situation does not allow these people to live in their domestic environment. Complex care provided in senior homes substitutes for domestic environment. The basic activities and acts provided by senior homes are accommodation, catering, assistance in coping with common care about own person, assistance in personal hygiene, mediation of social contacts, social-therapeutic and activating activities and also assistance in exercising rights. Seniors are also given health care provided by general nurses.

The aim of the thesis

The aim of the thesis was to examine nursing care process application in a senior home and the importance of the nursing care process from the point of view of senior home nurses. The following research questions were set: Which nursing care process phases are applied by nurses taking care about seniors in the senior home? How do senior home nurses feel the importance of nursing care process?

Methods

Qualitative research by means of in-depth interview and questioning of nurses in a selected senior home in South Bohemia was chosen for collection of necessary information. The interviews were recorded and subsequently literally transcribed.

Results

The transcribed interviews were deeply analyzed by means of paper and pencil method by open coding. Four categories were created from the data analysis: Nursing care process, Nursing care process in practice, Nursing care process phases and

Compilation of nursing care diagnosis and maintenance of nursing care documentation. Subcategories, where the core data are coded, are assigned to the individual categories, everything is illustrated by clear diagrams of the individual categories.

Conclusion

The research shows that nurses have general knowledge of nursing care process. They were able to define nursing care process, to name its phases and to express their attitude to this method. They actively apply the process, but they say it is demanding for them from time and administration point of view. The fact that the knowledge of nursing care diagnosis is very poor among nurses is surprising.

With regard to the limited awareness of nursing care diagnoses I propose a seminar explaining this issue.

Key words: nursing care process, senior, nurse, care plan, senior home

Obsah

1 Současný stav	14
1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu	14
<i>1.1.1 Ošetrovatelský proces a jeho význam</i>	<i>15</i>
<i>1.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu</i>	<i>15</i>
1.2 Ošetrovatelský proces u seniorů v domovech pro seniory	17
1.3 Pojem senior, stáří a stárnutí.....	19
<i>1.3.1 Fyzické změny ve stáří</i>	<i>20</i>
<i>1.3.2 Psychické, kognitivní a emoční změny ve stáří.....</i>	<i>22</i>
<i>1.3.3 Sociální změny ve stáří</i>	<i>23</i>
1.4 Geriatrické syndromy	24
<i>1.4.1 Úloha sestry u syndromu hypomobility, dekondice a svalové slabosti.....</i>	<i>24</i>
<i>1.4.2 Úloha sestry u syndromu anorexie a malnutrice.....</i>	<i>25</i>
<i>1.4.3 Úloha sestry u syndromu instability s pády.....</i>	<i>26</i>
<i>1.4.4 Úloha sestry u syndromu imobility.....</i>	<i>26</i>
<i>1.4.5 Úloha sestry u syndromu inkontinence.....</i>	<i>27</i>
<i>1.4.6 Úloha sestry u syndromu kognitivního deficitu, demence a poruch paměti</i>	<i>28</i>
<i>1.4.7 Úloha sestry u syndromu deliria</i>	<i>29</i>
<i>1.4.8 Úloha sestry u syndromu týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověk</i>	<i>30</i>
<i>1.4.9 Úloha sestry u syndromu teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří</i>	<i>30</i>
<i>1. 4. 10 Úloha sestry u syndromu dehydratace</i>	<i>31</i>
<i>1. 4. 11 Úloha sestry u syndromu duálního sensorického deficitu</i>	<i>32</i>
<i>1. 4. 12 Úloha sestry u syndromu maladaptace</i>	<i>32</i>
<i>1. 4. 13 Úloha sestry u syndromu terminální geriatrické deteriorace.....</i>	<i>33</i>

1.5 Domovy pro seniory	34
2 Cíl práce, výzkumné otázky	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 Metodika	37
3.1 Metodika výzkumu	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
3.3 Charakteristika prostředí výzkumu	38
4 Výsledky	40
5 Diskuze	51
6 Závěr.....	58
7 Klíčová slova	60
8 Seznam použité literatury.....	61
9 Seznam příloh	65

Seznam použitých zkratk

ADL= test základních denních činností podle Barthelové

IADL= test instrumentálních denních činností

MMSE= test kognitivních funkcí podle Folsteina

R= respondentka

BMI= Body Mass Index

CNS= centrální nervová soustava

Úvod

Při poskytování ošetrovatelské péče podle zásad ošetrovatelského procesu musí sestra zohledňovat dané skutečnosti. Zejména to, že pacient je lidskou bytostí. Pacient má své potřeby, které musí být naplněny. Pokud naplněny nejsou, vzniká problém. Důležitou součástí procesu je navázání terapeutického vztahu mezi pacientem a sestrou (Malíková, 2011).

Při aplikaci ošetrovatelského procesu závisí kvalita odvedené ošetrovatelské péče zejména na práci kvalifikovaných sester, které posuzují pacienta a poté sestavují ošetrovatelský plán. Plánované činnosti se v ošetrovatelském týmu rozdělují s ohledem na kompetence a znalosti jednotlivého člena týmu. Toto rozdělení vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče (Pochylá, 2005; Staňková, 2009).

Pro sestru je nezbytné disponovat při aplikaci ošetrovatelského procesu zručností interpersonální, manuální a intelektuální. Interpersonálně zdatná sestra by měla zvládat komunikaci, naslouchání, projev zájmu a účasti, měla by mít dostatek vědomostí a schopností vedoucích k získání informací od pacienta se zachováním jeho individuality. Neméně významná je pro sestru manuální zručnost, které je potřeba při obsluze přístrojů a pomůcek. Z intelektuálních dovedností sestry je důležité umět řešit vzniklé problémy, mít přesný a reálný úsudek a disponovat kritickým myšlením.

V domovech pro seniory je poskytována komplexní péče a pobyt zde nahrazuje domácí prostředí. Mezi základní činnosti a úkony poskytované v domovech pro seniory patří ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování sociálních kontaktů, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv. Seniorům je zde poskytována také zdravotní péče zprostředkovaná všeobecnými sestrami. Poskytování ošetrovatelské péče seniorům v domovech pro seniory prostřednictvím kvalifikovaných sester je stále diskutovaným tématem. Přítomnost kvalifikovaných sester v domovech pro seniory je opodstatněná. Jen včasné rozpoznání problémů u seniorů zajistí rychlou, individuální a kvalifikovanou péči (Malíková, 2011). Z tohoto důvodu jsem si zvolila toto téma bakalářské práce. Nemyslím si, že by seniori umístění v domovech pro seniory neměli mít plánovanou péči, protože jsou zde takzvaně doma.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Specifickým znakem moderního ošetrovatelství je vyhledávání, plánování a uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. To vše se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Z koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky plyne, že profesionálové v oboru ošetrovatelství jsou povinni pracovat s metodou ošetrovatelský proces (Holubová a Pálková 2012; Marečková, 2006).

Slovo proces znázorňuje řadu nastavených činností, které se zaměřují na dosahování daných cílů. Ošetrovatelský proces je považován za základní vědeckou metodu vyspělého ošetrovatelství vedoucí k vyřešení problémů. Zároveň je spolehlivou metodou směřující ke snazšímu rozhodování a rozřešení problematických situací. Dnes je již neodmyslitelnou formou plánování individuální péče. Individualizovaná ošetrovatelská péče je výsledkem vzájemně prolnutých kroků, které jsou vykonávány na podkladě vypracovaného ošetrovatelského procesu, jenž je sestaven ku prospěchu nemocného za jeho spolupráce nebo bez ní. Tyto jednotlivé kroky slouží sestře k tomu, aby se dokázala rozhodnout samostatně pro nejvhodnější způsob poskytované péče tak, aby mohla dosáhnout cílů a pozorovat pokrok, kterého bylo u pacienta dosaženo. Díky ošetrovatelskému procesu sestra na pacienta pohlíží holisticky a je schopna mu poskytnout plně individualizovanou péči. Díky kladnému hodnocení ze strany pacientů a celkovému úspěchu v poskytované péči přináší sestře tento proces spokojenost, ale i motivaci k další práci (Richards a Edwards, 2004; Staňková, 2004).

Ošetrovatelský proces je založen na pěti fázích, které na sebe navzájem navazují, prolínají se a opakují. První fáze je označena jako zhodnocení stavu nemocného a sběr dat. Druhá fáze je popsána jako diagnostická, kdy si sestra na základě získaných informací stanoví ošetrovatelskou diagnózu. Třetí fáze je specifická plánováním ošetrovatelské péče. Ve čtvrté fázi dochází k realizaci naplánované péče. V páté fázi sestra hodnotí efektivnost poskytnuté péče a do jaké míry bylo dosaženo stanových cílů (Doenges a Moorhouse, 2001; Tothová et al, 2009).

Ošetrovatelský proces zvyšuje kvalitu poskytované péče. Péče je organizovaným systémem skupinové ošetrovatelské péče, nebo systémem primárních sester. (Pochylá, 2005).

1.1.1 Ošetrovatelský proces a jeho význam

Význam ošetrovatelského procesu pro pacienta spočívá v tom, že je mu poskytována plně individualizovaná péče, která je řízena a ordinována sestrou. Je takzvaně „šitá na míru“ jednotlivci a plně kopíruje jeho potřeby. Ošetrovatelský proces zapojuje aktivně i pacienta do plánování a realizace poskytované péče. Tím je u pacienta podporována nebo zvyšována jeho soběstačnost. (Staňková, 2004; Tothová et al, 2009).

Ošetrovatelský proces má nemalý význam pro sestru poskytující ošetrovatelskou péči. Umožňuje celému ošetrovatelskému týmu vyšší stupeň samostatnosti a organizace vlastní práce. Sestra zároveň vidí efektivnost své konkrétní činnosti. Díky kladné zpětné vazbě od pacientů je sestra více spokojená v zaměstnání. Sestra se vyhne rozporu se zákonem, pokud správně poskytuje péči na základě vypracovaného ošetrovatelského plánu, který je řádně sepsaný a naplněný. Realizace ošetrovatelského procesu v klinické praxi umožňuje, aby sestra reagovala na aktuální i potencionální potřeby a problémy pacienta. Tato reakce se následně přenesla do konkrétního individuálního plánu ošetrovatelské péče. Přesné záznamy v ošetrovatelské dokumentaci jsou žádoucí pro eliminaci chyb, zbytečné opakování určitých postupů či výkonů a zároveň mohou přispět ke zlepšení komunikace (Tóthová et al, 2009; Workman a Bennett 2006).

1.1.2 Fáze ošetrovatelského procesu

První fáze ošetrovatelského procesu spočívá ve zhodnocení zdravotního celkového stavu pacienta. Sestra v této fázi získá nezbytně nutné informace o pacientovi potřebné pro efektivně naplánovanou ošetrovatelskou péči. Již při příjmu pacienta do péče musí sestra sepsat ošetrovatelskou anamnézu. Z té se dozví, jaký je u pacienta standard v jednotlivých oblastech. Během hovoru s pacientem si sestra metodou pozorování

všímá všech specifických problémů a potřeb. Sestra provádí fyzikální vyšetření u pacienta. Na podkladě těchto zjištěných skutečností sestra sestavuje individuální ošetrovatelský plán (Staňková, 2009).

V průběhu druhé fáze ošetrovatelského procesu sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza sumarizuje problémy pacienta, které již nastaly, nebo mohou teprve nastat. Jde tedy o diagnózy aktuální a potencionální. Ošetrovatelská diagnóza je zaměřená na to, jak nemoc zasahuje do běžného života pacienta. Mění se podle aktuálního zdravotního stavu, zatímco diagnóza lékařská je neměnná. Ošetrovatelské diagnózy jsou zařazeny v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz Taxonomie Nanda II., která nabízí 206 ošetrovatelských diagnóz. Každá diagnóza má svůj specifický název a číselný kód a je zařazena do diagnostických domén. Domén je celkem třináct. První doména je podpora zdraví, druhá výživa, třetí vylučování a výměna, čtvrtá aktivita a odpočinek, pátá percepce a kognice, šestá sebepercepce, sedmá vztahy mezi rolemi, osmá sexualita, devátá zvládání a tolerance zátěže, desátá životní principy, jedenáctá bezpečnost a ochrana, dvanáctá komfort a třináctá růst a vývoj. V této fázi jsou pro sestru důležité její vlastnosti a schopnosti. Zejména objektivita, schopnost kritického myšlení, rozhodování a dedukce (Nanda International, 2010).

Třetí fázi ošetrovatelského procesu tvoří plánování ošetrovatelské péče. Sestra na podkladě stanovených ošetrovatelských diagnóz s respektem k diagnóze lékařské stanovuje cíle a způsoby (intervence) péče, kterými se budou řešit problémy pacienta. Vše je sestaveno v pořadí takovém, v jakém budeme postupovat (od nejdůležitějšího cíle a intervence). Stanovené cíle musí být reálné a sestra by měla svými zásahy tohoto cíle dosáhnout (Staňková, 2009; Tóthová et al, 2009).

Čtvrtou fází je realizace ošetrovatelského plánu v ošetrovatelském procesu. Vzájemně spojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden celek. Sestra se zaměřuje na dosažení stanovených cílů pomocí vykonávání daných intervencí sepsaných v plánu péče pacienta (Poledníková, 2006; Staňková, 2009).

Hodnocení účinnosti poskytované péče je pátou, a tedy poslední fází ošetrovatelského procesu. Sestra hodnotí efektivnost poskytnuté péče. Pro

ošetřovatelský proces je nezbytné zhodnocení všech fází ošetřovatelského plánu. Na podkladě zhodnocení získá sestra zpětnou vazbu, zda byla péče poskytnutá účinně. Hodnocení provádí jak sestra, tak i pacient, pokud se na sestavování plánu podílel (Staňková, 2009).

1.2 Ošetřovatelský proces u seniorů v domovech pro seniory

Poskytování ošetřovatelské péče seniorům v domovech pro seniory prostřednictvím kvalifikovaných sester je stále diskutovaným tématem a rozdílnost názorů je veliká. Přítomnost kvalifikovaných sester v domovech pro seniory je opodstatněná. Jen včasné rozpoznání problémů u seniorů zajistí rychlou, individuální a kvalifikovanou péči (Malíková, 2011).

Bez kvalitní, odborné a ucelené ošetřovatelské péče není možné pro seniory zajistit v domovech pro seniory péči v kompletním rozsahu. V domovech pro seniory je tedy poskytována ošetřovatelská péče v souladu se zásadami ošetřovatelského procesu s ohledem na specifika geriatrického ošetřovatelství. Geriatrické ošetřovatelství má především charakter aktivizační s použitím motivačních prvků. Tím podporuje seniora v jeho vlastní aktivitě zejména v oblasti rozvoje a udržování soběstačnosti. Na sestavení ošetřovatelského plánu se v domovech pro seniory podílí primární sestra, jsou jí přiděleni seniori, o které se stará po celou dobu pobytu. Díky tomuto systému zde dochází k mnohem hlubšímu vztahu mezi sestrou a seniorem (Malíková, 2011; Poledníková, 2006).

Posouzení seniora v první fázi ošetřovatelského procesu má svá specifika. Fáze posouzení představuje kompletní biopsychosociální zhodnocení seniora. Sestra zde musí rozeznat charakteristické změny a projevy související s fyziologickým stárnutím organismu. Na rozdíl od změn, které nemocí vznikly. Sestra od seniora získává anamnestické údaje. Anamnéza se skládá ze zdravotního stavu, osobní, psychologické, sociální a spirituální složky. Sběr dat sestra provádí pomocí pozorování a rozhovoru se seniorem ze zdravotnické dokumentace, propouštěcích zpráv a překladové ošetřovatelské dokumentace seniora. Důležité je systematické fyzikální vyšetření sestrou. Sestra ho provádí s ohledem na celkový stav seniora tak, aby senior nebyl příliš

vyčerpán. Při fyzikálním vyšetření sestra hodnotí celkový vzhled seniora a stav kůže, měří základní fyziologické funkce (krevní tlak, tepovou frekvenci, frekvenci dechu a tělesnou teplotu). Fyzikální vyšetření poskytuje sestře informace o fyzických a psychických schopnostech seniora ve vztahu k jeho sociální situaci a soběstačnosti. Geriatrické funkční vyšetření probíhá na podkladě testů a dotazníků. Mezi nejčastěji užívané testy patří: test základních denních činností podle Barthelové (ADL), test instrumentálních denních činností (IADL) a test kognitivních funkcí podle Folsteina (MMSE) (Poledníková, 2006).

Diagnostická fáze má také svá specifika. Sestra postupuje dle obvyklých činností. Nejprve zváží všechny zjištěné informace a poté je zapíše. Sestra porovnává verbální a neverbální sdělení a projevy seniora, sumarizuje výsledky fyzikálního a geriatrického vyšetření. Charakterističnost ošetrovatelských problémů u seniorů je daná nejen stařeckými tělesnými, psychickými a sociálními změnami, ale také polymorbiditou. Polymorbidita neboli výskyt více nemocí u jednoho člověka má tendenci celkový stav komplikovat. Z tohoto důvodu se může u seniora vyskytnout více aktuálních i potenciálních diagnóz. Ty mají dlouhodobý charakter vyžadující si nepřetržité sesterské intervence (Malíková, 2011; Poledníková, 2006).

V průběhu plánování, tedy fáze třetí, využívá sestra informace, které získala při posuzování a diagnostice. Do plánu péče sestra zapisuje ošetrovatelské diagnózy od té nejdůležitější. Sestra si se seniorem společně stanoví cíle, kterých má být dosaženo. Je důležité, aby cíl byl pro seniora reálný, dosažitelný a motivující. Sestra společně se seniorem ke každé diagnóze vypracuje intervence (kroky) vedoucí k naplnění cíle a stanoví termín vyhodnocení. Stanovené intervence by měly směřovat alespoň k částečné aktivizaci seniora a udržování, nebo podpoře jeho soběstačnosti. V důsledku polymorbidity a celkových stařeckých změn se objevují rozdílné problémy. Ty se samozřejmě navzájem ovlivňují. Jeden problém vždy podněcuje druhý a tím ošetrovatelské problémy narůstají. Vyřešení jednoho problému může pomoci k vyřešení problému jiného (Poledníková, 2006).

Realizace je u seniorů stejná jako u jiných pacientů. Sestra dodržuje vypracovaný ošetrovatelský plán a vykonává jednotlivé činnosti podle stanovených frekvencí a

rozsahu. Sestra průběžně zapisuje plnění činností do plánu péče. Při realizaci taktně seniorovi připomíná smysl prováděných činností a všímá si jejich efektu. Neodmyslitelnou součástí realizace je posouzení aktuálnosti stanovených intervencí. U seniora může totiž během chvíle dojít ke změně, která celkově ovlivní naplánovanou péči. Při plnění určitých intervencí je potřeba více sester (polohování, nácvik sedu, stoje a chůze). Přítomnost více sester vyžaduje taktnost, sehranou týmovou práci tak, aby nevyvolaly u seniora pocit bezmocnosti nebo neschopnosti. Velmi prospěšné je pokud může sestra zapojit seniora do plnění ošetrovatelských intervencí. Popřípadě lze zapojit i členy rodiny (Malíková, 2011; Staňková, 2009).

Fáze vyhodnocení je u seniorů oproti pacientům mladšího věku odlišná v tom, že pokroky bývají mnohdy nepatrné. Proto je zapotřebí trpělivosti ze strany seniora, jeho rodiny, ale také ošetřujícího personálu. Sestra společně se seniorem hodnotí efekt poskytované péče dle dohodnutého termínu. Dává seniorovi dostatečný prostor k jeho vyjádření, které plně respektuje. Mnohdy si sestry myslí, že společné hodnocení je neefektivní a zbytečné, ale opak je pravdou. Sestra by si měla vytvořit správné podmínky k hovoru se seniorem. Pokud není možné vést hovor se seniorem, sestra vede hovor s rodinou a ostatními členy ošetrovatelského týmu (Poledníková, 2006; Malíková, 2011)

1.3 Pojem senior, stáří a stárnutí

V současné době se velmi rozšířilo slovo senior. Slovo senior je dobře pochopitelné a zároveň těžko definovatelné. Za seniora je považován jedinec dříve narozený. Je pravdou, že tento pojem se nemusí vždy shodovat s věkem. Může být vyjádřením vážené funkce bez ohledu na věk v některých církvích (Pacovský, 2011).

Primární stárnutí je nevyhnutelné a charakteristické postupným úpadkem smyslů a systémů těla (Škubová, 2012). Stárnutí je pojem, pod kterým se skrývá souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a úbytkem výkonnosti jednotlivce. Stárnutí je tedy součtem změn, jimž organismus podléhá v průběhu času. Stáří nelze jednoznačně definovat. Lze říci, že stáří je pozdní fázi

ontogeneze, kde je mnohem nápadnější projev involučních změn se snižováním odolnosti organismu (Dvořáčková, 2012).

Již kořen slov stárnutí a stáří každému napoví, že mají něco společného. Hovoří se o tom, že stárnutí není věcí lidí, kterým je pomalu sto let, ale jde o proces, který nás provází celým životem. Stárnutí je tedy nepřetržitý děj, který probíhá od početí po smrt. Jde o zákonitý a fyziologický proces, kterému se nikdo nemůže vyhnout. Stáří není nemoc, ale zrovna tak jako stárnutí je přirozeným fyziologickým procesem. Stáří se dělí dle světové zdravotnické organizace na tři stádia. Rané stáří je charakterizováno do období od 60 do 74 let. Je také nazýváno obdobím vyššího věku. Další životní etapou je vlastní stáří v období 75 až 89 let. Toto období je považováno za stařecký věk neboli senium. Dlouhověkost se pak počítá od 90 let a výše. O tom, jak dlouho bude člověk žít, rozhoduje řada faktorů. Jeden ze základních činitelů je genetická dispozice, kterou ovlivnit nemůžeme. Další okolností je životní styl, který jednatlivec ovlivnit může (Haškovcová, 2006; Křivohlavý, 2011).

Vágnerová (2007) uvádí, že stáří je označováno za etapu postvývojovou, protože již nedochází k růstovým změnám, ale projevují se ve větší míře involuční změny. Stáří přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale nese sebou i pokles energie. Pro seniora je charakteristická potřeba být druhým prospěšný. U seniorů pocit nepotřebnosti vyvolává emoční zátěž a snížené sebevědomí. Pro seniora je důležité vědět, že někam a k někomu patří. Identita seniora závisí na příslušnosti k určité sociální skupině. Rodina je nejdůležitější složkou identity. Identita seniora je také spjata s místem, kde žije. Pokud je senior umístěn do domova pro seniory, ztrácí svou místní identitu. Jedinec prochází proměnou osobnosti směřující k jejímu konci. Většina lidí se se svou smrtelností vyrovnává rozličnými způsoby. Někteří utíkají do vzpomínek a fantazie, jiní zase rezignují a jen čekají na svou smrt. Někteří se snaží po sobě něco zanechat tak, že dokončují svá životní díla (Křivohlavý, 2011; Mlýnková, 2011).

1.3.1 Fyzické změny ve stáří

Stárnutí provází zhoršení fyzického stavu seniora. Proces fyzického stárnutí je individuální z hlediska času, rozsahu a závažnosti projevů. Podléhá dědičným

předpokladům a důsledkům vnějších vlivů, které během života na organismus působily (Vágnerová, 2007).

Během stárnutí dochází k nenávratným fyziologickým změnám. Tyto změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich jednotlivých orgánů. Některé ze změn probíhají pozvolna, jiné pak zase výrazně rychle. Probíhající změny jsou nejvíce pozorovatelné na kožním a pohybovém aparátu. Změny kožního ústrojí vznikají na podkladě snížené funkce mazových žláz. Kůže není schopna udržet vodu a zároveň ztrácí svou elasticitu. Kůže je vrásčitá, má vzhled pergamenového papíru. Objevují se „stařecké skvrny“ hnědé barvy na podkladě nahromadění melanocytů na jednom místě. Změnami prochází vlasy, chlupy a nehty, které jsou přídatnými orgány kožního ústrojí. Vlasy a chlupy šedivějí a řídnu. Nehty naopak ztlušťují a tvoří se na nich podélné rýhy (Dvořáčková, 2012).

U pohybového aparátu dochází ke snižování tělesné výšky, postupnému ochabování kosterních svalů, řidnutí kostí, úbytku kloubní chrupavky. Na podkladě těchto změn může senior trpět bolestmi svalů a kloubů a chodit v mírném předklonu. Je ohrožen častějšími zlomeninami (Mlýnková, 2011).

Kardiovaskulární systém má omezenou srdeční kapacitu. Srdeční chlopně ztrácejí svou pružnost a srdce není schopno přečerpávat dostatek krve, což se projevuje omezeným průtokem krve orgány. U cév klesá jejich elasticita na základě aterosklerózy a může dojít k hypertenzi (Dvořáčková, 2012).

Během procesu stárnutí se snižuje funkce respiračního systému. Snižuje se rychlost dýchání i objem vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Snižuje se vitální kapacita plic. Vzhledem k omezené čistící schopnosti řasinkového epitelu dochází k častým zánětům dýchacích cest (Vágnerová, 2007).

Trávicí systém bývá méně poškozen než předchozí systémy. Sliny a trávicí enzymy se tvoří v menším množství. Často je vadný chrup, nebo ten úplně chybí. Je snižena peristaltika střev, která vede k zácpě. Je omezeno vstřebávání živin (Dvořáčková, 2012).

Vylučovací systém podléhá změnám zejména u ledvin, které mají sníženou schopnost tvořit a vylučovat moč. Snižuje se objem močového měchýře a síla svěračů močové trubice, která vede k inkontinenci. Pohlavní systém také podléhá změnám.

Zcela individuální je sexuální aktivita seniorů. U mužů se změny pohlavních žláz projevují velmi pozvolna. U žen dochází ke změnám již po menopauze. Je ukončena sekrece pohlavních hormonů a zmenšují se prsní žlázy. Je snížena schopnost přirozeného zvlhčení pochvy (Mlýnková, 2011).

U seniorů dále dochází ke snížení vedení vzruchů periferního nervstva. Tím se celkově zvyšuje časový horizont pro příjem a zpracování informací. Všechny změny mají vliv na vzhled a chování seniora. Senior se často zabývá svou osobou, svými orgány a jejich funkcí. Tyto tělesné změny úzce souvisí se změnami psychickými (Bukáčková, 2012; Dvořáčková, 2012).

1.3.2 Psychické, kognitivní a emoční změny ve stáří

V období stáří dochází ke změnám psychických funkcí. Část těchto změn je podmíněna biologicky, jiné zase podléhají vlivům psychosociálním. Často jde o jejich interakci. S přibývajícím věkem může docházet k zintenzivnění některých charakterových rysů seniora. Negativní rysy osobnosti „vyplovají“ napovrch. Je ovšem důležité umět rozlišit odlišnosti v chování, které vznikly změnami ve stáří, od změn duševních, nebo somatických. Změny v chování biologicky podmíněné jsou považovány za znak stárnutí a jsou tedy vnímány za zcela normální. Patří sem potíže se zapamatováním a vybavením nových věcí, charakteristické je celkově zpomalené tempo. Může jít ovšem i o příznaky chorobných procesů, které jsou ze začátku jen těžko rozpoznatelné. V pozdějších fázích chorobných procesů jsou změny nápadné a zřejmé. Tyto změny vedou k změnám osobnosti zejména u Alzheimerovy demence. Proces stárnutí má vliv na strukturální a funkční změny mozku. Mozek u seniorů atrofuje, snižuje se jeho hmotnost, tloušťka mozkové kůry ubývá a zvyšuje se objem mozkových komor. Úbytek mozkové hmoty je spojen s narušením funkce, která řídí příslušnou oblast. Změny se odvíjejí podle toho, jakého senior dosáhl vzdělání, v jaké společnosti žil, jaký byl jeho životní styl. Postoj společnosti také ovlivňuje psychosociální změny u seniora tím, že se seniory manipuluje a směřuje je k přijetí určitého postoje či chování (Vágnerová, 2007; Venglářová, 2007).

Psychické změny je možné rozdělit na změny sestupné povahy, vzestupné povahy a ty, které se s věkem nemění. Změny sestupné povahy se projevují poklesem elánu, vitality, zbrzděním psychomotorického tempa, omezením schopnosti udržovat a navazovat nové vztahy, snížením výbavnosti, všípivosti a pozornosti. Do změn vzestupného charakteru lze zařadit zvýšení trpělivosti, vytrvalosti a tolerance k druhým lidem. Funkce, které se věkem nemění, jsou slovní zásoba, intelekt a jazyková vybavenost (Dvořáčková, 2012). U seniorů dochází ke změnám kognitivních funkcí. Zhoršuje se smyslové vnímání a paměť. S přibývajícím věkem klesá inteligence, schopnost tvořivosti a pozornost (Langmeier a Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2007). Probíhají změny u smyslových orgánů. Snižuje se zraková ostrost, schopnost oka adaptace na tmou a šero a na přechod z pohledu nablízko do dálky. Ve stáří je poměrně častý problém se zhoršeným sluchem. Zároveň dochází k poklesu chuťového a čichového vjemu (Mlýnková, 2011; Křivohlavý, 2002).

Emoční činnost seniora je podstatně jiná, než byla v mládí a v době dospělosti. Během procesu stárnutí emoční aktivita pozvolna ztrácí na intenzitě. Senior prožívá věci podstatně méně bezprostředně. Na okolí pak působí dojmem neúčastnosti, jako by se ho daná situace ani netýkala (Křivohlavý, 2002). Emoční změny ve stáří se projevují tím, že se senior stává emočně stabilnějším, což vede k většímu klidu a trpělivosti, na druhé straně k nezájmu, až apatii (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.3.3 Sociální změny ve stáří

Sociální stárnutí probíhá pod obrazem adaptace na odchod do důchodu, na změnu sociálního statutu, změnu životního programu a akceptace sociálních důsledků poruchy zdraví (Dučaiová a Litvínová, 2012). Sociální role seniora se mění odchodem do starobního důchodu. Končí životní etapa pracujícího člověka (Mlýnková, 2011). Sociální role a statut seniorů závisí na postoji společnosti ke stáří. Postoj společnosti se stále vyvíjí a mění. Senioři, kteří žijí doma, mají mnohem více plánů do budoucna. Oproti tomu senior žijící v domově pro seniory upadá do beznaděje a nemá zájem o sociální začlenění (Dvořáčková, 2012). Je zde tedy na místě snaha o aktivizaci seniora, která musí plně respektovat jeho individuální potřeby a přání. Podstatné je společně

nalézt motivaci ke stanovení cílů a společně je realizovat (Langmeier a Krejčířová 2006).

Je naprosto přirozené, že senior touží po prožití stáří ve svém přirozeném prostředí. Tedy tam, kde prožil svůj produktivní věk. V blízkosti rodiny a svých nejbližších. Bohužel někdy nastanou situace, kdy není možné, aby senior zůstal sám doma. Pokud není možné, aby vzniklou situaci řešila rodina, hledají se nové alternativy. Nejčastěji zvolená cesta je pobyt v zařízení sociálních služeb (domovech seniorů). Velikou výhodou pro seniora je, pokud si může sám vybrat a rozhodnout se, do jakého zařízení půjde. Senior, který nastoupil do zařízení sociálních služeb, ztrácí vše, na co byl doposud zvyklý. Adaptační proces na nově vzniklou sociální roli je velice individuální. Záleží na mnoha faktorech. Zejména na tom, jak byl senior informován o zařízení, do kterého byl přijat. Důležitou roli zde hraje personál. Podstatné jsou návštěvy rodinných příslušníků a jejich frekvence. Senior si zde hledá svoji novou sociální roli a postavení ve společnosti, do které byl přijat (Melková, 2012).

Senioři mnohdy trpí sociální izolací z důvodů nedoslýchavosti a špatného verbálního vyjadřování. Nedoslýchavý senior se vyhýbá kontaktu s druhými, protože nerozumí všemu, co bylo řečeno. Cítí se méněcenný a je i mnohdy podezřivý, že si lidé povídají o něm. Problém s vyjadřováním mají senioři z mnoha důvodů. Mají pomalejší výbavnost slov, některá slova zapomínají. Trvá jim déle, než se vyjádří, tím si připadají méněcenní a raději se komunikaci vyhýbají (Dvořáčková, 2012; Mlýnková, 2011).

1.4 Geriatrické syndromy

1.4.1 Úloha sestry u syndromu hypomobility, dekondice a svalové slabosti

Podstatou syndromu je vzájemně se podmiňující omezování pohybových aktivit, především lokomoce, chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Hypomobilita je specifikována jako malý objem pohybových aktivit. Dekondice je popisována jako stav závažného poklesu především ve vytrvalostní zdatnosti. Svalová slabost neboli sarkopenie je multikauzálně podmíněna úbytkem svalové hmoty ve stáří (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy spojené se syndromem hypomobility, dekondice a svalové slabosti dle NANDA I 2009-2011 jsou: zanedbávání sebe sama (00193), zhoršená tělesná pohyblivost (00085), zhoršená chůze (00088), riziko pádů (00155), zhoršený komfort (00214), chronická bolest (00133) (NANDA International, 2010).

Sestra motivuje seniory k pravidelné pohybové aktivitě, při zajištění bezpečného a pokud možno bezbariérového prostředí. Sestra zajistí návštěvy ergoterapeuta a mnohdy je potřeba i pomoci psychoterapeutické. U seniorů s dekondicí sestra naplánuje do intervencí rekondiční program vedoucí k tréninku zvyšování vytrvalosti. Svalová slabost vyžaduje po sestře také plánované intervence, zajištění fyzioterapeuta a nutričního terapeuta, který upraví seniorův nutriční stav dostatečným příjmem bílkovin a vitamínu D (Kalvach, 2008).

1.4.2 Úloha sestry u syndromu anorexie a malnutrice

Hubnutí spojené s nechutenstvím a rozvojem malnutrice bez podkladu dominantní nemoci je jedním z prvků geriatrické křehkosti. U seniorů dochází k postupnému nechutenství spojené se změnou zvyklostí stravování. Porce jídla jsou menší a mnohdy chybí pocit hladu. Důsledkem je postupný úbytek tělesné hmotnosti a svalové hmoty (Kalvach, 2008).

Dle NANDA I 2009-2011 jsou se syndromem spojeny tyto ošetrovatelské diagnózy: snaha zlepšit výživu (00163), nevyvážená výživa méně než je potřeba organismu (00002), porucha polykání (00103), poškozená dentice (00084), nauzea (00134) (NANDA International, 2010).

Sestra na základě rozhovoru se seniorem zjistí, že došlo k nechtěnému úbytku hmotnosti. Sestra vyhodnotí BMI index seniora a pomocí screeningu vyhodnotí nutriční stav. Sestra dohlíží na seniora, aby měl správné stravovací návyky, a zapisuje do dokumentace množství zkonsumované stravy. Zajistí seniorovi formu stravy takovou, aby jí snadno spolkl. Zjistí, co má rád k jídlu. Zajímá se o stav chrupu (Kalvach, 2008).

1.4.3 Úloha sestry u syndromu instability s pády

Instabilita se vzájemně propojuje se syndromy hypomobility, depresí, malnutricí, sarkopenií, dekondicí a terminální geriatrickou deteriorací. Jejími hlavními důsledky jsou pády. Instabilita může být způsobena závratěmi, nežádoucími účinky léků, dehydratací, poruchami srdečního rytmu, útlumem CNS a metabolickými poruchami (Kalvach, 2008).

Instabilita a riziko pádů je spojeno s ošetrovatelskými diagnózami dle NANDA I 2009-2011: riziko pádů (00155), riziko traumatu (00038), zhoršená schopnost přemísťování se (00090), zhoršená chůze (00088) (NANDA International, 2010).

Sestra u nestabilních seniorů s rizikem pádů musí vytvořit vhodné bezbariérové prostředí zamezující pádům zajistit seniorovi vhodnou obuv, opěrné pomůcky (hole, chodítka), na koupelnách a toaletách instalaci madel. Sestra naučí seniora ovládat signalizační zařízení. Domluví cvičení s fyzioterapeutem k posílení adaptačních mechanismů pro udržení rovnováhy (cviky na míči). Podává léky dle ordinace lékaře (Kalvach, 2008).

1.4.4 Úloha sestry u syndromu imobility

Imobilita je funkční stav, při kterém není pacient schopen volného a účelového pohybu. Imobilita může být částečná, nebo úplná. O částečné imobilitě hovoříme tehdy, pokud je pacient schopen omezeného pohybu, například při hemiparéze nebo hemiplegii popřípadě má pohyb omezen z důvodu zlomené končetiny. Úplná imobilita bývá spojena s pacienty v bezvědomí. Imobilizační syndrom je často projevem závažné akutní dekompenzace zdravotního stavu pacienta, nebo terminální fáze geriatrické křehkosti (Kalvach, 2008; Poledníková, 2006).

S imobilitou souvisí ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I 2009-2001: nevyvážená výživa méně než je potřeba organismu (00002), snížený objem tekutin v organismu (00027), zhoršené vylučování moči (000165), zácpa (00011), narušený vzorec spánku (00198), zhoršená pohyblivost na lůžku (00091), zhoršená tělesná pohyblivost (00085), neefektivní vzorec dýchání (00032), riziko osamělosti (00054),

bezmocnost (00125), riziko infekce (00004), riziko aspirace (00039), riziko pádů (00155), narušená integrita kůže (00046), riziko narušení integrity kůže (00047), narušená integrita tkáně (00044), zhoršený komfort (00214), sociální izolace (00053) (NANDA International, 2010).

Sestra předchází komplikací syndromu. Mobilizuje pacienta na lůžku i mimo něj, provádí polohování. Imobilním seniorům provádí bandáže dolních končetin. Dbá na dostatečný příjem tekutin a stravy, vše zapisuje do dokumentace. Provádí u seniora kompletní ošetrovatelskou péči. Zajistí cvičení s fyzioterapeutem. Komplikacemi jsou tromboembolická nemoc, hypoventilace a respirační infekce, svalová atrofie, dekalifikace skeletu, flekční kontraktury, porucha koordinace pohybu, dehydratace, malnutrice, poruchy mikce a defekace, psychická alterace a vznik dekubitů (Kalvach, 2008).

1.4.5 Úloha sestry u syndromu inkontinence

Dle mezinárodní společnosti pro inkontinenci je inkontinence moči stav nedobrovolného úniku moči, který představuje zdravotně psychologický a sociálně hygienický problém. Z geriatrického hlediska je potřeba rozlišit dvě různé situace a to inkontinenci jako dílčí faktor, nebo inkontinenci jako multikauzální geriatrický syndrom (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy spojené s inkontinencí jsou: funkční inkontinence moči (00020), močová inkontinence s přetékáním (00176), reflexní inkontinence moči (00018), stresová inkontinence moči (00017), urgentní inkontinence moči (00019), riziko urgentní inkontinence moči (00022), snaha zlepšit vylučování moči (00166), inkontinence stolice (00014), deficit sebepěče při vyprazdňování (00110), riziko narušení integrity kůže (00047), zhoršený komfort (00214) (NANDA International, 2010).

Močovou inkontinenci rozdělujeme na inkontinenci stresovou, reflexní, inkontinenci z přeplnění, urgentní a funkční. Inkontinence stolice vzniká na podkladě neschopnosti ovládat vylučování stolice přes anální otvor s následným únikem stolice. Sestra posuzuje faktory přispívající ke vzniku inkontinence. Pacientům zajišťuje přístup

k toaletě, pokud je pacient mobilní. Sestra vždy pacientovi ukáže signalizační zařízení. Dbá na to, aby pacient měl vždy soukromí při vyprazdňování. Naučí pacienta správnému rytmu močení, informuje o správném pitném režimu o tekutinách a potravinách, které jsou nevhodné. Sestra dále pacienta učí cviky vedoucí k posílení pánevního dna a břišního svalstva. V případě, že je pacient imobilní, sestra zařídí vhodné pomůcky pro inkontinentní. U imobilních pacientů se snaží vypěstovat defekační a mikční proces tím, že pacienta každý den ve stejnou dobu posadí na toaletu, nebo toaletní křeslo. Sestra se dále stará o výměnu pomůcek pro inkontinentní, při které provede důkladnou hygienu genitální oblasti a následně důkladné ošetření pokožky (Poledníková, 2006).

1.4.6 Úloha sestry u syndromu kognitivního deficitu, demence a poruch paměti

Za významnou složku involučního poklesu, rozvoje geriatrické deteriorace a křehkosti je považován již mírný kognitivní deficit. Deficit zvyšuje riziko nepříznivých dopadů různých nemocí, zdravotních výkonů a jiných stresorů u seniorů. Delirium je typickým rizikem. Nebezpečí mnohonásobně zvyšuje rozvoj syndromu demence. Kognitivní funkce, mezi něž patří paměť a učení, se s přibývajícím věkem mění. Snižuje se schopnost myšlení a zpomaluje se výbavnost paměti. U seniora s demencí jsou postiženy tři oblasti funkcí a to kognitivní funkce, aktivity denního života a chování, emotivita a cyklus spánku. Na základě demence dochází k degradaci osobnosti různého stupně a často bývá poškozena i motorika (Kalvach, 2008).

Dle NANDA- I 2009-2011 jsou se syndromem kognitivních funkcí, demence a poruch paměti spjaty tyto ošetřovatelské diagnózy: deficit sebeděče při koupání (00108), deficit sebeděče při oblékání (00109), deficit sebeděče při stravování (00102), deficit sebeděče při vyprazdňování (00110), akutní zmatenost (00128), chronická zmatenost (00129), zhoršená paměť (00131), narušená osobní identita (00121), úzkost (00146), sociální izolace (00053), narušený vzorec spánku (00198) (NANDA International, 2010).

Sestra se zaměřuje na příčinné a přispívající faktory vedoucí k poruchám paměti a vzniku demence. Pozoruje chování pacienta, zabezpečuje a dohlíží na pacientovo

bezpečí. Poskytuje dostatek podnětů stimulující smysly. S pacientem hovoří a jedná přiměřeně jeho stavu tak, aby jí pacient pochopil, a ujišťuje se, že byla pochopena (Kalvach, 2008).

1.4.7 Úloha sestry u syndromu deliria

Delirium je specifikováno jako komplexní psychická porucha zpravidla krátkého trvání, ale často se opakujícího. Delirium je popisováno jako nespecifická reakce na různé faktory. Někdy není možné zjistit vyvolávající podněty. Pro výskyt delirií jsou předpokladem mozkové organické změny, které jsou spjaty s poruchou kognitivních funkcí, zejména demence. Geriatřičtí pacienti trpící deliriem jsou ohroženi úrazy, pády, farmakologickým útlumem a vznikem imobilizačního syndromu. Delirium dělíme na hyperaktivní formu, hypoaktivní formu a smíšenou formu. Pro vznik deliria musí být přítomna jak somatická příčina, tak i spouštěče delirií, kterými jsou dehydratace a metabolické změny, hypoxie mozku, alkohol a jiné omamné látky, nežádoucí účinky léků, průjemy a zvracení, pooperační období, imobilita, stres a bolest (Kalvach, 2008; Venglářová, 2007).

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I 2009-2011 související s deliriem jsou: syndrom zhoršené interpretace okolí (00127), akutní zmatenost (00128), riziko pádů (00155), riziko sebepoškození (00139), riziko násilí vůči jiným (00138), riziko násilí vůči sobě (00140) (NANDA International, 2010).

Sestra se zaměřuje na faktory, které mohou u pacienta delirantní stavy vyvolávat. Pozoruje celkový stav a chování pacienta. Zajistí bezpečné prostředí pro seniora. Zamezí vzniku úrazu. Dbá na dostatečnou hydrataci pacienta, podává léky dle ordinace lékaře, kontroluje žádoucí i nežádoucí účinky léků. Dbá o mobilizaci pacientů. Zajistí prostředí s dostatečným množstvím sensorických podnětů. Vyhodnocuje škálu bolesti (Kalvach, 2008; Poledníková, 2006).

1.4.8 Úloha sestry u syndromu týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka

Částečná či úplná ztráta soběstačnosti a závislost na druhé osobě může modifikovat nevhodné chování ze strany pečovatele. Jde o formu úmyslného týrání všech druhů. Tělesné týrání je nejzjevnější formou. U psychického a citového týrání jde o verbální formu, která je obtížně dokazatelná. Sexuální obtěžování a zneužívání je méně častou formou, pokud se vyskytuje, pak především v ústavech sociální péče. Finanční a materiální zneužívání je v seniorském věku časté a jde o vynucování peněz a přivlastňování si majetku seniora. U zanedbávání péče jde o selhání pečovatele vůči svěřené osobě. Zanedbání péče o sebe sama vzniká tehdy, pokud senior nedodržuje základní hygienická pravidla a sociální normy. U seniorů se také vyskytuje Diogenův syndrom znám spíše jako „sběratelská vášeň“ (Kalvach, 2008).

S týráním souvisí ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I 2009-2011:), riziko oslabení lidské důstojnosti (00174), beznaděj (00124), bezmocnost (00125), situačně snižená sebeúcta (00120), zhoršená sociální interakce (00052), posttraumatický syndrom (00141), úzkost (00146), strach (00148), narušená integrita kůže (00046) (NANDA International, 2010).

Sestra by měla poznat stopy týrání a reagovat na ně. Měla by se zaměřit na nejasné pády a úrazy, stesky na týrání, nevysvětlitelné defekty na těle, náhlé změny chování jako je strach, rezignovanost, pasivita, pro daného seniora neobvyklé peněžní výdaje (Kalvach, 2008).

1.4.9 Úloha sestry u syndromu teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří

Na základě involučních změn u seniora dochází ke změnám v termoregulaci. U křehkých geriatrických pacientů dochází k chorobným procesům. Dochází k involučnímu poklesu termoregulace a zhoršené adaptabilitě na teplotní zátěž. Úbytek aktivní tělesné hmoty a změna tělesného složení vede k zhoršení podmínek pro tvorbu tepla. Tepelné cití je také změněno a dochází k významnému poklesu schopnosti rozeznat teplotní rozdíly a k poruchám vazokonstrikce a vazodilatace (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy spojené s poruchou termoregulace dle NANDA I 2009-2011 jsou: riziko nerovnováhy tělesné teploty (00005), hypotermie (00006), hypertermie (00007), neefektivní termoregulace (00008), snížený objem tekutin v organismu (00027), riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028) (NANDA International, 2010).

Sestra provádí preventivní kroky u seniorů proti přehřátí omezením pohybové aktivity, seniora obléká do vzdušného oděvu. Dbá na zvýšený příjem tekutin. Pobyt na slunci minimalizuje. Naopak proti prochlazení seniorů sestra činí kroky jako je dostatečné vrstvení oděvů. V případě prochlazení sestra zajistí pomalé zahřívání a dostatek tekutin (Kalvach, 2008).

1. 4. 10 Úloha sestry u syndromu dehydratace

Dehydratace je závažný soubor příznaků souvisejících s deficitem tělesné vody. Dehydrataci dělíme na hypertonickou, izotonickou a hypotonickou. Příznaky dehydratace se velmi liší. Základní otázkou není kolik tekutiny v organismu chybí, ale jaká tekutina. Jednotlivé druhy dehydratace se mnohdy kombinují. U seniorů je dehydratace často součástí imobilizačního syndromu, syndromu demence, nemoci z přehřátí, nebo jako součást instability a delirií (Kalvach, 2008).

Dle NANDA I 2009-2011 jsou s dehydratací spojeny tyto ošetrovatelské diagnózy snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160), snížený objem tekutin v organismu (00027), únava (00093), akutní zmatenost (00128), poškozená sliznice ústní (00045) (NANDA International, 2010).

Sestra proti vzniku dehydratace u pacientů neustále připomíná nezbytnost pitného režimu. Aktivně nabízí tekutiny ležícím pacientům a pacientům s demencí. Zaznamenává do dokumentace příjem a výdej tekutin za 24 hodin. U rizikových pacientů sestra sleduje možné příznaky dehydratace- suchou ústní sliznici, rychlý úbytek hmotnosti, oligurii, tachykardii, změny v psychickém stavu (Kalvach, 2008).

1. 4. 11 Úloha sestry u syndromu duálního senzorického deficitu

Jde o kombinaci smyslového postižení s velkým rizikem komunikační a senzorické deprivace, osamělosti a prázdnoty. U geriatrických pacientů deficit vzniká na základě involučních změn. Má multikauzální etiologii, chronický průběh, souvisí s postupnou deteriorací a disabilitou. V neposlední řadě je spjat s ostatními geriatrickými syndromy a symptomy. Postižení dvou smyslů zároveň významně ovlivňuje pohyb, komunikaci, orientaci a sociální začlenění (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy spojené s duálním senzorickým deficitem dle NANDA I 2009-2011. Zhoršená schopnost přemístování se (00090), syndrom zhoršené interpretace okolí (00127), narušené smyslové vnímání vizuální a auditivní (00122), zhoršená verbální komunikace (00051), riziko osamělosti (00054), riziko pádu (00155) (NANDA International, 2010).

Sestra k pacientům s duálním senzorickým deficitem přistupuje taktně. S pacienty hovoří tak, aby jí porozuměli, s dodržением všech zásad komunikace s pacientem se zhoršeným sluchem a zrakem. Pacienti mají právo i na tlumočnicka znakové řeči, pokud není možná jiná domluva. Sestra se vždy ujistí, zda byla pacientem pochopena. Sestra zajišťuje pacientům správnou orientaci v prostoru, dbá na to, aby byly odstraněny veškeré překážky, o které by se mohl pacient poranit. Pacientům sestra zajistí kompenzační pomůcky zrakové i sluchové, například naslouchadla, brýle a lupy. Pacientům zajišťuje pohybové aktivity- chůzi s doprovodem, vysazování ležících pacientů a jejich vyvážení mimo pokoj pro stimulaci smyslů. Sestra dále zajišťuje spolupráci s ergoterapeuty a speciálními pedagogy (Kalvach, 2008; Mlýnková, 2011).

1. 4. 12 Úloha sestry u syndromu maladaptace

Jedním ze základních prvků involučního úbytku potenciálu zdraví, etiologie a patogeneze geriatrické deteriorace je pokles schopnosti adaptace a odolnosti vůči zátěži. Senioři trpí nedostatkem psychosociální podpory, osamělostí a komunikační deprivací, úzkostí a depresí. Senioři by měli být, pokud je to možné, na případné změny včas připraveni a seznámeni s nově nastalými situacemi (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I 2009-2011 spojené s maladaptací jsou: narušený vzorec spánku (00198), nedostatek zájmových aktivit (00097), zhoršená sociální interakce (00052), stresový syndrom z přemístění (00114), úzkost (00146), truchlení (00136), sociální izolace (00053) (NANDA International, 2010).

Sestra se v procesu adaptace seniora na nové prostředí nebo situaci zaměřuje na celkový stav pacienta. S novou situací seniora seznamuje, je mu vždy schopna odpovědět na otázky. Sestra zajišťuje psychoterapeutickou podporu, provádí kontrolu kvality péče a konstruktivně řeší nastalé problémy. Sestra vždy bere ohled na to, že každý člověk je individuum a proces adaptace je pro každého jinak dlouhý (Kalvach, 2008).

1. 4. 13 Úloha sestry u syndromu terminální geriatrické deteriorace

U geriatrických pacientů, kteří jsou většinou multimorbidní, dochází k poměrně rychlé deterioraci stavu, směřující neodvratně k smrti. V souvislosti se syndromem terminální geriatrické deteriorace neboli úpadku dochází k poškození orgánovému, k funkčním deficitům a adaptačnímu omezení. Mezi obvyklé projevy patří únava, anorexie a malnutrice, imobilita, apatie, delirantní stavy a opakující se infekce. Syndrom probíhá ve čtyřech fázích. První fáze je asymptomatická, kdy involuční změny nedosahují klinické významnosti. Fáze druhá se projevuje klinickou manifestací, involučními změnami a chronické nemoci zde nabývají významu. U třetí fáze dochází k narušení soběstačnosti a sebeobsluhy. Terminální čtvrtá fáze je, charakteristická především upoutáním na lůžko a imobilizačním syndromem (Kalvach, 2008).

Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I 2009-2011 spojené se syndromem terminální geriatrické deteriorace jsou shodné s diagnózami všech předchozích syndromů.

Sestra se u geriatrických pacientů v terminálním stádiu zaměřuje na zabezpečení všech základních potřeb v rámci paliativní péče. Podává léky dle ordinace lékaře. Zabezpečuje klidné prostředí, je pacientovi vždy na blízku a je mu oporou. Plněním ošetrovatelských intervencí předchází vzniku komplikací. Dbá o dostatečnou výživu a

příjem tekutin. Předchází vzniku imobilizačního syndromu a rizikům s ním spojených (Kalvach, 2008).

1.5 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu vyššího věku, a těm, kteří potřebují pravidelnou pomoc v oblastech soběstačnosti a osobní péče. Těmto osobám nedovoluje jejich nepříznivá sociální situace žít ve svém domácím prostředí. V domovech pro seniory je poskytována komplexní péče a pobyt zde nahrazuje domácí prostředí. Mezi základní činnosti a úkony poskytované v domovech pro seniory patří ubytování, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování sociálních kontaktů, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv. Seniorům je zde poskytována také zdravotní péče zprostředkovaná všeobecnými sestrami. Do domovů dochází smluvní lékaři, tedy praktičtí lékaři klientů. Sestry se v domovech řídí ordinací praktických lékařů. Poskytnutá zdravotní péče je vykazována zdravotním pojišťovnám (Králová a Rážová, 2012).

Mezi další povinnosti patří zajištění dostupnosti informací o druhu, místě, cílech a okruhu osob, kterým je služba poskytována. Domovy pro seniory informují zájemce o všech povinnostech, které pro žadatele vyplývají ze smlouvy a o úhradách za poskytovanou sociální službu. Mezi další povinnosti patří plánování průběhu sociální služby na základě osobních cílů příjemce služby neboli uživatele (dále jen uživatel). V domovech pro seniory se musí vést evidence žadatelů o službu. Musí být vytvořeny standardy kvality sociálních služeb (Krajský úřad, 2010). To vše upravuje § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a §15 provádějící vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění (Králová a Rážová, 2012).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci zprostředkovanou sociálními službami a příspěvkem na péči. Upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, inspekci sociálních služeb a předpoklady pro

vykonávání činnosti v sociálních službách. Zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka (Králová a Rážová, 2012; Vurm, 2008).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit využití ošetrovatelského procesu v domově seniorů

Cíl 2: Zjistit význam ošetrovatelského procesu z pohledu sester v domově seniorů

2.2 Výzkumné otázky

1. Které fáze ošetrovatelského procesu využívají sestry v péči o seniora v domově seniorů?

2. Jaký význam má podle sester v domově seniorů ošetrovatelský proces pro seniory?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum probíhal v období únor až březen 2013 v domově seniorů v Jihočeském kraji. Výzkumné šetření povolila ředitelka domova (příloha 4). Sestry z domova seniorů byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a důvodem výzkumného šetření. Sestry byly ochotny podstoupit hloubkový rozhovor a povolily jej nahrát na diktafon. Při výzkumném šetření jsem zastávala roli „domorodce“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Byla zvolena metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru (in-depth interview). Metodu hloubkového rozhovoru lze definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu většinou jedním dotazovatelem pomocí otevřených otázek (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Dotazování a rozhovor byl veden se sestrami z domova seniorů v Jihočeském kraji podle předem sestavených výzkumných otevřených otázek (příloha 1), které byly doplněny dotazováním. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány do písemné formy (příloha 2). Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. Na tyto jednotlivá čísla je odkazováno v textu, například R3 (respondentka 3).

Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou papír a tužka (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny, několikrát pečlivě přečteny a metodou tužka a papír kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií, které byly zakódovány pojmy nadřazenými. V rozhovorech byla vyhledávána nejčastější slova, kterými se respondentky vyjádřily k jednotlivým podkategoriím. Každé slovo z podkategorie bylo v rozhovoru označeno pro přehlednost jinou barvou. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných schémat. Na podkategorie je odkazováno například R3/15. To znamená, že třetí respondentka se zmínila na řádce 15 o dané podkategorii, která může být doplněna přímou citací respondentky (příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo 6 všeobecných sester pracujících v domově seniorů.

Tabulka 1- Identifikační údaje

respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6
věk	23	35	50	51	46	49
nejvyšší vzdělání	vysokoškolské	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou
pracovní zařazení	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra
počet let praxe	18 měsíců	8 let	30 let	31 let	12 let	31 let

Zdroj: vlastní výzkum

Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 respondentek ve věku od 23 do 51 let. Průměrný věk respondentek je 42 let. Jedna respondentka má vysokoškolské vzdělání, ostatní mají středoškolské vzdělání s maturitou. Všechny respondentky jsou v domově pro seniory zařazeny jako všeobecná sestra. Délka praxe respondentek je 18 měsíců až 31 let. Průměrná délka praxe respondentek činí 19 let.

3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

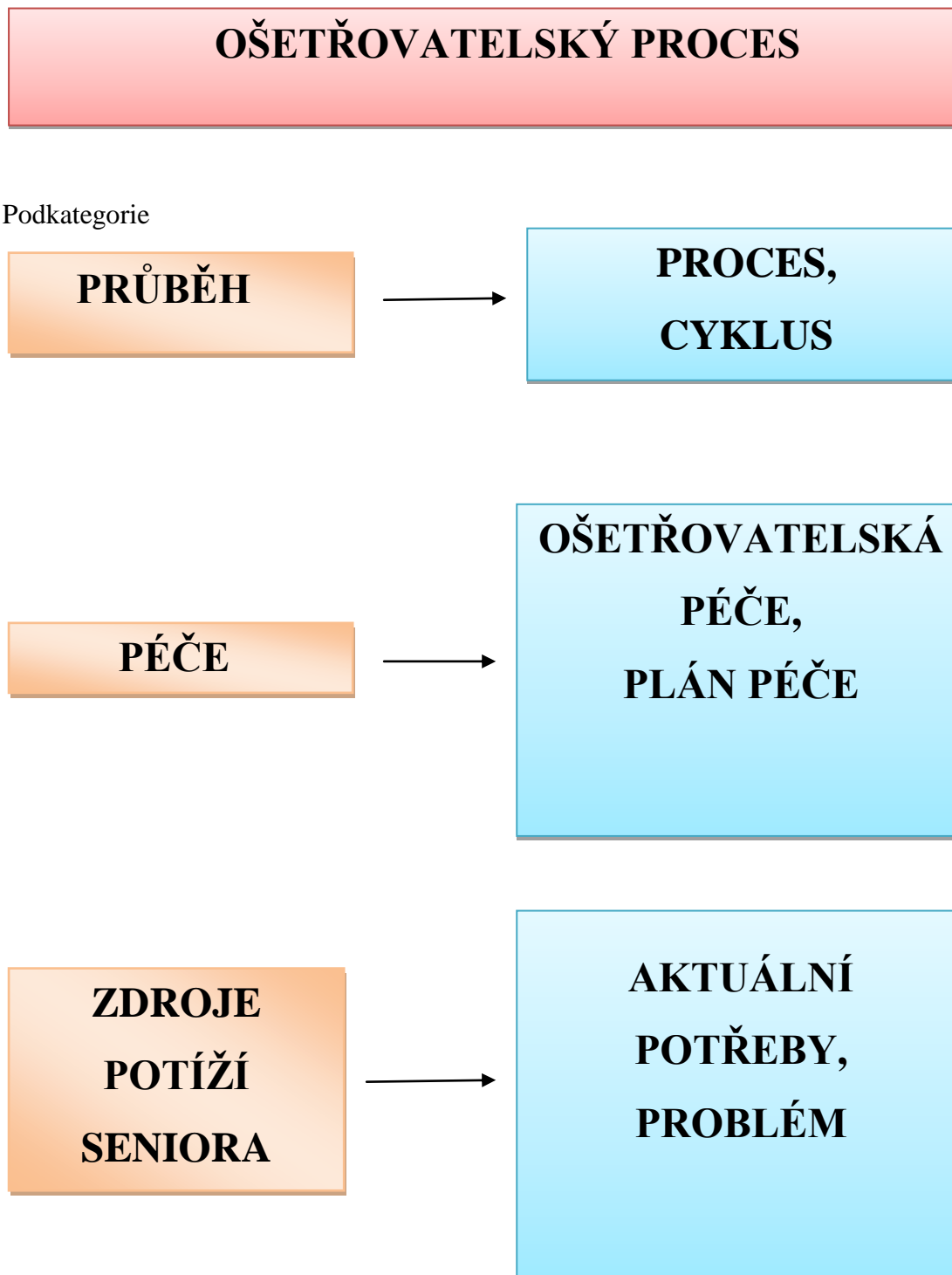
Domov seniorů (dále jen domov), ve kterém probíhalo výzkumné šetření, je příspěvková organizace zřízená Jihočeským krajem, poskytující pobytové sociální služby seniorům a osobám se zdravotním postižením především z Jihočeského kraje v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (§49) a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tyto služby poskytuje domov i osobám, které ještě nedosáhly věku pro

přiznání starobního důchodu, ale z důvodu snížené soběstačnosti jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Posláním domova je poskytnout podporu osobám, které mají zejména z důvodu vysokého věku a zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost. Nemohou již žít v domácím prostředí a pomoc jim nemůže být zajištěna jejich rodinou, terénními ani ambulantními sociálními službami. Domov zajišťuje základní potřeby a vytváří takové prostředí a podmínky, aby senioři nešli do domova svůj život dožít, ale mohli žít aktivním, běžným způsobem života a prožili zde důstojné a co nejkvalitnější stáří. Cílem domova je zajistit uživatelům služby základní životní potřeby zejména ubytování, stravování, hygienu a péči o vlastní osobu. Domov také poskytuje zdravotní a ošetrovatelskou službu. Umožňuje seniorům zapojit se do běžného společenského života a seberealizovat se. Vytváří příležitosti pro kontakt se svými vrstevníky a rodinnými příslušníky. Podporuje seniory při vyřizování osobních záležitostí, prosazování práv a zájmů. Zásadami poskytované služby domova jsou podpora samostatnosti a vlastní aktivity uživatelů, tedy nedělat za ně věci, které zvládnou udělat sami nebo s dopomocí. Domov poskytuje služby každému uživateli individuálně dle jeho možností a potřeb, podporuje uživatele ve volbě způsobu řešení jejich situace, umožňuje uživatelům rozhodnout se a nést za svá rozhodnutí odpovědnost. O veškeré potřeby uživatelů se zde stará celkem 65 zaměstnanců. Jsou zde administrativní pracovníci, pracovníci údržby, úklidu, kuchařky a největší počet zaměstnanců tvoří zdravotní úsek o počtu 35 zaměstnanců. Na zdravotním úseku pracuje celkem 7 všeobecných sester a 28 pracovníků v přímé péči o uživatele.

Z důvodu malého výzkumného vzorku a ochrany osobních dat, není záměrně uváděn název domova, ve kterém výzkumné šetření proběhlo.

4 Výsledky

Schéma 1- Kategorie ošetrovatelský proces



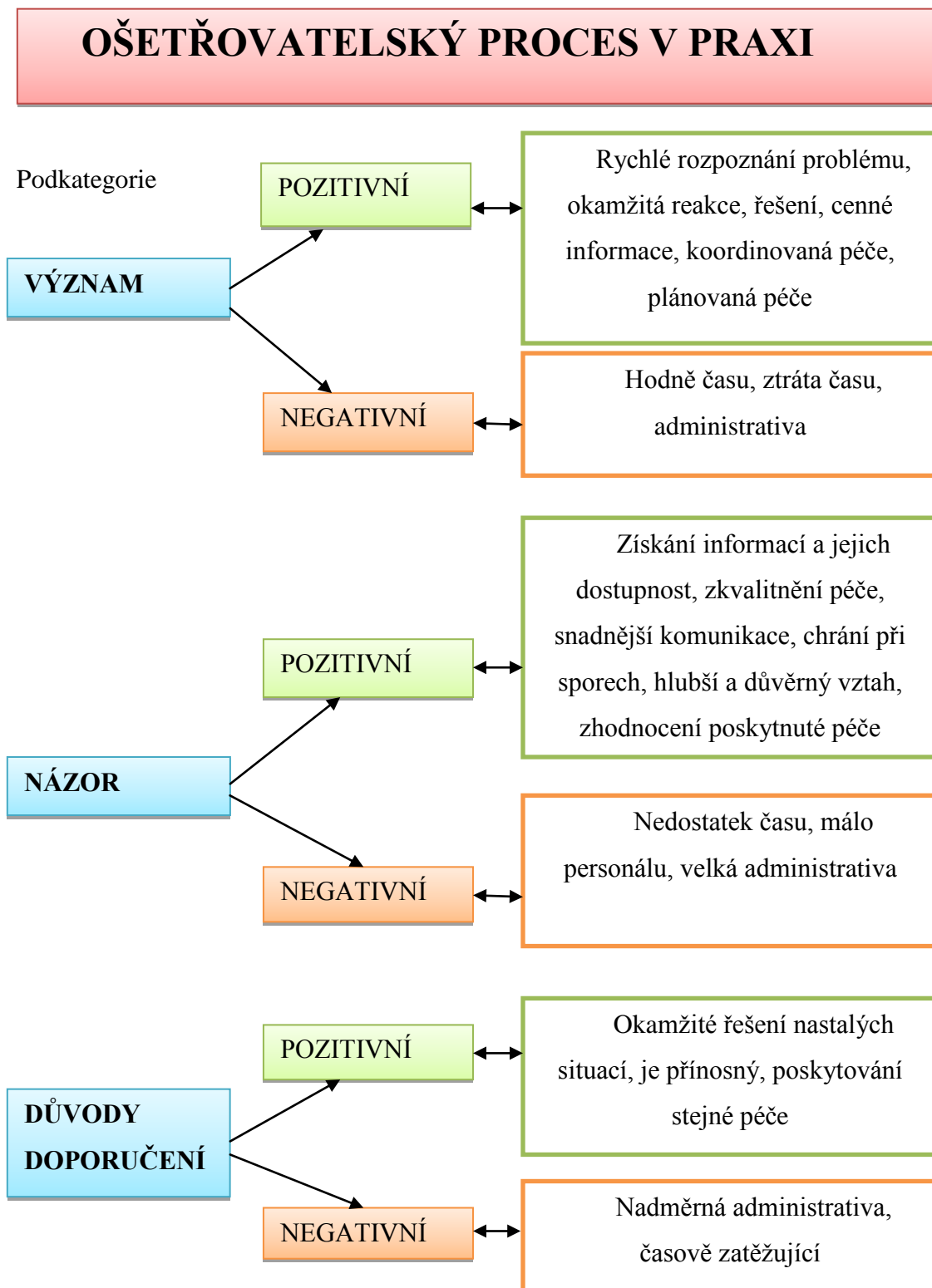
Ošetrovatelský proces

Kategorie ošetrovatelský proces je zaměřena na všeobecné znalosti respondentek o metodě ošetrovatelský proces a na jeho definování respondentkami. Veškeré všeobecné znalosti respondentek o ošetrovatelském procesu byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena kategorie Ošetrovatelský proces. K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: průběh, péče a zdroje potíží seniora. Do jednotlivých podkategorií byly zakódovány výrazy, kterými nejčastěji respondentky ošetrovatelský proces definovaly. Veškerá analyzovaná data jsou shrnuta v přehledném schématu 1.

Z rozhovorů vyplynulo, že respondentky mají všeobecné znalosti o metodě ošetrovatelský proces. Každá respondentka sice ošetrovatelský proces definovala jinak, ale všechny uvedly společné znaky, které jsou pro ošetrovatelský proces specifické. R1 uvádí, že ošetrovatelský proces je: *„Proces, ve kterém sestry poskytují péči pacientům dle aktuálních potřeb a problémů.“* R2 vidí ošetrovatelský proces jako: *„aktivní ošetrovatelská péče, kterou sestra provádí ve prospěch nemocného.“* R3 se o ošetrovatelském procesu vyjádřila takto: *„Je to ošetrovatelská péče. Sestra provádí veškerou péči ve prospěch uživatele. Plánuje jí a pak podle plánu péči poskytuje.“* R4 vyjádřila definici ošetrovatelského procesu jako: *„Způsob plánování a realizování ošetrovatelské péče. Zjišťují se potřeby a uživatelů a ty se pak naplňují. Všechno se zapisuje do plánu péče.“* R5 na ošetrovatelský proces pohlíží takto: *„Jako cyklus vyhledávání a zjišťování potřeb uživatele a jejich následné naplnění.“* R6 definuje ošetrovatelský proces: *„Jako základ komplexní ošetrovatelská péče. Která se poskytuje na základě plánu. Jde o plánování, realizaci a hodnocení poskytnuté péče.“*

- proces R1/1
- cyklus R5/1
- ošetrovatelská péče R2/1; R3/1; R4/1; R6/1,
- plán péče R3/2; R4/2; R6/1
- aktuální potřeby R1/1,
- problém R1/2; R5/1.

Schéma 2- Kategorie ošetrovatelský proces v praxi



Ošetrovatelský proces v praxi

Kategorie ošetrovatelský proces v praxi se zaměřila na to, jak respondentky vnímají metodu ošetrovatelského procesu, na jeho význam pro sestry s ním pracující a na straně druhé pro seniora, který péči přijímá, to ale vše z pohledu respondentek. Všechny tyto poznatky respondentek byly podrobeny analýze dat, ze kterých je vytvořena tato kategorie: Ošetrovatelský proces v praxi. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie- význam, názor a důvody doporučení. Jednotlivé podkategorie jsou dále děleny na stránku negativní a pozitivní. Podkategorie tvoří zakódované vyjádření jednotlivých respondentek, které jsou shrnuty ve schématu 2.

Respondentky se shodly na významu ošetrovatelského procesu ve více bodech a ani jejich názory se moc neliší, spíše se shodují s jejich vyjádřením k významu ošetrovatelského procesu. Nevidí v něm ovšem pouze význam kladný, ale také ho vnímají jako zatěžující systém práce. R1 se domnívá, že ošetrovatelský proces má kladný význam: *„Podle mě pomůže rychleji rozpoznat problém nebo potřebu u uživatelů a to pomáhá jak uživatelům, tak i personálu.“* R2 se zmiňuje o kladném významu ošetrovatelského procesu pro sestru: *„Má své opodstatnění a může sestru chránit při sporech.“* Jako negativní význam uvedla R2 zmiňuje: *„Nedostatek času, málo personálu a velká administrativa.“* R3 význam ošetrovatelského procesu pro sestru specifikuje: *„Je to navázání blízkého a důvěrného vztahu mezi uživatelem a sestrou.“* R4 popisuje význam ošetrovatelského procesu jako: *„Zajištěný větší dostupnosti všech informací o uživateli.“* R5 vidí význam ošetrovatelského procesu pro seniora takto: *„Svým způsobem zkvalitňuje péči o uživatele.“* R6 se domnívá, že význam ošetrovatelského procesu je *„Určitě je to o tom, že je veškerá péče plánovaná. Tudiž jí všechny sestry poskytují stejně. Sestry si mezi s sebou můžou snáze předávat veškeré informace a poznatky.“* Názory respondentek jsou odlišné a rozpačité, R1 uvádí: *„Jeho používání je přínosné, protože pomáhá sestrám určit problémy pacientů a to i ty potencionální.“* R2 svůj názor vyjádřila vcelku negativně: *„Je to ztráta času, kterého je, podle mě, na klienty velice málo.“* R3 ve svém vyjádření uvádí: *„Pomáhá nám zjistit problémy u uživatelů a pak je řešit.“* R4 je toho názoru: *„Je pravda, že plánovaná péče*

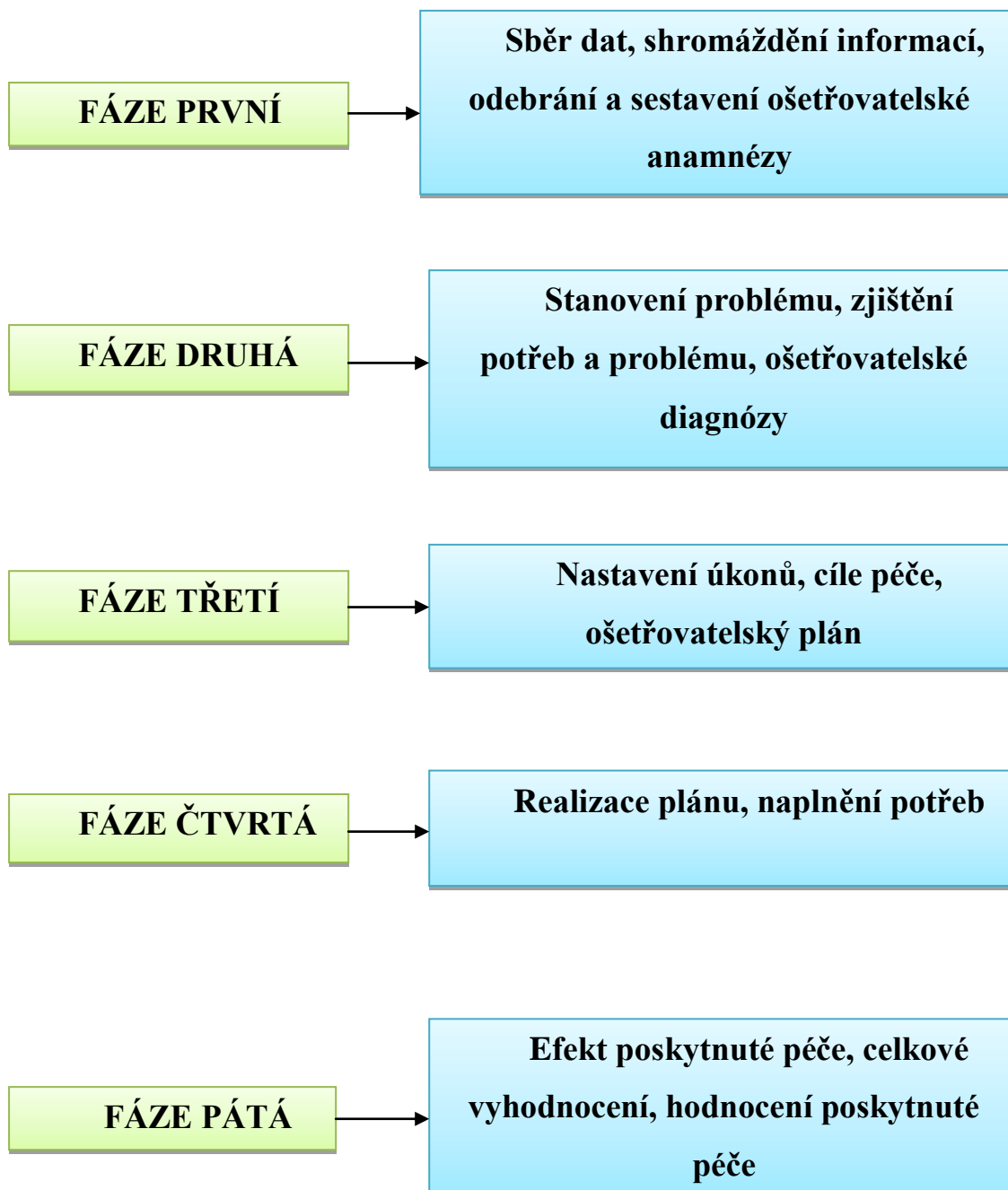
má své výhody jak pro sestry, tak pro uživatele, ale zabere to strašně moc času.“ R5 říká: „Podle mě je jediná výhoda, že se poskytuje koordinovaná péče uživatelům, která je snáze dohledatelná.“ Svůj názor R6 vyjádřila takto: „Nemyslím si, že je špatný, ale je časově náročný.“ Z analýzy rozhovorů dále vyplývá, že se respondentky spíše nedokáží rozhodnout, zda by ošetrovatelský proces doporučily či ne. R1 uvedla: „Sice práce s procesem zabere určitý čas, ale na druhou stranu spoustu času a práce sestrám ušetří, pokud na problém přijdou včas a nemusí řešit nastalé komplikace.“ R2 uvedla: „Nedoporučila, vzhledem k zbytečné a nadměrné administrativě.“ R3 uvedla, že ano i ne. R4 se domnívá: „Myslím si, že by si to měl každý vyzkoušet a udělat si svůj názor sám.“ R5 řekla: „Ano z důvodu plánované a koordinované péče. Ne z důvodu nadměrné a zatěžující administrativy.“ R6 reagovala slovy: „I přesto, že si myslím o procesu spoustu dobrých věcí, tak bych ho asi nedoporučila.“

- Rychlé rozpoznání problému R1/38,39,43,52,56
- Okamžitá reakce, řešení R1/40,44,56; R3/7; R4/48
- Cenné informace R4/40,41,51; R5/46; R6/37,45
- Koordinovaná péče R5/33,36,46
- Plánovaná péče R1/55; R2/34,43; R3/2; R3/44,49; R4/1,8,52-53; R5/37,43; R6/1-2,36,41
- Hodně času R1/46,60; R3/41,50; R4/9; R5/6,39; R6/6,39,50
- Ztráta (málo) času R1/48; R2/5,33,39; R3/8,50-51,57; R4/37,43
- Administrativa R2/39,49; R3/41,57; R4/43; R5/52; R6/39
- Zkvalitnění péče R5/42
- Snadnější komunikace R6/33-34,44
- Ochrana při sporech R2/36
- Hlubší a důvěrný vztah R2/37, R3/36,39,58-59; R4/46
- Zhodnocení poskytnuté péče R1/44-45
- Málo personálu R1/48-49; R2/39

Schéma 3- Kategorie fáze ošetrovatelského procesu

FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Podkategorie



Fáze ošetrovatelského procesu

Kategorie fáze ošetrovatelského procesu se zaměřila na všeobecné znalosti a využívání respondentek jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Veškeré znalosti respondentek byly podrobeny podrobné analýze, na jejímž základě vznikla tato kategorie. Kategorie je rozdělena na pět jednotlivých podkategorií neboli fází ošetrovatelského procesu. K jednotlivým podkategoriím jsou přiřazena klíčová slova dle respondentek, která jsou v textu kódována. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta ve schématu 3.

Respondentky při hloubkovém rozhovoru odkryly své znalosti o jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu. Z výzkumu bylo zjištěno, že respondentky mají všeobecné znalosti o jednotlivých fázích ošetrovatelského procesu, ale mají problémy se sestavováním ošetrovatelských diagnóz. R1 na otázku, jaké fáze procesu využívají, odpověděla: *„Používáme všechny fáze procesu počínaje sběrem dat a konče zhodnocením poskytnuté péče. Všechny tyto fáze nám pomáhají k správnému zhodnocení potřeb uživatelů a jejich uspokojování.“* R2 definuje fáze ošetrovatelského procesu takto: *„Shromažďujeme informace o klientovi, stanovujeme ošetrovatelský problém, ze kterého vyplyne ošetrovatelská diagnóza. Dále si stanovujeme cíle ošetrovatelské péče a jejich četnost. Následně provádíme realizaci ošetrovatelského plánu podle stanovených cílů a jejich četností. Naposledy zhodnotíme efekt poskytované péče.“* R3 uvádí, že fáze ošetrovatelského procesu jsou: *„Hromadění informací o uživateli, ošetrovatelský plán, stanovení cílů, realizace plánu a zhodnocení péče.“* R4 definovala fáze ošetrovatelského procesu následovně: *„Nejdříve si u uživatele odeberu ošetrovatelskou anamnézu, během toho se snažím zjistit, jaké má uživatel problémy a potřeby. Pak si sestavím v počítači plán, ve kterém mám ošetrovatelské diagnózy a činnosti, kterými musím naplnit potřeby uživatele. Nakonec dělám vyhodnocení.“* R5 na otázku jaké fáze ošetrovatelského procesu využívají, odpověděla: *„Nejdřív si sestavujeme a odebíráme ošetrovatelskou anamnézu, z té nám vyplyne problém. Pak vybereme vhodnou ošetrovatelskou diagnózu a stanovíme si postup potřebné péče a nakonec to vše zhodnotíme“.* R6 specifikovala fáze ošetrovatelského procesu takto:

„Sestavujeme si s uživatelem ošetrovatelskou anamnézu, kde zjišťujeme oblasti, ve kterých má uživatel nějaký problém, nebo by mohl eventuálně nastat. Pak z toho vytvoříme ošetrovatelský plán, kde máme napsány jednotlivé úkony, které máme vykonávat. Dále provádíme realizaci nastavených úkonů a nakonec provádíme hodnocení poskytnuté péče.“

- Sběr dat R1/17
- Shromáždění informací R2/13; R3/14,58; R6/45
- Sestavení ošetrovatelské anamnézy R1/23; R3/17-18; R4/17,22; R5/16-17; R6/13
- Stanovení problému R2/13-14; R5/17
- Zjištění potřeb a problémů R3/7; R4/18; R6/14
- Ošetrovatelské diagnózy R2/10,14,18; R4/19; R5/17-18
- Ošetrovatelský plán R3/14; R4/18; R6/15
- Cíle péče R2/15,16; R3/14-15
- Nastavení úkonů R6/16
- Realizace plánu R2/15,26; R3/15,27; R6/2,16
- Naplnění potřeb R4/19
- Efekt poskytnuté péče R2/16
- Celkové vyhodnocení R4/20
- Hodnocení poskytnuté péče R1/17-18; R2/44-45; R3/15; R6/2,18

Schéma 4- Kategorie Sestavení ošetrovatelské diagnózy a vedení ošetrovatelské dokumentace

SESTAVENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

Podkategorie

DIAGNÓZA

**Aktuální potřeby,
ošetrovatelský problém**

**TVORBA
OŠETŘOVATELSKÝCH
DIAGNÓZ**

**Ošetrovatelská
anamnéza, počítačový
program, kniha**

**OŠETŘOVATELSKÁ
DOKUMENTACE**

**Elektronická +
písemná forma
(kombinace),
odpovědná (primární)
sestra**

Sestavení ošetrovatelské diagnózy a vedení ošetrovatelské dokumentace

Kategorie sestavení ošetrovatelské diagnózy a vedení ošetrovatelské dokumentace se zaměřila na znalosti respondentek v daných oblastech. Znalosti respondentek o tvorbě ošetrovatelských diagnóz byly podrobeny podrobné analýze. Z analýzy vyplynulo, že respondentky se spoléhají na počítačový program, ve kterém jsou ošetrovatelské diagnózy nastavené a sám je dle ošetrovatelské anamnézy nabízí. Respondentky mají k dispozici „knihu“, ve které by v případě problémů s počítačem diagnózy hledaly. Při analýze rozhovorů bylo zjištěno, jak respondentky vedou ošetrovatelskou dokumentaci. Mají ji jak v elektronické, tak i v písemné formě. Funguje zde systém primárních sester, které jsou odpovědné za vedení „své“ dokumentace.

Na otázku podle čeho respondentky stanovují ošetrovatelské diagnózy R1 odpověděla: *„Stanovujeme je hlavně podle aktuálních potřeb uživatelů.“* R2 se vyjádřila následovně: *„Podle potřeb nemocného. Ošetrovatelské diagnózy nám nabízí počítač na základě vyplněných dokumentů.“* R2 dále uvádí, že pokud by neměla k dispozici počítač, který jí diagnózy nabídne, postupovala by následovně: *„Použila bych knihu, kterou máme na sesterně k dispozici, ale byl by to problém, protože v ní neumím hledat.“* R3 sestavuje ošetrovatelské diagnózy následovně: *„Ty nám nabídne počítačový program, který používáme, když vyplníme ošetrovatelskou anamnézu.“* R4 odpovídá: *„No, když do počítače zadám ošetrovatelskou anamnézu, tak počítač sám nabízí diagnózy. Sama bych je neuměla sestavit.“* R5 sestavuje ošetrovatelské diagnózy: *„Podle aktuálních potřeb uživatelů.“* R6 se vyjádřila následovně: *„Podle potřeb uživatele.“* Dalším krokem analýzy dat bylo zjištění, jakou formu dokumentace respondentky využívají. Všechny se shodly, že používají kombinaci elektronické a písemné formy. Nejprve si zadají data do počítačového programu, data zálohují a posléze vše vytisknou. Za dokumentaci je odpovědná primární sestra daného klienta. R1 uvedla: *„Používáme kombinaci elektronické a písemné formy. Sestra odpovědná za vytvořený formulář ho podepíše a uloží do ošetrovatelské dokumentace.“* R2 řekla: *„Sestry mají přiděleny jednotlivé pokoje a zde zodpovídají za klienty, co se týká vytvoření a vedení celé ošetrovatelské dokumentace.“* R3 odpověděla: *„Vše máme*

v počítači, ale taky to máme vytisknutý v ošetrovatelské dokumentaci.“ R4 reagovala slovy: „Všechno máme zadány v počítači, ale pak to tiskneme a zakládáme do dokumentace.“ R5 se vyjádřila: „Systémem primárních sester. Každá z nás má určené stále uživatele, které máme na starost a vytváříme u nich veškeré ošetrovatelské dokumenty, za které zodpovídáme.“ R6 odpověděla: „Každá z nás má své uživatele, kteří jsou na jednom oddělení a jsou pro nás stálí.“

- Aktuální potřeby R1/21; R5/20; R6/18
- Počítačový program R1/21; R2/18; R5/21; R6/19
- Ošetrovatelská anamnéza R1/23; R3/17-18; R4/21
- Ošetrovatelský problém R2/14
- Kniha R2/20; R3/21; R4/24; R5/22; R6/21
- Elektronická a písemná forma (kombinace) R1/27; R2/23-24; R3/24; R4/29; R5/26; R6/24
- Odpovědná (primární) sestra R1/28; R2/30; R3/32; R5/30; R6/30

5 Diskuze

Cílem práce bylo zjistit využití a význam ošetrovatelského procesu u seniorů z pohledu sester pracujících v domově seniorů. Zjišťovali jsme znalosti sester z domova seniorů o ošetrovatelském procesu. Zaměřili jsme se na jeho význam a využití v domově seniorů z pohledu sester. Sestry měly možnost při hloubkovém rozhovoru vyslovit svůj názor a postoj k ošetrovatelskému procesu. Zjišťovali jsme, zda je v domově seniorů zavedena metoda ošetrovatelského procesu a v jakém rozsahu. Dále bylo cílem zjištění, zda by sestry pracující s ošetrovatelským procesem tuto metodu doporučily i jiným domovům a z jakého důvodu. K zjištění všech informací byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí metody hloubkového rozhovoru. Bylo osloveno celkem 6 sester z domova seniorů v Jihočeském kraji.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na všeobecné znalosti respondentek o metodě ošetrovatelského procesu, a zda s ošetrovatelským procesem pracují. Veškeré všeobecné znalosti jsou shrnuty do kategorie ošetrovatelský proces, kterou tvoří tři podkategorie. Jak uvádí Haškovcová (2005), ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Všechny dotazované respondentky sdělily, že s ošetrovatelským procesem pracují. Na otázku, jak by respondentky definovaly ošetrovatelský proces, se všechny shodly, že jde o proces plánované a poskytované ošetrovatelské péče. R1 říká: „*Je to proces, ve kterém sestry poskytují péči pacientům dle aktuálních potřeb a problémů*“. Ošetrovatelský proces je komplexní ošetrovatelská péče s důrazem na individuální potřeby nemocného, řešení jeho problémů a předcházení jim, shrnuto ve schématu 1. R4 uvedla: „*Je to způsob plánování a realizování ošetrovatelské péče. „Zjišťují se potřeby u uživatelů a ty se pak naplňují. Všechno se zapisuje do plánu péče*“. Domníváme se, že respondentky mají dostatečné znalosti a přehled o metodě ošetrovatelského procesu. V literatuře je ošetrovatelský proces popsán jako metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jde o vzájemně propojené činnosti poskytované individualizovanou péčí, vedoucí ku

prospěchu nemocného. Tuto péči poskytuje ošetřující personál sám, nebo pokud je to možné za spolupráce nemocného (Tóthová a kol, 2009).

Velice zajímavé jsou názory respondentek na význam ošetřovatelského procesu. Vnímají význam ošetřovatelského procesu jak pozitivně, tak v něm vidí i určitá negativa. R1 uvádí: *„Přínos pro praxi má určitě. Podle mě pomůže rychleji rozpoznat problém, nebo potřebu u uživatelů a to pomáhá jak uživatelům, tak i personálu. Rychlé rozpoznání nám umožňuje rychleji jednat a pak nastavit péči ku prospěchu uživatele. Navíc je zde vidět zpětná vazba od uživatele a zároveň je možné objektivně posoudit, zda došlo ke zlepšení stavu“*. R3 zmiňuje: *„Nadměrná administrativa, která zabere spoustu času“*. Získané informace jsou zpracovány v kategorii Ošetřovatelský proces v praxi, podkategorie Význam ve schématu 2.

Při analýze dat jsme se zaměřili na názor respondentek reakce je pozitivní i negativní. Sdělily, že jim ošetřovatelský proces pomáhá v plánované péči ale na stranu druhou je nadměrně administrativně a časově zatěžuje. Sestry se domnívají, že čas strávený plánováním péče by se dal vcelku využít smysluplněji a to přímou péčí o uživatele. Na druhou stranu se sestry zmiňují, že přínosem ošetřovatelského procesu je navázání blízkého vztahu uživatele se sestrou. Dále je podle nich přínosem plánovaná a koordinovaná péče. Jako další přínos vidí jedna ze sester v tom, že je usnadněná komunikace personálu mezi sebou. R4 uvádí: *„Podle mě je jediná výhoda, že se poskytuje koordinovaná péče uživatelům, která je snáze dohledatelná.“* Tóthová (2009) uvádí, že pozitiva ošetřovatelského procesu pro sestru jsou spokojenost v zaměstnání, neboť plánovaná péče umožňuje sestřím větší seberealizaci a uplatnění jejich vědomostí a dovedností a odborný růst, který sestra získá při spolupráci s kolegyněmi na základě předávání si svých zkušeností a dovedností. Pomáhá při rozporu se zákonem v tom smyslu, že pokud sestra poskytuje péči tak, jak má podle všech fází procesu, splní tím veškeré povinnosti vůči pacientovi. Respondentky se ve většině shodly na tom, že význam ošetřovatelského procesu pro sestru je v tom, že poskytují plánovanou péči. Dále sestry vidí význam práce s ošetřovatelským procesem v informovanosti o uživatelích a navázání hlubšího a důvěrného vztahu sestry a uživatele, což posuzují jako veliké plus v poskytování péče. Porovnáním s literaturou jsme dospěli k názoru, že

respondentky mají stejný pohled na význam ošetrovatelského procesu, jako se uvádí v literatuře. R5 uvádí: „*V plánu se dozvím vše o uživateli a jeho potřebách. Myslím si, že kolegyně plány vyplňují poctivě a pak se snáze pracuje.*“ Význam ošetrovatelského procesu pro seniora sestry uvádějí ve včasné rozpoznání problémů které se tak mohou rychleji řešit. Dále sestry uvedly význam v plánované a koordinované péči, která napomáhá v tom, že všechny sestry poskytují stejnou péči podle pánu péče. Sestry se domnívají, že plánovaná péče je pro seniora také přínosná v poskytování stejných informací seniorovi a nemalý význam vidí v navázání důvěrného vztahu seniora se sestrou, kdy senior považuje sestru za svou důvěrnici. Jedna ze sester se k významu ošetrovatelského procesu, ale stavěla velice skepticky. Uvádí: „*Jako sestra už pracuju spoustu let. Celé roky to šlo bez nějakého plánování a péče byla poskytována tak jako tak. Jediné co je plus, že při plánování je trochu více času si s uživatelem popovídat, protože jinak toho času je skutečně málo.*“ V knize Ošetrovatelský proces a jeho realizace je popsán význam ošetrovatelského procesu pro nemocné. Je zde uvedeno, že péče poskytovaná na základě ošetrovatelského procesu je kvalitní a zaměřená na kompletní uspokojení potřeb jednotlivce. Zabezpečuje kontinuální péči, všem pečujícím zajišťuje kompletní informace o pacientovi. Neméně důležitým významem je účast pacienta na plánování péče, kdy se udržuje nebo rozvíjí jeho soběstačnost (Tóthová a kol, 2009). Analyzovaná data jsou popsána ve schématu 2 v kategorii ošetrovatelský proces v praxi, podkategorie názor. Jsem přesvědčena, že ošetrovatelský proces je přínosný jak pro klienty, tak pro ošetřující personál. Na druhou stranu je tu skutečnost časové a administrativní zátěže. Záleží i na tom, jak si každý pracovník dokáže zorganizovat svojí práci, aby byl schopný poskytnout kvalitní službu.

Dotazováním bylo dále zjištěno, že pokud by měly sestry doporučit práci s ošetrovatelským procesem i jiným domovům, tak jsou na rozpacích. Respondentky se shodují v tom, že plánovaná péče pomocí ošetrovatelského procesu má svá opodstatnění, ale i negativa. Jako přínos uvádějí plánovanou a koordinovanou péči, která je poskytována na základě individuálních potřeb jednotlivce. R5 se k doporučení vyjádřila následovně: „*Ano z důvodu plánované a koordinované péče. Ne z důvodu nadměrné a zatěžující administrativy.*“ Výsledky poskytované péče jsou snadno

dohledatelné a přístupné celému pracovnímu týmu. Respondentky pozitivně vnímají ošetrovatelský proces v tom, že mají možnost navázat hlubší vztah se svými uživateli a zároveň získávají cenné informace o uživateli a z tohoto důvodu by používání ošetrovatelského procesu doporučily. S tímto názorem se plně ztotožňují. Jako negativa respondentky vidí nadměrnou administrativní zátěž a nedostatek času na plánování péče. Uvádějí, že mají celkově málo času na své uživatele a sestavování plánu je ještě více zaměstnává. Zároveň se domnívají, že pokud by bylo v domovech pro seniory více personálu, pak by práce s ošetrovatelským procesem nebyla až tak zatěžující. R1 říká: *„Sestry v domově mají strašně málo času na uživatele, vzhledem k tomu, že je tady pouze 6 sester. Sestra je tady maximálně vytižena a čas na uživatele jí moc nezbyde. Pokud by zde pracovalo více sester tak by potom bylo vše jednodušší.“* Z výzkumu vyplynulo, že každá z dotazovaných sester má jiný názor na doporučení práce s ošetrovatelským procesem jiným domovům. Já osobně se domnívám, že práce s ošetrovatelským procesem smysl má! Myslím si, že pokud je v zařízení správně nastaven systém a je zde dostatek personálu tak je skutečně, metoda velice přínosná. Názory respondentek na doporučení používání ošetrovatelského procesu jsou zařazeny do kategorie ošetrovatelský proces v praxi, podkategorie doporučení a shrnuty ve schématu 2.

Výzkumem jsme dále zjišťovali, s jakými fázemi ošetrovatelského procesu respondentky pracují. Domníváme se, že respondentky mají všeobecný přehled o tom, jaké fáze ošetrovatelského procesu jsou. Nemilým překvapením ovšem byl fakt, že i přes své znalosti mají respondentky rezervy v sestavování ošetrovatelských diagnóz. Proč tomu tak je? Z rozhovorů vyplývá, že se respondentky spoléhají pouze na počítačový program, který diagnózy nabízí. Otázkou tedy zůstává, jsou-li respondentky dostatečně informovány o tvorbě ošetrovatelských diagnóz a jejich členění dle jednotlivých domén? Respondentky odpověděly, že pracují s celkem pěti fázemi a to sběrem dat, sestavením ošetrovatelské diagnózy, plánováním péče, realizací péče a vyhodnocením poskytnuté péče. Jedna z dotazovaných sester vynechala fázi stanovení ošetrovatelské diagnózy. R2 uvedla: *„Nyní používáme všechny fáze. Shromažďujeme informace o klientovi, stanovujeme ošetrovatelský problém, ze kterého vplyne*

ošetřovatelská diagnóza. Dále si stanovujeme cíle ošetřovatelské péče a jejich četnost. Následně provádíme realizaci ošetřovatelského plánu podle stanovených cílů a jejich četností. Naposledy zhodnotíme efekt poskytované péče.“ Po podrobné analýze dat byla vytvořena kategorie fáze ošetřovatelského procesu s jednotlivými podkategoriemi, které jsou shrnuty ve schématu 3. V literatuře se uvádí celkem pět na sebe navazujících a prolínajících se fází. První fáze zhodnocení nemocného, druhá fáze ošetřovatelská diagnóza, třetí fáze ošetřovatelský plán, čtvrtá fáze realizace plánu a pátá fáze zhodnocení efektu poskytované péče (Staňková, 2004).

Vzhledem k nedostatečným znalostem v tvorbě ošetřovatelských diagnóz jsme vytvořili kategorii sestavení ošetřovatelské diagnózy a vedení ošetřovatelské dokumentace. Při otázce, jak sestry stanovují ošetřovatelské diagnózy, bylo zajímavým zjištěním, že pouze jedna z respondentek věděla, že se stanovuje podle potřeb uživatelů a že ošetřovatelské diagnózy mají svůj číselný kód podle Taxonomie Nanda II. R1 říká: *„Stanovujeme je hlavně podle aktuálních potřeb uživatelů. V počítači máme program, který nám sám nabídne diagnózy, které jsou tam předdefinované. Pokud zadám do počítače ošetřovatelskou anamnézu uživatele, tak mi sám počítač nabídne diagnózu. Diagnózy zde mají i svůj kód podle Taxonomie Nanda II. Když si diagnózu zatrhnu, tak mi i počítač vyjede možné intervence. Tenhle systém nám dost ulehčuje práci a nemusím nad tím tak přemýšlet.*“ Ostatní respondentky se spoléhají na počítačový program, kam zadávají ošetřovatelskou anamnézu a na jejím podkladě jim počítač sám nabídne vhodnou ošetřovatelskou diagnózu. R3 odpovídá: *„Ty nám nabídne počítačový program, který používáme, když vyplníme ošetřovatelskou anamnézu. Přiznám se, že bez toho bych byla asi bezradná, protože se v tom moc nevyznám.*“ Po dotazu, jak by sestry sestavily ošetřovatelskou diagnózu bez počítače, respondentky věděly, že v knize, kterou mají na sesterně. Zároveň se ale shodly, že by to byl pro ně problém, protože neví, jak v knize hledat. Domnívám se, že by respondentky měly mít mnohem větší povědomí o tvorbě ošetřovatelských diagnóz. R2 odpovídá: *„Použila bych knihu, kterou máme na sesterně k dispozici, ale byl by to problém, protože v ní neumím hledat.*“ Jak uvádí Tyllová (2008) využívání NANDA systému umožňuje sestrám jednotnou klasifikaci, která je užitečná pro vytvoření společného odborného jazyka. Z výzkumu

vyplývalo, že mají sestry nedostatečné informace o sestavování ošetřovatelské diagnózy. Po analýze dat byla vytvořena kategorie sestavení ošetřovatelské diagnózy a vedení ošetřovatelské dokumentace, která je shrnuta ve schématu 4. Staňková (2009) popisuje ošetřovatelskou diagnózu jako závěr provedený sestrou po pečlivém a systematickém sběru informací o nemocném. Ošetřovatelská diagnóza, která je správně stanovená dle potřeb a problémů pacienta, pomáhá při plánování ošetřovatelské péče (Staňková, 2009).

Respondentky využívají elektronickou i písemnou formu vedení ošetřovatelské dokumentace. R1 odpovídá: *„Používáme kombinaci elektronické a písemné formy. Vše zadáváme do počítače kde je, to uložené a pak to tiskneme. Sestra odpovědná za vytvořený formulář ho podepíše a uloží do ošetřovatelské dokumentace.“* Jak uvádí Tyllová (2008) ve své práci, je důležité vést dokumentaci písemnou i elektronickou. Respondentky se shodly na tom, že s ošetřovatelským procesem pracují každý den, ale jen u některých uživatelů. Denně zapisují do realizace plánu podání léků, ošetřovatelskou rehabilitaci a péči o ránu. Kontroly plánů provádějí nejpozději jednou za půl roku, jinak vždy při jakékoliv změně stavu uživatele. Vzhledem k nízkému počtu respondentek pracujících v domově pro seniory chápou tento systém. Je pochopitelné, že respondentky nemají dostatek času na to, aby pracovaly denně s plánem péče u všech uživatelů. Respondentky mají zavedený systém primárních sester. R5 uvedla: *„Systémem primárních sester. Každá z nás má určené stále uživatele, které máme na starost a vytváříme u nich veškeré ošetřovatelské dokumenty, za které zodpovídáme.“* Z výzkumu vyplývá, že na každou respondentku připadá v průměru 20 uživatelů. Respondentky mají přidělené stabilní pokoje, tudíž se starají stále o stejné uživatele. Respondentky jsou u těchto uživatelů zodpovědné za veškerou ošetřovatelskou dokumentaci. Domnívám se, že respondentky mají správně nastavený systém jak ve vedení ošetřovatelské dokumentace, tak v rozdělení uživatelů systémem primárních sester. Jak uvádí Staňková (2004), systém primárních sester zajišťuje možnost individuální ošetřovatelské péče zprostředkovanou pomocí ošetřovatelského procesu zejména u pacientů s dlouhodobou hospitalizací. Po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která za něj nese odpovědnost po celou dobu hospitalizace a poskytuje

mu celkovou péčí za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků. Primární sestra je u svých nemocných koordinátorem poskytované ošetrovatelské péče.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sestry z domova seniorů aktivně pracují s komplexním ošetrovatelským procesem. Vědomosti sester o této metodě jsou dostačující. Sestry umí definovat ošetrovatelský proces, mají vědomosti o jednotlivých fázích procesu a umí s ním pracovat. Jediným nedostatkem je menší povědomost respondentek o tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Každá ze sester v práci s ošetrovatelským procesem vidí jak pozitiva, tak negativa.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit význam ošetřovatelského procesu v domovech seniorů a využití ošetřovatelského procesu z pohledu sester v domovech pro seniory. Cíle práce byly splněny.

Z hloubkových rozhovorů byly zjištěny následující skutečnosti. Respondentky mají všeobecné znalosti o metodě ošetřovatelský proces. Tuto metodu dokáží definovat a vědí, v čem spočívá její podstata. Z výzkumu bylo zjištěno, že respondentky v domově seniorů využívají všech 5 fází ošetřovatelského procesu a dokáží je pojmenovat. Sběr dat, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení poskytované péče. Tímto jsme dostali odpovědi na výzkumnou otázku 1: Které fáze ošetřovatelského procesu využívají sestry v péči o seniora v domově seniorů?

Zásadním nedostatkem jsou ovšem znalosti respondentek v sestavování ošetřovatelských diagnóz. Z výzkumu vyplývá, že se převážně spoléhají na počítačový program, který ošetřovatelské diagnózy nabízí.

Výzkum nám potvrdil, že respondentky vidí smysl v ošetřovatelském procesu. Seniorovi je poskytována plánovaná péče, která je sestavena na základě jeho individuálních potřeb. Respondentky jsou schopné v čas rozpoznat vzniklé problémy a okamžitě na ně reagovat. Tím předcházejí možným komplikacím, které by mohly nastat. Zároveň metoda ošetřovatelského procesu slouží k navázání hlubšího a důvěrného vztahu mezi seniorem a sestrou. Těmito daty jsme si mohli odpovědět na výzkumnou otázku 2: Jaký význam má podle sester v domově seniorů ošetřovatelský proces pro seniory?

Během rozhovorů jsem nabyla dojmu, že respondentky, které se s ošetřovatelským procesem setkaly až během své letité, praxe ho vnímají jinak, než ty, které s ním pracovaly již během studia. Respondentka, která má vysokoškolské vzdělání a s metodou ošetřovatelského procesu pracovala již během studia, vnímá tuto metodu jako naprosto normální a patřící do pracovního procesu. Respondentky, které se s touto

metodou setkaly až během své praxe, ji vnímají spíše negativně z důvodu zvýšené administrativy na úkor klienta.

Vzhledem k nedostačujícím znalostem respondentek o vytváření ošetrovatelských diagnóz navrhuji následující řešení. Respondentky budou proškoleny na edukačním semináři (příloha 5) s tvorbou ošetrovatelských diagnóz dle Taxonomie NANDA II.

7 Klíčová slova

Ošetřovatelský proces

Senior

Sestra

Plán péče

Domov seniorů

8 Seznam použité literatury

BUKÁČKOVÁ, Jitka. Stáří v kontextu lidského života. 1. vyd. Brno: *Ošetrovatelská péče*. 2012, č. 1, s. 4-6. ISSN neuvedeno.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry: druhé přepracované a rozšířené vydání*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Etické atributy stárnutí. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 9, s. 48-51. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2006. *České ošetrovatelství 10: Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HOLUBOVÁ, Adéla a Alena PÁLKOVÁ. Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci? *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 1, s. 29. ISSN 1210-0404.

KALVACH, Zdeněk a kolektiv, 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4

KRAJSKÝ Úřad, 2010. *Průvodce sociálními službami v Jihočeském kraji*. 1. vyd. České Budějovice: Tiskárna Josef Posekaný. ISBN 978-80-254-8613-3.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: Anag. ISBN 978-80-7263-748-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2005. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

MELKOVÁ, Helena. Kvalita života starnúceho človeka a prežitie zdravej staroby v zariadení sociálnych služieb. *Sociální služby*. 2012, roč. 14, č. 4, s. 14-15. ISSN 1803-7348.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

NANDA International, 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

PACOVSKÝ, Vladimír. Vybraná slova o stáří. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 11, s. 10-11. ISSN 1801-464x.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-420-8.

POLEDNÍKOVÁ, Lubica et al, 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 2004. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-282-5.

STAŇKOVÁ, Marta, 2009. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-283-3.

ŠKUBOVÁ, Jarmila. Prostředí jako pomůcka pro seniory. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 4, s. 30-31. ISSN 1801-464X.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valérie et al, 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

TYLLOVÁ, Eliška, 2008. *Zavádění ošetrovatelského procesu v agenturách domácí péče: Bakalářská práce*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová Psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VURM, Vladimír, Petra ZIMMELOVÁ a Ludmila ŠVEHLOVÁ, 2008. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-090-4.

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X

9 Seznam příloh

1. Otázky k hloubkovému rozhovoru
2. Přepisy rozhovorů
3. Technika kódování
4. Souhlas s realizací výzkumného šetření
5. Plán edukačního semináře

Příloha 1- Otázky k hloubkovému rozhovoru

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
4. Jak dlouho pracujete v domově seniorů?
5. Jak byste definovala pojem ošetřovatelský proces? Kdy jste se poprvé dozvěděla, o metodě ošetřovatelský proces? Jaký je Váš názor na používání ošetřovatelského procesu?
6. Pracuje se u vás s metodou ošetřovatelský proces? Jak dlouho s ošetřovatelským procesem pracujete? Jaké fáze ošetřovatelského procesu u vás využíváte? Podle čeho stanovujete ošetřovatelské diagnózy?
7. Jakou formu ošetřovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinaci obou)?
8. Jak často s ošetřovatelským procesem pracujete? Jakým způsobem jsou u vás rozděleni klienti mezi sestry?
9. Jaký přínos má pro vás metoda ošetřovatelský proces v praxi? Jaký význam má metoda ošetřovatelský proces pro sestru?
10. Jaká negativa vnímáte v práci s ošetřovatelským procesem?
11. Jaký význam má ošetřovatelský proces pro seniora ve vašem domově? Jakým způsobem Vám pomáhá metoda ošetřovatelský proces v péči o seniora?
12. Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetřovatelský proces? Z jakého důvodu?

Příloha 2- Přepisy rozhovorů

Rozhovor 1

S první respondentkou jsem se setkala v prostorách domova seniorů. Rozhovor probíhal v odpoledních hodinách na sesterně. Respondentce je 23 let. Má vysokoškolské bakalářské vzdělání v oboru ošetrovatelství. V domově je zařazena jako všeobecné sestra pouze na ranní směny a pracuje zde 18 měsíců. Před tímto pracovním poměrem nikde jinde nepracovala.

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

„Je to proces, ve kterém sestry poskytují péči pacientům dle aktuálních potřeb a problémů.“

Kdy jste se poprvé dozvěděla o metodě ošetrovatelský proces?

„O ošetrovatelském procesu jsem se poprvé dozvěděla při svém studiu na vysoké škole. Tato metoda mne provázela celým studiem.“

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

„Dle mého názoru je jeho používání přínosné, protože pomáhá sestram určit problémy pacientů a to i ty potencionální.“

Pracuje se u vás s metodou ošetrovatelského procesu?

„U nás v domově se s metodou ošetrovatelského procesu pracuje každý den. Je to náš pomocník při poskytování péče našim uživatelům.“

Jak dlouho Vy sama s ošetrovatelským procesem pracujete?

„S ošetrovatelským procesem pracuji od té doby, co jsem zaměstnaná, tedy rok a půl. Ale před mým nástupem do práce jsem s ním pracovala po celou dobu studia na vysoké škole.“

Jaké fáze ošetrovatelského procesu u vás využíváte?

„Používáme všechny fáze procesu počínaje sběrem dat a konče zhodnocením poskytnuté péče. Všechny tyto fáze nám pomáhají k správnému zhodnocení potřeb uživatelů a jejich uspokojování.“

Podle čeho stanovujete ošetrovatelské diagnózy?

„Stanovujeme je hlavně podle aktuálních potřeb uživatelů. V počítači máme program, který nám sám nabídne diagnózy, které jsou tam předdefinované. Pokud zadám do počítače ošetřovatelskou anamnézu uživatele, tak mi sám počítač nabídne diagnózu. Diagnózy zde mají i svůj kód podle Taxonomie Nanda II. Když si diagnózu zatrhnu, tak mi i počítač vyjede možné intervence. Tenhle systém nám dost ulehčuje práci a nemusím nad tím tak přemýšlet.“

Jakou formu ošetřovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Používáme kombinaci elektronické a písemné formy. Vše zadáváme do počítače, kde je to uloženo, a pak to tiskneme. Sestra odpovědná za vytvořený formulář ho podepíše a uloží do ošetřovatelské dokumentace.“

Jak často s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Každý den provádíme zápis o podávání léků, ošetřovatelské rehabilitaci, převazech a zápisy o realizaci u uživatelů s nějakým problémem. Tohle ale neděláme u všech uživatelů,“

Jakým způsobem jsou u vás klienti rozděleni mezi sestry?

„Máme zavedený systém primárních sester. Každá z nás má pevně určené pokoje a za ty zodpovídáme. Uživatelé na těchto pokojích jsou s tímto seznámeni. Tenhle systém nám vyhovuje, každá z nás má na starost v průměru 20 uživatelů.“

Jaký přínos má pro vás ošetřovatelský proces v praxi?

„Přínos pro praxi má určitě. Podle mě pomůže rychleji rozpoznat problém, nebo potřebu u uživatelů a to pomáhá jak uživateli, tak i personálu. Rychlé rozpoznání nám umožňuje rychleji jednat a pak nastavit péči ku prospěchu uživatele. Navíc je zde vidět zpětná vazba od uživatele a zároveň je možné objektivně posoudit, zda došlo ke zlepšení stavu.“

Jaký význam má ošetřovatelský proces pro sestru?

„Jak už jsem řekla, určitě význam má. Pomáhá sestře rychleji odhalovat možné problémy a okamžitě na ně reagovat.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetřovatelským procesem?

„Někdy práce s procesem zabere hodně času, což je na úkor uživatele. Myslím si, že čas strávený nad sestavováním a prací s ním by se mohl využít často jinak. Sestry v domově mají strašně málo času na uživatele vzhledem k tomu, že je tady pouze šest sester. Sestra je tady maximálně vytížena a čas na uživatele jí moc nezbyde. Pokud by zde pracovalo více sester, tak by potom bylo vše jednodušší“.

Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„Doufám, že význam má. Ošetrovatelský proces je opodstatněný. Včasné rozpoznání problémů a jejich řešení pomáhá v péči o naše seniory.“

Jakým způsobem Vám pomáhá ošetrovatelský proces v péči o seniora?

„Plánování péče pomocí ošetrovatelského procesu je pro naše uživatele velké plus. Jsme schopné rychleji určit potřeby a problémy, a tak můžeme rychleji reagovat.“

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s ošetrovatelským procesem?

„Doporučila.“

Z jakého důvodu byste ho doporučila?

„Sice práce s procesem zabere určitý čas, ale na druhou stranu spoustu času a práce sestrám ušetří, pokud na problém přijdou včas a nemusí poté řešit nastalé komplikace.“

Rozhovor 2

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů na sesterně v odpoledních hodinách. Respondentce je 35 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské. V domově je zařazena jako všeobecná sestra ve třísměnném provozu. Zde pracuje 6 let. Před tím pracovala v nemocnici na interní jednotce intenzivní péče 2 roky.

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

„Je to aktivní ošetrovatelská péče, kterou sestra provádí ve prospěch nemocného“.

Kdy jste se poprvé dozvěděla o metodě ošetrovatelský proces?

„Před 4 lety, když se tato metoda v domově zaváděla.“

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

„Negativní. Je to ztráta času, kterého je podle mě na klienty velice málo.“

Pracuje se u vás s metodou ošetřovatelský proces?

„Jo, pracuje.“

Jak dlouho s ošetřovatelským procesem pracujete?

„S ošetřovatelským procesem aktivně pracujeme 3 roky. V předchozím období jsme pracovali s dokumentací, která obsahovala ošetřovatelské diagnózy, ale nikterak jsme s nimi nepracovali.“

Jaké fáze ošetřovatelského procesu u vás využíváte?

„Nyní používáme všechny fáze. Shromažďujeme informace o klientovi, stanovujeme ošetřovatelský problém, ze kterého vyplyne ošetřovatelská diagnóza. Dále si stanovujeme cíle ošetřovatelské péče a jejich četnost. Následně provádíme realizaci ošetřovatelského plánu podle stanovených cílů a jejich četností. Naposledy zhodnotíme efekt poskytované péče.“

Podle čeho stanovujete ošetřovatelské diagnózy?

„Podle potřeb nemocného. Ošetřovatelské diagnózy nám nabízí počítač na základě vyplněných dokumentů.“ Co byste dělala, pokud byste neměla k dispozici program, který vám diagnózy nabídne? *„Použila bych knihu, kterou máme na sesterně k dispozici, ale byl by to problém, protože v ní neumím hledat.“*

Jakou formu ošetřovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Elektronickou formu. Vytváříme ho v počítači.“ Takže ošetřovatelský plán netisknete? *„Máme ho i v tištěné podobě založený v dokumentaci.“*

Jak často s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Každý den zapisujeme realizaci podávání léků, převazy a aplikace injekcí.“ A jiné záznamy neprovádíte? *„Pokud je nějaký problém tak jo, jinak plán hodnotíme jako celek jednou za půl roku.“*

Jakým způsobem jsou u vás rozděleni klienti mezi sestry?

„Sestry mají přiděleny jednotlivé pokoje a zde zodpovídají za klienty, co se týká vytvoření a vedení celé ošetřovatelské dokumentace.“

Jaký přínos má pro vás metoda ošetřovatelský proces v praxi?

„Sama pro sebe nevidím význam vzhledem k tomu, že bych čas strávený plánováním péče raději věnovala přímo klientům. Na druhou stranu vím, že má své opodstatnění.“

Jaký význam má metoda ošetřovatelský proces pro sestru?

„Může sestru chránit při sporech v poskytování péče, protože co je psaný, to je daný. Myslím si, že kladnou stránkou je navázání hlubšího a důvěrného vztahu sestra a klient.“

Jaká negativita vnímáte v práci s ošetřovatelským procesem?

„Nedostatek času, málo personálu a velká administrativa.“ Pokud by u vás pracovalo více sester, bylo by to jednodušší, změnila byste potom svůj názor? *„Asi jo.“*

Jaký význam má ošetřovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„Pro mě je to zatěžující, ale vím, že pokud je proces správně sestaven, tak pomáhá v dobře poskytnuté péči o klienty. Pokud se řídím plánovanou péčí uvedenou v procesu, jsem si jistější, že dělám vše dobře, a můžu se o tom přesvědčit na základě zhodnocení poskytnuté péče.“

Jakým způsobem Vám pomáhá metoda ošetřovatelský proces v péči o seniora?

„Jak jsem už řekla, můžu si ověřit, jestli jsem péči poskytla správně nebo ne.“

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetřovatelského procesu?

„Nedoporučila, vzhledem k zbytečné a nadměrné administrativě.“

Z jakého důvodu?

„Pro mě je mnohem důležitější práce kolem klienta a ne samé papírování.“

Rozhovor 3

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů. Rozhovor probíhal na sesterně. Respondentce je 50 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s maturitou. V domově seniorů je zařazená jako všeobecná sestra ve směnném provozu. Její praxe je 30 let a nikdy nepracovala jinde než v domově seniorů.

Jak byste definovala pojem ošetřovatelský proces?

„Je to ošetrovatelská péče. Sestra provádí veškerou péči ve prospěch uživatele. Plánuje jí a pak podle plánu péči poskytuje.“

Kdy jste se poprvé dozvěděla o metodě ošetrovatelský proces?

„Před šesti lety na nějakém semináři. Tenkrát jsem to moc nechápala, o co vůbec jde a to co to obnáší.“ Nyní této metodě rozumíte? *„Dnes už jo.“*

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

„V celku dobrý. Pomáhá nám zjistit problémy u uživatelů a pak je řešit. Jen mi vadí, že je strašně málo času na péči o uživatele, protože jsme zavalení papírama, to dříve nebylo.“

Pracuje se u vás s metodou ošetrovatelský proces?

„Ano.“

Jak dlouho s ošetrovatelským procesem pracujete?

„Nejsem si jistá, ale myslím si, že asi tři, nebo čtyři roky, tak nějak.“

Jaké fáze ošetrovatelského procesu u vás využíváte?

„Používáme pět fází. Hromadění informací o uživateli, ošetrovatelský plán, stanovení cílů, realizace plánu a zhodnocení péče.“

Podle čeho stanovujete ošetrovatelské diagnózy?

„Ty nám nabídne počítačový program, který používáme, když vyplníme ošetrovatelskou anamnézu. Přiznám se, že bez toho bych byla asi bezradná, protože se v tom moc nevyznám.“ Co budete dělat, když nebudete mít k dispozici program, který Vám diagnózy nabídne? *„Tak to nevím.“* Víte, že existuje kniha, kde jsou všechny diagnózy uvedeny? *„Myslím si, že ji máme v knihovně na sesterně.“*

Jakou formu ošetrovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Kombinovanou. Vše máme v počítači, ale taky to máme vytisknutý v ošetrovatelské dokumentaci.“

Jak často s ošetrovatelským procesem pracujete?

„Denně zapisujeme realizaci do počítače u uživatelů, které vykazujeme na pojišťovny. Zapisujeme podání léků, aplikace injekcí, ošetrovatelskou rehabilitaci, ale i

třeba výměnu cévek a tak. Ostatním uživatelům děláme zápisy jen dle potřeby a při změně stavu. Nejpozději ale musíme zápis a změnu plánu udělat jednou za půl roku.“

Jakým způsobem jsou u vás rozděleni klienti mezi sestry?

„Každá sestra má přidělený uživatele podle pokojů. Ty máme stále a jsme zodpovědné za vedení celé ošetrovatelské dokumentace.“

Jaký přínos má pro Vás metoda ošetrovatelský proces v praxi?

„Pomáhá sestrám navázat bližší vztah s uživatelem. Lepší navázání vztahů. Jsme vlastně takové důvěrnice pro naše uživatele.“

Jaký význam má metoda ošetrovatelský proces pro sestru?

„Je to navázání blízkého a důvěrného vztahu mezi uživatelem a sestrou.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetrovatelským procesem?

„Nadměrná administrativa, která zabere spoustu času. Raději bych se věnovala uživatelům a byla jim společníci. Péči bych jim poskytla i tak, bez jakéhokoliv papíru.“

Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„Řekla bych, že žádný. Oni stejně neví, že mají péči plánovanou, nebo ne. Věří nám, že je opečujeme, a to je důležité. Myslím si, že je to v tomto ohledu úplně jedno, jestli má uživatel plán, nebo ne.“

Jakým způsobem Vám pomáhá metoda ošetrovatelský proces v péči o seniora?

„Nemyslím si, že by mi nějak pomáhal. Jako sestra už pracuju spoustu let. Celé roky to šlo bez nějakého plánování a péče byla poskytována tak jako tak. Jediné, co je plus, že při plánování je trochu více času si s uživatelem popovídat, protože jinak toho času je skutečně málo. Sloužíme jedna sestra na den i noc pro 110 uživatelů, takže papírování je nám, nebo aspoň mě, spíš na obtíž.“ Takže pokud by zde bylo více sester, bylo by vše jednodušší? „Určitě jo, měly bychom víc času jak na uživatele, tak na papíry.“

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetrovatelský proces?

„Ano i ne.“

Z jakého důvodu?

„Z jedné strany je nedostatek času, velká administrativa a málo času na uživatele. Z druhé strany zjišťování informací o uživateli je také důležité. Navíc se může vytvořit blízký vztah sestry a uživatel a tím k prohlubování jejich vzájemné důvěry a vztahu“.

Rozhovor 4

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů na sesterně. Respondentce je 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Praxi má 31 let. Po studiu nastoupila do domova seniorů, kde je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Jak byste definovala pojem ošetřovatelský proces?

„Je to způsob plánování a realizování ošetřovatelské péče. Zjišťují se potřeby u uživatelů a ty se pak naplňují. Všechno se zapisuje do plánu péče.“

Kdy jste se poprvé dozvěděla, o metodě ošetřovatelský proces?

„To si nevzpomínám, ale je to už několik let. Byla jsem s kolegyní na semináři o ošetřovatelském procesu.“

Jaký je Váš názor na používání ošetřovatelského procesu?

„Myslím si, že má své opodstatnění, ale nerada s ním pracuji. Je pravda, že plánovaná péče má své výhody jak pro sestry, tak pro uživatele, ale zabere to strašně moc času“.

Pracuje se u vás s metodou ošetřovatelský proces?

„Jo pracuje.“

Jak dlouho s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Asi 4 roky od té doby, co se u nás v domově zavedl. Původně jsme měli mnohem jednodušší plánování, ale je pravda, že jsme se tím moc neřídily, bylo to jen na papíře nic víc.“

Jaké fáze ošetřovatelského procesu u vás využíváte?

„Nejdříve si u uživatele odeberu ošetřovatelskou anamnézu, během toho se snažím zjistit jaké má uživatel problémy a potřeby. Pak si sestavím v počítači plán, ve kterém

mám ošetrovatelské diagnózy a činnosti kterými musím naplnit potřeby uživatele. Nakonec dělám vyhodnocení.“

Podle čeho stanovujete ošetrovatelské diagnózy?

„No, když do počítače zadám ošetrovatelskou anamnézu tak počítač sám nabízí diagnózy. Sama bych je neuměla sestavit.“ Kdybyste neměla možnost diagnózy sestavovat pomocí vašeho programu v počítači, jak byste to udělala? *„Na sesterně máme knihu Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, tak asi bych čerpala tam.“*

Jakou formu ošetrovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Všechno máme zadaný v počítači, ale pak to tiskneme a zakládáme do dokumentace. Takže asi kombinovanou.“

Jak často s ošetrovatelským procesem pracujete?

„Každý den, ale jen u některých uživatelů se zapisuje realizace podávání léků a reakce uživatele. Zapisujeme i aplikace injekcí a vše co se ten den dělá.“

Jakým způsobem jsou u vás rozdělení klienti mezi sestry?

„Máme přiděleny stabilní pokoje s uživateli, takže i když některý uživatel zemře a nastoupí nový tak je automaticky přidělené sestře, která má ten pokoj na starost.“

Jaký přínos má pro vás metoda ošetrovatelský proces v praxi?

„Nevidím v něm pro mě zásadní význam ani přínos. Spíš mi to ubere čas, který bych mohla využít jinak.“ Jak jinak? *„Přímou péčí o uživatele a ne papírováním.“*

Jaký význam má metoda ošetrovatelský proces pro sestru?

„Asi žádný. Jedině snad zajištěný větší dostupnosti všech informací o uživateli, protože když si plán přečtu tak se o něm dozvím spoustu informací.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetrovatelským procesem?

„Spousta papírování a nedostatek času na poctivé plánování.“ Takže máte pocit, že plánování nepíšete poctivě? *„To ne, ale dělám ho ve spěchu a to není dobře.“*

Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„Pro mě je důležitý vztah k uživatelům a díky plánování je snazší ho navázat. Jestli má význam přímo pro uživatele to asi jo. Pokud je to uživatel, který má nějaký problém tak jsme schopné ho lépe řešit a řešíme ho všechny stejným způsobem.“

Jakým způsobem vám pomáhá metoda ošetrovatelský proces v péči o seniora?

„Je to o tom, že každá z nás poskytuje stejnou péči uživatelům. Podáváme mu stejné informace a nedochází tak k zbytečným dohadům.“ Jakým dohadům, můžete mi je popsat? *„Třeba to, že každá máme jiný názor na určité věci a pokud mám sestavený plán a napsané to co se má dělat tak to pak kolegyně musí respektovat.“*

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetrovatelský proces?

„To je těžký říct.“

Z jakého důvodu?

„Myslím si, že by si to měl každý vyzkoušet a udělat si svůj názor sám.“

Rozhovor 5

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů na sesterně. Respondentce je 46 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s maturitou. Po absolvování studia pracovala čtyři roky na ortopedickém oddělení u lůžka. Poté byla na mateřské dovolené a ke svému oboru se vrátila před osmi lety, když nastoupila do domova seniorů. Zde je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

„Jako cyklus vyhledávání a zjišťování potřeb uživatele a jejich následné naplnění.“

Kdy jste se poprvé dozvěděla, o metodě ošetrovatelský proces?

„Zhruba před šesti lety, když jsem byla s kolegyněmi na semináři. Tehdy to pro nás byla naprostá novinka.“

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

„Podle mě nesmyslně zabírá mnoho času, který by se mohl více věnovat péči o uživatele.“

Pracuje se u vás s metodou ošetrovatelský proces?

„Ano, pracujeme s ním.“

Jak dlouho s ošetrovatelským procesem pracujete?

„Řekla bych, že asi šest let. Ale během této doby se u nás tento systém několikrát změnil. Nejdřív jsme pracovali jen s předtištěným papírem ve formě tabulky a tam jsme jednoduše zapisovali naše postřehy o uživateli. Diagnózy jsme měli jen tak na papíře vypsané od kolegyně. Nyní máme úplně jiný a mnohem složitější systém.“

Jaké fáze ošetřovatelského procesu u vás využíváte?

„Všechny.“ Můžete mi je nějak specifikovat? *„Nejdřív si sestavujeme a odebíráme ošetřovatelskou anamnézu, z té nám vyplyne problém. Pak vybereme vhodnou ošetřovatelskou diagnózu a stanovíme si postup potřebné péče a nakonec to vše zhodnotíme.“*

Podle čeho stanovujete ošetřovatelské diagnózy?

„Podle aktuálních potřeb uživatelů.“ Máte v sestavování ošetřovatelských diagnóz nějaký systém? *„Jsou uloženy v počítači a program nám je sám nabízí.“* Pokud by Vám je nenabízel počítač, jak byste je sestavovala? *„Máme tady knihu s ošetřovatelskými diagnózami, tak tam.“*

Jakou formu ošetřovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Kombinaci. Tvoříme ho v počítači a pak ho vytiskneme.“

Jak často s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Denně provádíme zápisy do plánu ošetřovatelské péče.“

Jakým způsobem jsou u vás rozděleni klienti mezi sestry?

„Systémem primárních sester. Každá z nás má určené stále uživatele, které máme na starost a vytváříme u nich veškeré ošetřovatelské dokumenty, za které zodpovídáme.“

Jaký přínos má pro vás metoda ošetřovatelský proces v praxi?

„Podle mě je jediná výhoda, že se poskytuje koordinovaná péče uživatelům, která je snáze dohledatelná.“

Jaký význam má metoda ošetřovatelský proces pro sestru?

„Jak už jsem zmínila, díky procesu se poskytuje koordinovaná péče. Všechny se musíme řídit plánem péče, a tak poskytujeme péči stejně.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetřovatelským procesem?

„Domnívám se, že plánování zabere hodně času a ten by se mohl využít péčí přímo o uživatele a ne u papírů.“

Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„Svým způsobem zkvalitňuje péči o uživatele.“ Můžete to nějak specifikovat? *„Jde o to, že každá z nás se řídí plánem péče, který je pro nás směrodatný. Takže poskytujeme péči stejně.“*

Jakým způsobem vám pomáhá metoda ošetrovatelský proces v péči o seniora?

„Je to o té koordinaci péče. V plánu se dozvím vše o uživateli a jeho potřebách. Myslím si, že kolegyně plány vyplňují poctivě a pak se snáze pracuje.“

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetrovatelský proces?

„Ano i ne.“

Z jakého důvodu?

„Ano z důvodu plánované a koordinované péče. Ne z důvodu nadměrné a zatěžující administrativy.“

Rozhovor 6

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů na sesterně. Respondentce je 49 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Praxe má 31 let. Po škole nastoupila do domova seniorů, kde pracovala 22 let, poté odešla pracovat na interní oddělení nemocnice Český Krumlov a po roce se opět vrátila do domova seniorů, kde je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

„Jako základ komplexní ošetrovatelské péče. Která se poskytuje na základě plánu. Jde o plánování, realizaci a hodnocení poskytnuté péče.“

Kdy jste se poprvé dozvěděla, o metodě ošetrovatelský proces?

„Asi před osmi lety.“

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

„Nemyslím si, že je špatný, ale je časově náročný. Určitě nám ale pomáhá.“

Pracuje se u vás s metodou ošetřovatelský proces?

„Ano.“

Jak dlouho s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Řekla bych, že asi šest let. Jen se během této doby změnil systém, kterým ho sestavujeme.“

Jaké fáze ošetřovatelského procesu u vás využíváte?

„Sestavujeme si s uživatelem ošetřovatelskou anamnézu, kde zjišťujeme oblasti, ve kterých má uživatel nějaký problém, nebo by mohl eventuálně nastat. Pak z toho vytvoříme ošetřovatelský plán, kde máme napsány jednotlivé úkony, které máme vykonávat. Dále provádíme realizaci nastavených úkonů a nakonec provádíme hodnocení poskytnuté péče.“

Podle čeho stanovujete ošetřovatelské diagnózy?

„Podle potřeb uživatele.“ Mají ošetřovatelské diagnózy nějaký systém? *„Ano, mají.“* Máte je uvedeny i ve vašem ošetřovatelském plánu? *„Ano máme. Jsou nastaveny v počítači, kde si z nich vybíráme.“* Pokud byste neměla možnost si je vybrat v počítači, kde byste je hledala? *„V knize ošetřovatelských diagnóz.“*

Jakou formu ošetřovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinací obou)?

„Kombinaci.“

Jak často s ošetřovatelským procesem pracujete?

„Soustavně.“ A co do něj zapisujete nejčastěji? *„Podávání léků a reakce na ně, aplikace injekcí, odběry a jiné úkony.“* Můžete mi říct jaké jiné úkony? *„Rehabilitaci ošetřovatelskou tam píšeme polohování uživatele.“*

Jakým způsobem jsou u vás rozděleni klienti mezi sestry?

„Podle oddělení.“ Můžete mi to nějak přiblížit? *„Každá z nás má své uživatele, kteří jsou na jednom oddělení a jsou pro nás stálý.“*

Jaký přínos má pro vás metoda ošetřovatelský proces v praxi?

„Podle mě usnadňuje komunikaci mezi ošetřujícími personálem, ale i personálem a uživatelem.“

Jaký význam má metoda ošetřovatelský proces pro sestru?

„Určitě je to o tom, že je veškerá péče plánovaná. Tudiž ji všechny sestry poskytují stejně. Sestry si mezi sebou mohou snáze předávat veškeré informace a poznatky.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetřovatelským procesem?

„Je časově a administrativně náročný.“

Jaký význam má ošetřovatelský proces pro seniora ve vašem domově?

„S uživatelem lze plánovat pokračování péče, která vede až k dosažení optimálního stavu, nebo zajistit důstojné umírání.“

Jakým způsobem vám pomáhá metoda ošetřovatelský proces v péči o seniora?

„Mně to vyhovuje v tom, že si můžu alespoň se svými uživateli více povídat. Při rozhovoru od nich získám cenné informace a snažíme se spolu s uživatelem, pokud to jde, najít správnou cestu vedoucí k zlepšení stavu.“

Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetřovatelský proces?

„I přesto, že si myslím o procesu spoustu dobrých věcí tak bych ho asi nedoporučila.“

Z jakého důvodu?

„Protože je hodně časově náročný.“

Příloha 3- Technika kódování

Rozhovor č. 4

S respondentkou jsem se setkala v domově seniorů na sesterně. Respondentce je 51 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Praxi má 31 let. Po studiu nastoupila do domova seniorů, kde je zařazena jako všeobecná sestra ve směnném provozu.

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

1 „Je to způsob **plánování** a realizování **ošetrovatelské péče**. Zjišťují se potřeby u
2 uživatelů a ty se pak naplňují. Všechno se zapisuje do **plánu péče**.“

3 Kdy jste se poprvé dozvěděla, o metodě ošetrovatelský proces?

4 „To si nevzpomínám, ale je to už několik let. Byla jsem s kolegyní na semináři o
5 ošetrovatelském procesu.“

6 Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

7 „Myslím si, že má své opodstatnění, ale nerada s ním pracuji. Je pravda, že
8 **plánovaná péče** má své výhody jak pro sestry, tak pro uživatele, ale zabere to strašně
9 **moc času**.“

10 Pracuje se u vás s metodou ošetrovatelský proces?

11 „Jo pracuje.“

12 Jak dlouho s ošetrovatelským procesem pracujete?

13 „Asi 4 roky od té doby, co se u nás v domově zavedl. Původně jsme měli mnohem
14 jednodušší plánování, ale je pravda, že jsme se tím moc neřídily, bylo to jen na papíře
15 nic víc.“

16 Jaké fáze ošetrovatelského procesu u vás využíváte?

17 „Nejdříve si u uživatele odeberu **ošetrovatelskou anamnézu** během toho se snažím
18 **zjistit jaké má uživatel problémy a potřeby**. Pak si sestavím v počítači **plan**, ve kterém
19 **mám ošetrovatelské diagnózy a činnosti kterými musím naplnit potřeby** uživatele.
20 **Nakonec dělám vyhodnocení**.“

21 Podle čeho stanovujete ošetrovatelské diagnózy?

- 22 „No, když do počítače zadám ošetrovatelskou anamnézu tak počítač sám nabízí
23 diagnózy. Sama bych je neuměla sestavit.“ Kdybyste neměla možnost diagnózy
24 sestavovat pomocí vašeho programu v počítači, jak byste to udělala? „Na sesterně
25 máme knihu Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, tak asi bych čerpala tam.“
- 26 Jakou formu ošetrovatelského procesu používáte (elektronickou, písemnou, kombinaci
27 obou)?
- 28 „Všechno máme zadaný v počítači, ale pak to tiskneme a zakládáme do
29 dokumentace. Takže asi kombinovanou.“
- 30 Jak často s ošetrovatelským procesem pracujete?
- 31 „Každý den, ale jen u některých uživatelů se zapisuje realizace podávání léků a
32 reakce uživatele. Zapisujeme i aplikace injekcí a vše co se ten den dělá.“
- 33 Jakým způsobem jsou u vás rozdělení klienti mezi sestry?
- 34 „Máme přiděleny stabilní pokoje s uživateli, takže i když některý uživatel zemře a
35 nastoupí nový tak je automaticky přidělené sestře, která má ten pokoj na starost.“
- 36 Jaký přínos má pro vás metoda ošetrovatelský proces v praxi?
- 37 „Nevidím v něm pro mě zásadní význam ani přínos. Spíš mi to ubere čas, který bych
38 mohla využít jinak.“ Jak jinak? „Přímou péčí o uživatele a ne papírováním.“
- 39 Jaký význam má metoda ošetrovatelský proces pro sestru?
- 40 „Asi žádný. Jedině snad zajištěný větší dostupnosti všech informací o uživateli,
41 protože když si plán přečtu tak se o něm dozvím spoustu informací.“
- 42 Jaká negativa vnímáte v práci s ošetrovatelským procesem?
- 43 „Spousta papírování a nedostatek času na poctivé plánování.“ Takže máte pocit,
44 že plánování nepíšete poctivě? „To ne, ale dělám ho ve spěchu a to není dobře.“
- 45 Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora ve vašem domově?
- 46 „Pro mě je důležitý vztah k uživatelům a díky plánování je snazší ho navázat. Jestli
47 má význam přímo pro uživatele to asi jo. Pokud je to uživatel, který má nějaký problém
48 tak jsme schopné ho lépe řešit a řešíme ho všechny stejným způsobem.“
- 49 Jakým způsobem vám pomáhá metoda ošetrovatelský proces v péči o seniora?
- 50 „Je to o tom, že každá z nás poskytuje stejnou péči uživatelům. Podáváme mu stejné
51 informace a nedochází tak k zbytečným dohadům.“ Jakým dohadům, můžete mi je

- 52 popsat? „Třeba to, že každá máme jiný názor na určité věci a pokud mám sestavený
- 53 plán a napsané to co se má dělat tak to pak kolegyně musí respektovat.“
- 54 Doporučila byste i jiným domovům pracovat s metodou ošetřovatelský proces?
- 55 „To je těžký říct.“
- 56 Z jakého důvodu?
- 57 „Myslím si, že by si to měl každý vyzkoušet a udělat si svůj názor sám.“

Příloha 4- Souhlas s realizací výzkumného šetření

DOMOV DŮCHODCŮ



Ing.Bc. Renata Březinová, ředitelka

mobil: 606 810 023, e-mail: [brezinova@... .cz](mailto:brezinova@...)

www....cz

Datum: 8.2.2013

Hana Frühaufová
Hořice na Šumavě 24
382 22

Vážená paní Frühaufová

Tímto Vám povoluji na základě Vaší žádosti v našem Domově provést výzkumné šetření k Vaší bakalářské práci na téma: Ošetrovatelský proces a jeho význam pro seniora z pohledu sester v Domovech seniorů.

DOMOV DŮCHODCŮ
Komenského 6,
tel.: , www.
IČ: 006 65 746

Ing. Bc. Renata Březinová, ředitelka
Domov důchodců

Příloha 5- Plán edukačního semináře: Tvorba ošetrovatelských diagnóz

Edukátor: Hana Frühaufová

Edukant: všeobecná sestra

Místo konání: domov seniorů

Doba trvání edukace: 30 minut

Způsob edukace: verbální edukace

Cíl edukace: Edukantky budou informovány o vzniku, dělení a tvorbě ošetrovatelských diagnóz dle Taxonomie NANDA. Cílem je, aby edukantky uměly správně sestavit ošetrovatelskou diagnózu.

Výsledná kritéria: Edukantky umí sestavit ošetrovatelskou diagnózu.

Realizace: Pro edukaci bude použita přednáška pomocí powerpointu.

Motivační fáze: Edukantky upoutáme dobře připravenou přednáškou v powerpointu s názornou ukázkou vytvořené ošetrovatelské diagnózy.

Expoziční fáze: přednáška bude trvat cca 30 minut, poté bude prostor pro dotazy

Struktura edukačního semináře: Tvorba ošetrovatelských diagnóz

1. Co je Taxonomie NANDA
2. Proč používat ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie NANDA
3. Získání informací potřebných k sestavení ošetrovatelské diagnózy: subjektivní informace od pacienta. Objektivní informace získané sestrou.
4. Analýza získaných informací o pacientovi: analýza dat vede k rozpoznání problémů, nebo potřeb pacienta. Potřeba, nebo problém vyjadřují ošetrovatelskou diagnózu.
5. Diagnózy aktuální a potencionální
6. Nastavení intervencí vedoucích k dosažení cíle

Fixační fáze: V krátkosti zopakujeme to, co jsme již zmínili. Edukankám položíme otázky k danému tématu, tím si ověříme, zda dané téma pochopily.

Kontrolní otázky: Co je Taxonomie NANDA? Podle čeho budete tvořit ošetřovatelské diagnózy?

Hodnocení: Edukanky jsou komplexně edukovány v tvorbě ošetřovatelských diagnóz. Odpověděly na všechny kontrolní otázky.