

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Využití taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o
seniory v domově pro seniory**

bakalářská práce

Autor práce: Michaela Červená Vrátníková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009-0/ Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

Datum odevzdání práce: 14. srpna 2013

ABSTRAKT

Název bakalářské práce: Užití taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o seniory v domově pro seniory.

Současný stav: Domovy pro seniory představují jednu z možností péče o seniory. Jejich cílovou skupinu tvoří senioři starší 65 let, kteří z důvodu zhoršeného fyzického a psychického stavu nebo nepříznivé sociální situace potřebují stálou pomoc druhé osoby. Posláním domovů pro seniory je umožnit svým klientům prožít důstojné a spokojené stáří a udržet a podporovat jejich soběstačnost. O seniory zde pečují multidisciplinární tým odborníků tvořený lékaři, všeobecnými sestrami, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, pracovníky přímé obslužné péče a sociálními pracovníky. Všeobecné sestry domova pro seniory pracují podle standardů ošetrovatelské a sociální péče a pracují metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnostika je jeho nedílnou součástí. Vychází z pečlivého sběru informací o klientovi a slouží k přesnému a stručnému pojmenování jeho zdravotního stavu – aktuálního či potencionálního ošetrovatelského problému a následně k vybrání vhodných intervencí, které povedou k udržení nebo navrácení zdraví klienta. Teoretická část práce popisuje stárnutí a stáří, možnosti péče o seniory, péči v domovech pro seniory. Dále se věnuje geriatrickým syndromům, taxonomii NANDA, její historii a významu a tvorbě ošetrovatelských diagnóz.

Cíl práce: Praktická část práce je rozdělena na dvě části. Cílem první části práce je zmapovat využívání taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o seniory v domovech pro seniory a zmapovat postoj sester v domovech pro seniory k využívání taxonomie NANDA II. Ke zjištění cílů byly zvoleny tyto výzkumné otázky: „Jak sestry využívají taxonomii NANDA II?“ a „Jaký je postoj sester k využívání taxonomie NANDA II?“ Cílem druhé části výzkumu je zmapování vlivu edukace na postoje sester k využívání taxonomie NANDA II. K zjištění cíle byla zvolena tato výzkumná otázka: „Jak se změní postoj sester k používání taxonomie NANDA II po edukačním semináři?“

Použité metody: Ke zjištění potřebných informací byl zvolen kvalitativní výzkum, metoda dotazování a pravého experimentu, technika hloubkového rozhovoru.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následovala jejich přesná transkripce. Získaná data z rozhovorů byla zpracována technikou otevřeného kódování metodou tužka a papír a utříděna do jednotlivých kategorií a podkategorií. Součástí výzkumného šetření byla edukace sester formou prezentace v programu PowerPoint.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo pět všeobecných sester, poskytujících odbornou ošetrovatelskou péči klientům domova pro seniory. Rozhovory byly uskutečněny s jejich souhlasem, stejně jako nahrávání rozhovorů na diktafon.

Výsledky: Analýzou získaných dat z rozhovorů, které se uskutečnily před edukačním seminářem, vznikly kategorie Ošetrovatelský proces, Ošetrovatelská diagnostika a Postoj sester k ošetrovatelské diagnostice, které byly dále děleny na jednotlivé podkategorie. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry mají základní vědomosti o ošetrovatelském procesu a metodou ošetrovatelského procesu pracují. Mají však neuspokojivé znalosti v oblasti ošetrovatelské diagnostiky, s ošetrovatelskými diagnózami nepracují pravidelně a jejich postoj k ošetrovatelské diagnostice je většinou negativní. Analýzou dat z rozhovorů po edukačním semináři vznikla kategorie Změna postoje sester, která odhaluje změnu postoje sester po edukaci k taxonomii NANDA II, významu a tvorbě ošetrovatelských diagnóz. Ve svých odpovědích sestry nejčastěji uvedly, že správně a přesně určená diagnóza je přínosem pro sestru i pro klienta, stejně jako vhodně zvolené intervence. Všech pět dotazovaných se shodlo, že předpokladem pro kvalitní práci s ošetrovatelskými diagnózami je jednotný postup sester při práci s nimi, jejich pravidelné kontroly a také zvýšení míry znalostí o taxonomii NANDA II a ošetrovatelské diagnostice sester, které v domově pro seniory pracují.

Využití: S výsledky výzkumu byla seznámena vrchní sestra domova pro seniory, ve kterém výzkumné šetření probíhalo a ke kterému dala souhlas. Projevila zájem o uspořádání edukačního semináře týkajícího se Taxonomie NANDA II a ošetrovatelské diagnostiky pro všechny sestry, které v domově pracují. Výsledky bakalářské práce mohou být také prezentovány v odborném časopise nebo mohou sloužit jako podklad pro cílenou edukaci sester v oblasti ošetrovatelského procesu a využití taxonomie NANDA II v jejich každodenní práci.

Klíčová slova: senior, stáří, domov pro seniory, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská diagnostika, taxonomie NANDA II.

ABSTRACT

The Bachelor Thesis Title: Usage of NANDA II Classification in Nursing Care for Senior Citizens in the Old People's Home

Current situation: Old People's Homes represent one of the options of caring for senior citizens. They focus on senior citizens over 65 who, due to deterioration of their physical and mental status or unfavourable social situation, need permanent assistance from another person. The role of Old People's Homes is to enable the clients to spend their old age in a worthy and satisfying way, and to keep and support their self-sufficiency. Senior citizens there are looked after by a multidisciplinary team of experts comprising doctors, nurses, physiotherapists, ergotherapists, attendant care workers and social workers. Nurses in Old People's Homes work according to standards of nursing and social care, and they work using the method of nursing process. Nursing diagnostics is its integral part. It works on careful collection of information about a client and serves for exact and brief naming of his/her state of health – current or potential nursing problem, and subsequently helps to choose appropriate interventions that will lead to maintenance or restitution of client's health. Theoretical part of the thesis describes ageing and old age, options of caring for senior citizens, care in Old People's Homes. It also deals with geriatric syndroms, NANDA classification, its history and importance, and making nursing diagnoses.

Objectives: Practical part of the thesis is divided into two parts. The first part aims to discover how NANDA II classification is used in nursing care in Old People's Homes, and to find out the attitude of nurses in Old People's Homes to use of NANDA II classification. To reach these objectives, two research questions were asked: „How do nurses use NANDA II classification?“ and „What is the attitude of nurses to use of NANDA II classification?“ The aim of the second part of the research is to discover how education of nurses affects their attitude to use of NANDA II classification. To

reach this objective, the following research question was asked: „How do nurses change their attitude to use of NANDA II classification after the educational training course?“

Used methods: To find out the necessary information, the qualitative research, the method of asking questions and true experiment, and the technique of in-depth interview were used. The interviews were recorded on a voice recorder, their exact transcription followed. Data gained from the interviews were processed by the technique of open coding using the method of pencil and paper, and classified into particular categories and subcategories. Education of nurses by giving a presentation in PowerPoint was an integral part of the research investigation.

Researched group: Researched group: comprised five nurses who provide professional nursing care for clients of the Old People's Home. Interviews, as well as recording of interviews on the voice recorder, were held with their consent.

Results: Analysis of data gained from the interviews, which were held before the educational training course, resulted in categories Nursing Process, Nursing Diagnostics and Attitude of Nurses to Nursing Diagnostics; these categories were divided further into particular subcategories. Research investigation showed that nurses had basic knowledge of nursing process and that they used methods of nursing process in their work. However, they had unsatisfactory knowledge of nursing diagnostics, they didn't regularly work with nursing diagnoses and their attitude to nursing process was mostly negative. Analysis of data from interviews held after the educational training course resulted in the category Change of Attitude of Nurses, which revealed a change of nurses' attitude after education about NANDA II classification, making nursing diagnoses and its importance. Nurses mostly responded that a properly and exactly defined diagnosis is beneficial for a nurse and client as much as a properly chosen intervention. All five respondents agreed that preconditions of good quality work with nursing diagnoses are to use them in a cohesive way by all nurses, revise them regularly, and promote the knowledge of NANDA II classification and nursing diagnostics among nurses who work in the Old People's Home.

Application: Results of the research were presented to the head nurse of the Old People's Home, where the research investigation was carried out with her consent. She expressed an interest in organizing an educational training course on NANDA II classification and nursing diagnostics for all nurses who work in the Old People's Home. Results of the bachelor thesis can also be presented in a journal or they can serve as a basis for targeted education of nurses about nursing process and use of NANDA II classification in daily work.

Key words: senior citizen, old age, Old People's Home, nursing process, nursing diagnosis, NANDA II classification

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 14. srpna 2013

.....
(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Aleně Machové za odborné vedení bakalářské práce, za její trpělivost, ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala. Děkuji také své rodině za projevenou toleranci a podporu během celého mého studia.

Seznam použitých zkratk

ADL	Test základních sebeobslužných činností
IADL	Test instrumentálních všedních činností
MMSE	Krátká škála mentálního stavu
NANDA	Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

OBSAH

ÚVOD	13
1. SOUČASNÝ STAV.....	15
1.1 Vymezení základních pojmů	15
1.1.1 Senior	15
1.1.2 Stárnutí	16
1.1.3 Stáří	17
1.1.4 Gerontologie, geriatrie, geriatrické ošetřovatelství.....	18
1.2 Specifika zdravotního stavu seniorů	20
1.3 Možnosti péče o seniory	24
1.3.1 Péče ve zdravotních a sociálních zařízeních	24
1.3.2 Domovy pro seniory	25
1.4 Ošetřovatelská péče	28
1.4.1 Ošetřovatelský proces	28
1.5 Taxonomie NANDA.....	32
1.5.1 Tvorba ošetřovatelské diagnózy	35
1.5.2 Nejčastější diagnózy v geriatrickém ošetřovatelství.....	36
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.1 Cíle práce	39
2.2 Výzkumné otázky	39

3. METODIKA	40
3.1 Metodika a technika šetření	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
3.3 Charakteristika prostředí výzkumu	42
4. VÝSLEDKY	44
4.1 Výsledky před edukací	44
4.1.1 Kategorie Ošetřovatelský proces	44
4.1.2 Kategorie Ošetřovatelská diagnostika.....	45
4.1.3 Kategorie Postoj sester k ošetřovatelské diagnostice.....	49
4.2 Výsledky po edukaci	53
4.2.1 Kategorie Změna postoje sester.....	53
5. DISKUZE	58
6. ZÁVĚR.....	66
7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	68
8. KLÍČOVÁ SLOVA	72
9. SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Populace České republiky stárne. Senioři tvoří a budou tvořit její výraznou část. Podle Českého statistického úřadu tvořili lidé starší 65let v roce 2007 téměř 14 % populace. Demografické prognózy předpokládají nárůst této skupiny obyvatel. V roce 2030 budou senioři tvořit téměř 23 % a v roce 2050 až 40 % populace, z toho nejvýrazněji poroste počet lidí, kteří přesáhli 85let věku. Počet těchto lidí se do roku 2050 zvýší až 5krát. Tato čísla jsou alarmem a zároveň výzvou nejen po oblast ekonomickou, sociální a zdravotní, ale i pro celou společnost. Bylo by chybou vnímat seniory jako osoby nepotřebné, zatěžující naši ekonomiku. Staří lidé mají povšechný přehled, mnoho nabytých zkušeností, které předávají mladším generacím spolu s kulturními tradicemi. Jsou to naši rodiče a prarodiče, kteří nás s láskou vychovali, předali nám své znalosti a zkušenosti, stáli při nás v časech dobrých i zlých. Je naší povinností zajistit jim stáří spokojené a důstojné, postarat se o ně po stránce zdravotní, sociální i ekonomické (Malíková, 2011).

Přesto, že je v současné době snaha poskytovat péči seniorům v jejich domácím prostředí z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, ztráty soběstačnosti nebo nepříznivé sociální situace, je nutná péče v některém ze zdravotních nebo sociálních zařízení. Jednou z možností poskytování péče v sociálním zařízení je péče v domovech pro seniory. V minulosti byly domovy pro seniory spíše noční můrou starších lidí. Péče o ně byla v těchto zařízeních často neosobní, rozsah poskytované péče, stejně jako způsob, kterým byla poskytována, byl „univerzální“, bez přihlídnutí na individualitu seniora. Senior byl často vnímán jako pouhý příjemce péče, nebyly saturovány jeho biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby (Malíková, 2011).

Ošetřovatelská péče doznala od té doby výrazných změn. Filozofií ošetřovatelství je holismus, filozofický směr, který chápe člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotu. Hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces. Tato metoda práce vede k aktivnímu vyhledávání a saturaci životních potřeb klienta, je

založena na komunikaci a důvěře, respektuje individualitu člověka. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. Jednou z fází je ošetrovatelská diagnostika. Vezmeme-li v úvahu charakteristické rysy zdravotního stavu seniorů, tedy multimorbiditu, nestabilitu a křehkost, vyplyne nám, že včasná, přesná a správná diagnostika aktuálních, potenciálních i edukačních ošetrovatelských problémů je nezbytná a může zcela zásadním způsobem ovlivnit zdravotní i psychický stav seniora, stejně jako jeho míru soběstačnosti a sociální status (Plevová a kol., 2011).

Téma bakalářské práce „Užití taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o seniory v domově pro seniory“ jsem si vybrala záměrně. V domově pro seniory pracuji jako všeobecná sestra, je mi tedy známá problematika vztahující se k péči o seniory, stejně jako problematika zavádění metody ošetrovatelského procesu, jehož součástí je fáze ošetrovatelské diagnostiky, do praxe.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Senior

Původ slova senior pochází z latinského senium – stáří, senis – starý, druhý stupeň senior – starší. Je tedy označením po osoby staršího věku. Dalším významem slova senior je starší ze dvou osob stejného jména nebo jako označení člena sboru, který požívá zvláštní úctu (Holubová, 2005). V bakalářské práci budeme slovo senior používat ve svém původním významu – tedy jako označení pro osobu starší, osobu vyššího věku.

Senioři se dělí podle funkční zdatnosti na seniory zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé. Zdatní senioři jsou aktivní, mají výbornou výkonnost a diagnostické a léčebné postupy se u nich nemusí lišit od postupů, které jsou učený pro mladší osoby. Tito senioři nepotřebují specializovanou geriatrickou péči, je ale důležité, aby nepodceňovali prevenci. Nezávislí senioři představují skupinu starších lidí, jejichž zdravotní stav a úroveň soběstačnosti přechodně zhoršuje vliv zátěže, např.: operace, akutní infekční onemocnění. Přechodně zhoršený zdravotní stav u nezávislých seniorů však nevede k pravidelnému využívání zdravotních a sociálních služeb. Křehcí senioři jsou skupinou osob, u kterých se projevují příznaky nestability a jsou tedy ohroženi pádem. Kromě nestability trpí křehcí senioři nemocemi kardiovaskulárního aparátu, změnou kognitivních funkcí a s tím související psychickou labilitou. Tato skupina seniorů pravidelně využívá zdravotní služby a často i služby sociální (domovy pro seniory, home care). Závislí senioři jsou lidé s výraznou nesoběstačností, zvládají sami nebo s dopomocí jen základní sebeobsluhu. Potřebují trvalou pomoc druhé osoby v domácím prostředí, zdravotnickém nebo sociálním zařízení. Zcela závislí senioři jsou většinou plně upoutáni na lůžko. Jsou odkázáni na pomoc druhé osoby, sami nevládají ani základní sebepéči. Většinou jde o osoby plně imobilní, vyžadující převážně bazální ošetrovatelskou péči (Kalvach, 2006).

1.1.2 Stárnutí

Pokud si položíme otázku: “Co je to stárnutí?“, nenajdeme jednotnou odpověď. Stárnutí je velice složitý proces, který nelze jednoznačně definovat. Můžeme ho chápat jako předstupeň stáří, etapu sestupného vývoje jedince, která začíná již v ranějších vývojových stádiích (Kalvach, 2004). Stárnutí lze také chápat jako soubor změn ve struktuře i funkci organismu, které vedou k jeho vyšší zranitelnosti, k poklesu výkonnosti a odolnosti jedince, které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Pojem stárnutí si lze také vysvětlit jako specifický proces univerzální pro celou přírodu, jehož průběh se nazývá život (Topinková, Neuwirth, 1995). Stárnutí je involuční proces, stejně jako růst nebo vývoj, jehož důsledkem je smrt organismu. Podstatou stárnutí jsou chemické změny v organismu, poruchy regulace, variability a exprese genů. Stárnutí provází mnoho změn v organismu jedince, většina těchto změn je nevratná (Hegyi, Krajčík, 2008). Existují dva typy stárnutí: fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí pobíhá přirozeně, postupně. Jde o zákonitou etapu ontogeneze. Patologické stárnutí je nepoměr mezi funkčním a kalendářním věkem, kdy věk kalendářní je nižší než věk funkční. Mezi projevy patologického stárnutí patří snížení soběstačnosti nebo její úplná ztráta (Malíková, 2011).

Proces stárnutí probíhá na úrovni buněk, tkání a orgánových soustav. Na úrovni buněčné dochází v důsledku stárnutí např. k aberaci chromozómů, k invaginaci buněčné membrány, zduření a fragmentaci mitochondrií, k zvýšené rigiditě buněčných stěn a k hromadění lipofuscínu v lyzozómech. Na úrovni tkání se stárnutí projevuje hlavně zmenšením počtu buněk, především svalových, nervových a buněk ledvin a myokardu, dále úbytkem mezibuněčné hmoty, změny v množství kolagenu a elastinu. Projevy stárnutí na úrovni orgánových soustav vyplývají ze změn na úrovni buněčné a tkáňové. Dochází k jejich povšechné atrofii a s tím spojené zhoršení funkce. Pro stárnutí jsou charakteristické tyto vlastnosti: invalidita, progresivita, ireverzibilita a nerovnoměrnost. Proces stárnutí, jeho začátek, průběh a rychlost ovlivňují faktory endogenní a exogenní.

Endogenním faktorem, který proces stárnutí ovlivňuje, je genetická výbava jedince, ve které je zakódován začátek i průběh stárnutí, stejně jako přibližná délka života. Mezi exogenní faktory, které mají na stárnutí vliv, patří např. zdravotní stav jedince, jeho životní styl, životní a sociální podmínky. Z výše napsaného je patné, že stárnutí je přirozený proces, který se týká všeho živého. Je to proces specifický, individuální, ovlivněný vnitřními i vnějšími faktory a vede k zániku, smrti jedince (Malíková, 2011).

1.1.3 Stáří

Co se týče stáří a jeho definice, je na tom velice podobně jako stárnutí. Přestože se definovat stáří po celá staletí snaží filozofové, umělci, vědci, lékaři, sociologové, jednotná definice stáří neexistuje. Názory na to, co je, a kdy začíná stáří, se liší. Shodují se však na tom, kdy končí. Stáří končí smrtí organismu. Haškovcová (2006) stáří popisuje jako přirozené období lidského života. Klade důraz na to, že stáří není nemoc, ale přirozený pochod změn, které trvají celý život, ale v pozdějším věku jsou více zřetelné. Podle Kalvacha (2008) je stáří důsledkem a zároveň projevem změn, které jsou geneticky podmíněné a zároveň ovlivněné dalšími faktory jako jsou životní styl, úroveň zdraví, životní podmínky a je spojeno se změnami sociálními.

Kalvach (2004) stáří dělí na 3 druhy: stáří kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné věkem. Světová zdravotnická organizace kalendářní stáří dělí podle 15leté periodizace na 3 období:

60 – 74 let – rané stáří (senescence)

75 – 89 let – vlastní stáří (senium)

90 a více let – dlouhověkost (patriarchum)

V hospodářsky vyspělých státech je hranice stáří posunuta směrem k vyššímu věku. Důvodem posunutí hranice je skutečnost, že v důsledku rozvoje medicíny, zlepšení životního prostředí, životních a sociálních podmínek se zlepšuje zdravotní a funkční stav stárnoucí populace a prodlužuje se i doba dožití. Americká geriatrická společnost z těchto důvodů dělí kalendářní stáří do 4 kategorií:

65-74 – mladší senioři

75-84 – staří senioři

85-94 – velmi staří senioři

95 a více – dlouhověkost (Kalvach, 2004).

Kalendářní stáří je dáno datem narození člověka. Přesto, že je to údaj důležitý, je pouze orientační. Nevypovídá nic o skutečném funkčním stavu seniora. Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn jedince. Lze ho chápat jako míru opotřebení živého organismu. Z toho je zřejmé, že stanovit hranici biologického stáří je obtížné, je u každého jedince jiná, individuální. Sociální stáří je dáno změnami sociálních rolí a potřeb, změnou ekonomického zabezpečení, ale i společenského hodnocení. Za počátek sociálního stáří se obvykle považuje doba, kdy vzniká člověku nárok na starobní důchod nebo doba odchodu do penze (Křivohlavý, 2011; Malíková, 2011).

1.1.4 Gerontologie, geriatrie, geriatrické ošetřovatelství

Nauka o stárnutí a stáří se nazývá gerontologie. Stárnutí a stáří zkoumá především z pohledu biologického, sociálního, demografického, ale i z mnoha dalších hledisek. Gerontologie se dělí do 3 oborů na gerontologii experimentální, která se zabývá otázkami proč a jak lidé stárnou, gerontologii sociální, jejímž předmětem zkoumání jsou vztahy starého člověka a společnosti včetně problému stárnutí populace a gerontologii klinickou – neboli geriatrii, která se zabývá zdravotním i funkčním stavem seniorů, zvláštnostmi nemocí ve stáří, jejich prevalencí diagnostikou a léčbou (Malíková, 2011).

Specializovanou zdravotní péčí - prevencí, diagnostikou a terapií poruch, které se vyskytují ve vyšším věku, se zabývá geriatrie (Vidovičová, 2007). Geriatrie je samostatný interdisciplinární lékařský obor vycházející z interního lékařství, má intervenčně preventivní charakter. Od ostatních oborů medicíny se liší především svou šíří a komplexností a zároveň interdisciplinární lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péčí. Mezi cíle geriatrie patří včasné rozpoznání nemocí metodami primární a sekundární prevence. Právě včasné odhalení nemocí a jejich následná léčba

zvyšují šance seniora na zachování si dobrého zdraví a udržení si soběstačnosti. Dalším cílem geriatrické péče je dosáhnout co nejvyššího stupně funkčního zdraví seniora, soběstačnosti a nezávislosti v jeho domácím prostředí. Geriatrické péče je obor poměrně mladý, v České republice vznikl v roce 1982 (Topinková, 2005).

Počátky geriatrického ošetrovatelství sahají k Florance Nightingelové, která své studentky pripravovala nejen pro práci v nemocnici, ale i pro práci v terénu v rámci komunitního ošetrovatelství. Své studentky vysílala i do ošetroven pro chudé, aby zde pečovaly o lidi chudé a staré. Další významný rozvoj zaznamenalo geriatrické ošetrovatelství ve 40. letech 20. století ve Spojených státech amerických. V roce 1940 byl otevřen Ošetrovatelský dům v Ohiu a v témže roce i Židovský dům pro staré v New Yorku. Obě tyto instituce byly centry geriatrické ošetrovatelské péče. V roce 1966 založila Americká asociace sester Oddělení geriatrického ošetrovatelství (Jarošová, 2007).

V České republice v minulosti získávaly všeobecné sestry odbornost v geriatrické péči formou postgraduálního studia, které zajišťovalo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. V roce 2004 vyšel v platnost zákon č.96 Sb., ve kterém již obor geriatrického ošetrovatelství nebyl zahrnut, stejně jako pojem geriatrická sestra. Na základě tohoto zákona byla ukončena všechna dosavadní specializační postgraduální studia, která zajišťoval NCO NZO, včetně studia ošetrovatelské péče v geriatrické péči. V současné době sestry, které chtějí pečovat nebo již pečují o geriatrické pacienty, získávají svou specializaci studiem komunitního ošetrovatelství v rámci bakalářského studia nebo studiem ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech v pokračujícím magisterském studiu na vysokých školách (Malíková, 2011).

Činnost sestry pečující o seniory lze z hlediska náplně práce rozdělit na základní zdravotní a sociální péči a na odbornou zdravotní a sociální péči. Základní zdravotní a sociální péče je soubor činností, které jsou cíleny na uspokojování základních životních potřeb seniora. Kromě péče o jeho osobu obnáší i péči o jeho prostředí. Tuto činnost

nemusí nutně vykonávat sestra, může být prováděna jiným členem ošetrovatelského týmu nebo blízkými seniora, pečovatelskou službou. Tato činnost může být prováděna i samotným seniorem. Mezi činnosti základní péče např. patří: hygienická péče, péče o pokožku, zajištění příjmu stravy a tekutin, prevence proleženin, péče o lůžko, oblékání. Odborná zdravotní a sociální péče v sobě obsahuje všechny odborné činnosti sester. Jsou to činnosti, které nemůže vykonávat laik, jsou v plné kompetenci všeobecné sestry. Odborná zdravotní a sociální péče zahrnuje např.: podávání ordinovaných léků, odběr biologického materiálu, příprava klienta na vyšetření, sledování fyziologických funkcí, převaz a péče o rány, ošetrovatelskou rehabilitaci, edukace klienta, sociální diagnostiku. Sestra, která pečuje o seniora, je součástí multidisciplinárního týmu, který, vzhledem ke specifikům nemocí a problémů starých lidí, pracuje odlišnou metodou na rozdíl od jiných klinických oborů (Malíková, 2011).

1.2 Specifika zdravotního stavu seniorů

Z pohledu geriatric a geriatrického ošetrovatelství má stáří své charakteristické rysy. Jednou z typických vlastností stáří je prevalence chronických i akutních onemocnění a multimorbidita. Až 97 % žen a 95 % mužů nad 60 let trpí chronickým onemocněním nebo jeho příznaky. Nejčastějšími chronickými onemocněními v tomto věku jsou choroby kardiovaskulárního systému, pohybového aparátu a nemoci endokrinní a metabolické. Ve stáří také častěji dochází k vzplanutí akutních chorob. Náhlé zhoršení zdravotního stavu postihne během jednoho roku až 3/5 seniorů. Mezi nejčastější akutní onemocnění seniorů patří akutní onemocnění dýchací soustavy, trávicího ústrojí a úrazy (Kalvach, 2004; Topinková, 2005).

Ve vyšším věku je také častý sklon ke komplikacím stávajících onemocnění a k jejich řetězení. Rozdílný stupeň multimorbidity a individuální průběh stárnutí zvyšují rozdíly mezi jednotlivci. V důsledku poruch funkce a spolu s obtížemi, které jsou zapříčiněny nemocemi, senior nemůže provádět některé činnosti nebo je jejich vykonávání pro něj obtížné. Tento stav se nezývá dizabilita. Následky nemocí a jejich

průběh vedou ke zhoršení soběstačnosti starých lidí. Ke zhoršení zdravotního stavu seniora také značnou měrou přispívá zhoršení kognitivních funkcí, osamělost a chudoba (Kalvach, 2004).

Typickým znakem zdravotního stavu seniora je nestabilita. Právě nestabilita je příčina opakovaných hospitalizací, pobytu v sociálních zařízeních i smrti. Mezi hlavní příčiny nestability zdravotního stavu patří úbytek hmotnosti (minimálně 4,5kg za rok), snížení příjmu potravy, sociální faktory, anorexie, úbytek svalové hmoty (sarkopénie), bolest, nemoci, srdeční selhávání, diabetes, chronická obstrukční plicní nemoc, anémie, zánětlivá onemocnění a nemoci endokrinního systému. Příčiny nestability se navzájem potencují (Kalvach, 2006).

Důležitou roli v míře soběstačnosti seniora hraje sarkopénie, v jejímž důsledku se zvyšuje riziko pádu starého člověka, urychluje se rozvoj osteoporózy, dochází k poruchám mobility, ke zhoršení termoregulace a výkonnosti dýchacích svalů. Úbytek svalové hmoty větší jak 40 % je neslučitelný se životem (Kalvach, 2004; Malíková, 2011). Z hlediska kvality života seniora není hlavním ukazatelem přítomnost onemocnění, ale to, do jaké míry výskyt nemoci ovlivní jeho nezávislost – funkční zdatnost. Definice zdraví Světové zdravotnické organizace je pro seniora obtížně aplikovatelná. Vhodnější je chápat zdraví seniora jako jeho schopnost uspokojivě žít a fungovat ve společnosti (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007). Na stupni závislosti se výrazně podílí věk. Zatímco mladí senioři jsou plně soběstační až v 84%, v pokročilém stáří je již pouze 51 % seniorů plně soběstačných (Kalvach, 2004).

V souvislosti s dysfunkcí zdraví ve vyšším věku hovoříme o tzv. geriatrických syndromech. Geriatrické syndromy jsou soubory příznaků, většinou multikauzální etiologie, navzájem provázané a chronické, které vedou při nesprávné diagnostice ke ztrátě soběstačnosti seniora. Geriatrické syndromy se dělí do tří skupin: na syndromy somatické, psychické a sociální. Mezi geriatrické syndromy somatické řadíme poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilitu, pády a úrazy, inkontinenci moče a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravin, tekutin a dekubity. Psychické

geriatrické syndromy představuje demence, deprese, delirium, poruchy chování s poruchou adaptace. Mezi geriatrické syndromy sociální řadíme ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolaci, týrání, zneužívání a dysfunkci rodiny (Topinková, 2005). Mezi hlavní geriatrické syndromy patří: syndrom instability, syndrom dekondice a hypomobility, syndrom imobility, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom psychické alterace, syndrom inkontinence, syndrom smíšeného smyslového komunikačního deficitu, syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace a syndrom terminální geriatrické deteriorace. Pro syndrom instability jsou charakteristické závratě a nestability různého původu, např.: poruchy srdečního rytmu a mozkového prokrvení, anémie, svalová slabost. Senior je ohrožen pádem a jím způsobenými poraněními, které pak vedou k dekondici, omezení pohybové aktivity a soběstačnosti. Rizikem je také vznik úzkostí, deprese a strachu z pádu. Pro syndrom dekondice a hypomobility je typická atrofie svalů dolních končetin a celkový pokles kondice. Senior omezuje pohybovou aktivitu, zmenšuje rozsah pohybů. Mezi hlavní příčiny vzniku tohoto syndromu patří muskuloskeletální bolest, deprese, nežádoucí účinky léků a chybějící motivace. Imobilizační syndrom vniká na základě dlouhodobého nebo trvalého upoutání seniora na lůžku nebo v křesle. Manifestací syndromu imobility jsou např.: vznik dekubitů, kontraktur a svalové atrofie, hypoventilace vedoucí často k pneumonii, dehydratace, zácpa, inkontinence, urolitiáza, deprese. Příčinou vzniku syndromu malnutrice a anorexie může být např. nádorové onemocnění, ale také nevhodně připravená a upravená strava, poruchy chrupu, poruchy vstřebávání stravy, poruchy polykání, přítomnost deprese nebo nechutenství, jehož příčinou je nežádoucí účinek léků. Syndrom psychické alterace může být vyvolán např. náhlým vysazením návykových látek, především alkoholu, ale také hypnotik nebo anxiolytik. Může být také způsoben poruchami vnitřního prostředí nebo horečnatými stavy, kdy dochází k dehydrataci. Projevem syndromu psychické alterace jsou změny kognitivních funkcí, které jsou provázeny poruchami chování. Pro syndrom inkontinence je charakteristický nekontrolovatelný, částečný nebo úplný odchod moči,

stolice nebo kombinace obojího. Za vznikem syndromu smíšeného smyslového a komunikačního deficitu stojí kombinovaná porucha zraku a sluchu, která je příčinou omezení seniorova kontaktu s okolím a tím k jeho sociální izolaci. Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace se většinou projevuje různými stesky seniora, jeho apatií, vyhýbání se očnímu kontaktu, pohybovými stereotypy nebo zvýšenou potřebou spánku. Syndrom většinou vzniká jako reakce na závažnou životní událost nebo na přijetí do dlouhodobé ústavní péče. Syndrom terminální geriatrické deteriorace zahrnuje postupné zhoršování zdravotního i funkčního stavu seniora bez jednoznačné příčiny, které spějí ke smrti seniora. Hlavními příznaky jsou nechutenství a s tím spojené hubnutí, apatie, únava, slabost, snížení aktivity, které v pokročilé fázi syndromu vede až k imobilitě. Pokud lékař diagnostikuje syndrom geriatrické deteriorace, je dalším krokem poskytnutí paliativní péče (Kalvach, 2006).

K diagnostice geriatrických syndromů a posouzení celkového zdravotního stavu seniora se využívá funkční geriatrické vyšetření. Cílem vyšetření je zlepšení zdravotního a funkčního stavu seniora a tím i zpomalení začátku jeho nesoběstačnosti, zlepšení celkové kvality života seniora a zabránění poskytování neefektivních služeb. Jeho součástí je posouzení fyzické výkonnosti seniora, jeho soběstačnosti, zhodnocení psychických funkcí a posouzení jeho sociální situace. Součástí vyšetření je i vyhledávání zdravotních a sociálních rizik a návrh prevence s ohledem na individualitu a možnosti klienta (Topinková, 2005).

Při posuzování celkového zdravotního stavu seniora se kromě komplexního klinického vyšetření hodnotí i stupeň smyslového postižení, malnutrice, inkontinence a poruchy rovnováhy a chůze. V oblasti posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti se používají standardizované testy: test instrumentálních všedních činností (IADL), který je vhodný u seniorů s lehčím zdravotním postižením a test základních sebeobslužných činností podle Barthelové (ADL), který se provádí u seniorů s těžším postižením. V obou testech se hodnotí míra soběstačnosti seniora při provádění jednotlivých činností (Topinková, 2005). Vyšetření psychického zdraví a pohody je cíleno na

odhalení kognitivních poruch – demence a poruch afektu – deprese. Nejčastěji používanou metodou je test Krátká škála mentálního stavu (MMSE) a Geriatrická škála deprese pro geriatrické pacienty (Schuler, Oster, 2010). V oblasti sociální sledujeme sociální kontakty seniora, jeho možnosti a rizika bydlení, ekonomické zabezpečení, možnosti a rozsah poskytovaných sociálních služeb (Topinková, 2005).

1.3 Možnosti péče o seniory

Trendem posledních let je poskytovat péči seniorům v jejich přirozeném prostředí, tedy doma. Péče v domácím prostředí může mít podobu laické nebo profesionální péče nebo kombinace obou. Laickou péčí většinou poskytují rodinní příslušníci. Schopnost rodiny postarat se o seniora záleží nejen na ochotě, schopnosti a možnostech péči trvale poskytovat, ale i na funkční úrovni zdraví samotného seniora. Profesionální péči poskytují sestry agentur domácí péče. U této formy poskytované péče záleží na dostupnosti agentur, na ochotě praktického lékaře spolupracovat s agenturou domácí péče, na informovanosti rodin nebo seniorů o možnosti této formy péče a v neposlední řadě i na finanční situaci seniora, protože výrazná část poskytované péče není hrazena zdravotními pojišťovnami (Horáková, 2013).

1.3.1 Péče ve zdravotních a sociálních zařízeních

V případě, že není možné poskytnout seniorovi kvalitní péči v jeho domácím prostředí, jsou další možností péče zdravotní a sociální služby určené seniorům. Mezi zdravotní služby patří lůžka akutní geriatrické péče, která jsou určena pro seniory nad 65let, u kterých došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu nebo geriatrická ošetrovatelská lůžka určená převážně pro rekonvalescenci. Seniorům je zde poskytována kromě ošetrovatelské péče i péče rehabilitační (Horáková, 2013).

V oblasti poskytování sociálních služeb seniorům jsou možnosti péče rozmanitější. Výraznou změnu v oblasti poskytování sociálních služeb seniorům přinesl Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vešel v platnost 1. 1. 2007 (dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf).

Zákon definuje 3 oblasti poskytovaných služeb: služby sociální prevence, služby sociálního poradenství a služby sociální péče. Podle lokality poskytování těchto služeb je zákon rozdělil na služby terénní, ambulantní a pobytové. Prioritami zákona jsou: ochrana práv lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami z důvodů určitého omezení, vytvoření právního základu pro vztahy při zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci a vymezení práv a povinností jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb. Zákon o sociálních službách také přesně stanovil druhy zařízení sociálních služeb, zároveň definoval základní činnosti, které jednotlivá zařízení poskytují. Mezi tato zařízení například patří: centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, azylové domy, chráněná bydlení, domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory (dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf).

Současným trendem je poskytovat sociální a zdravotní péči klientovi v jeho domácím prostředí, formou terénních nebo ambulantních služeb. Přestože došlo v posledních letech k rozšíření a zkvalitnění terénní a ambulantní péče, zůstávají pobytová sociální zařízení významnou možností péče o seniory (Malíková, 2011).

1.3.2 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytová sociální zařízení s celoročním provozem. Jsou určeny osobám vyššího věku, které potřebují komplexní péči z důvodu trvale zhoršeného stavu, kdy jim kvalitní péče nemůže být zajištěna v jejich domácím prostředí prostřednictvím rodiny nebo profesionální pečovatelské služby. Tato forma služby je určena také těm seniorům, kteří se ocitli v neutěšené sociální situaci (Malíková, 2011). Podmínky přijetí žadatele do domova pro seniory stanoví Zákon č. 108/2006 Sb., § 49, který říká, že žadatel je osoba se sníženou soběstačností a odpovídajícího věku, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Klientům domovů pro seniory jsou poskytovány komplexní služby v oblasti sociální, pečovatelské, zdravotní, rehabilitační a kulturní péče. Posláním domovů pro seniory je

podporovat soběstačnost a důstojnost svých klientů, poskytovat pobytovou službu v souladu s individuálními potřebami jednatelce, umožnit jim bezpečné a spokojené stáří. Zákon také přesně vymezuje základní služby, které je poskytovatel povinen svým klientům zabezpečit. Mezi tyto služby patří: poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011).

Kromě již zmíněných, ze zákona povinných služeb, poskytují domovy pro seniory další – rozšířené služby. Mezi tyto rozšiřující služby patří nejčastěji rehabilitační ošetrovatelství, ergoterapie, duchovní péče, ošetrovatelská péče a péče zdravotní. Všechny činnosti rehabilitační péče jsou zaměřeny na udržení nebo podporu soběstačnosti klienta s cílem zabránit vzniku imobilizačního syndromu klienta při částečné nebo úplné ztrátě mobility. Rehabilitační péče je indikována lékařem, provádí se základní i speciální rehabilitační postupy a techniky pasivní i aktivní formou, individuálně nebo skupinově. Speciální rehabilitační techniky vykonává fyzioterapeut, základní rehabilitační techniky provádí pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry (Malíková, 2011).

Podobně jako rehabilitační péče je poskytována péče ergoterapeutická. Základní ergoterapeutické činnosti zajišťují všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách, specializované činnosti provádí ergoterapeuti. Ergoterapie může probíhat individuálně nebo skupinově. Cílem této péče je udržet a rozvíjet hlavně jemnou motoriku seniorů (Malíková, 2011).

Duchovní péče je zaměřena na saturování spirituálních potřeb seniorů. Duchovní oblast je intimní, individuální a široká. Každé zařízení spolupracuje s místní farností, duchovní pravidelně do zařízení docházejí. K uspokojení potřeb v této oblasti klient nepotřebuje vždy duchovního, často potřebuje tichého společníka, posluchače, se

kterým může rozjímat, třídít a analyzovat myšlenkové pochody. Péči o duchovní potřeby klienta má na starosti všechen ošetřující personál (Malíková, 2011).

Poskytovanou ošetrovatelskou a zdravotní péči nelze v domovech pro seniory oddělit, navzájem se prolínají a doplňují. Na realizaci ošetrovatelské péče se podílí pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry. Vzhledem k cílové skupině, které je poskytovaná služba primárně určená, tedy osobám vyššího věku, které potřebují komplexní péči z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, je ošetrovatelská péče všudypřítomná. Vezmeme-li v úvahu skutečnost, že do domovů pro seniory jsou přijímáni senioři s různým stupněm soběstačnosti a až 30 % klientů jsou ti, kteří potřebují intenzivní ošetrovatelskou péči ve všech základních životních oblastech a jsou tedy plně odkázáni na pomoc ošetroujícího personálu, vyplývá nám, že se jedná o práci fyzicky i psychicky velice náročnou. Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory obsahuje všechny úkony spojené s uspokojováním základních biologických potřeb klienta. Jedná se o péči zejména v oblasti podávání stravy, hydratace, hygieny, vyprazdňování, péče o pokožku, zajištění aktivního i pasivního odpočinku a kvalitního spánku. Do této oblasti také patří zmírňování bolesti a péče o umírající a zemřelé (Malíková, 2011).

Péči zdravotní zajišťuje praktický lékař a odborní lékaři – nejčastěji jsou to stomatolog, neurolog a psychiatr spolu s všeobecnými sestrami v rámci specializovaného ošetrovatelství. Všeobecné sestry, které pracují v domovech pro seniory, jsou nositelkami výkonu. Jednotlivé výkony indikuje lékař, výjimkou jsou výkony týkající se první pomoci a záchrany života. Každý výkon má svůj číselný kód a musí splňovat 10minutový časový limit. Výkon, který tento časový limit nesplní, nesmí sestra vykázat. Zákon č. 108/2006 Sb., poskytovateli sociálních služeb klade za povinnost zajistit zdravotní péči svým klientům, zároveň však není povinný ji poskytovat. V současné době poskytují lékaři zdravotní péči nejčastěji formou návštěv, které jsou smluvně vymezené na určité dny v týdnu a hodiny. Všeobecné sestry jsou tak

často jediným odborným pracovníkem schopným poskytovat zdravotní péči (Malíková, 2011).

1.4 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je soubor odborných činností, které jsou zaměřeny na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivcům, rodinám nebo skupinám osob. Její součástí je péče o nevy léčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována s ohledem na individualitu každého jedince a v souladu s holistickým přístupem k jednotlivci. Trendem moderního ošetrovatelství je poskytování ošetrovatelské péče víceúrovňovým způsobem, tedy způsobem, kdy se na péči podílí ošetrovatelský tým složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace (Plevová a kol., 2011).

V září roku 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví Věstník č. 9/ 2004 Sb., jehož obsahem je metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních a ve vlastním prostředí jednotlivců, rodin nebo skupin osob. Tento dokument označil za základní pracovní metodu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím, ošetrovatelský proces. Cílem toho opatření je zkvalitnění celkové ošetrovatelské péče (dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html).

1.4.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je hlavní pracovní metoda ošetrovatelského personálu. Je to analyticko-syntetická metoda práce, její cílem je aktivní řešení problému, kterou pracuje kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, při plánování, diagnostice, realizaci a vyhodnocování péče. Ošetrovatelský proces je sérií vzájemně propojených činností, které na sebe navazují, vytváří dynamický celek a vedou k uspokojování životních potřeb klienta. Je to proces logický, systematický, cyklický a dynamický, během kterého sestra shromažďuje a vyhodnocuje získané informace, komunikuje s klientem,

získává jeho důvěru, prohlubuje si své znalosti o nemocech, jejich projevech, prevenci a terapii. Zároveň touto metodou sestra získává i informace o tom, jak klient svou nemoc prožívá a jaké jsou jeho potřeby. Na základě získaných informací sestra stanovuje ošetrovatelskou diagnózu, ve které jsou obsaženy skutečné i potenciální problémy klienta (Tóthová, 2009).

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází: fáze zhodnocení nemocného, fáze ošetrovatelské diagnostiky, fáze plánování ošetrovatelské péče, fáze realizace plánu péče a fáze vyhodnocení výsledků péče. Jednotlivé fáze od sebe nejsou odděleny, ale navzájem se prolínají. Písemná forma těchto pěti fází se nazývá ošetrovatelský plán (Tóthová, 2000).

Ve fázi zhodnocení nemocného sestra shromažďuje, třídí a ověřuje informace o zdravotním stavu klienta. Zdrojem informací je nejen sám klient, ale např. klientova rodina, blízký přítel nebo ostatní členové ošetrovatelského týmu. Potřebné informace sestra získává pozorováním, rozhovorem s klientem, fyzikálním nebo screeningovým vyšetřením. Při sběru informací vychází sestra z některého teoretického modelu ošetrovatelství, např.: ošetrovatelský model M. Gordonové, V. Hendersenové, D. Oremové. Pro další fáze ošetrovatelského procesu je důležité, aby sestra získané informace řádně a objektivně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace (Malíková, 2011; Tóthová, 2000).

Ve fázi ošetrovatelské diagnostiky sestra analyzuje získané informace, pozornost věnuje informacím, které odlišují stav zdraví od normy. Zjištěné odchylky nebo možná rizika roztřídí podle jejich původu do okruhů tělesných nebo psychosociálních (Malíková, 2011; Tóthová 2009).

V dalším kroku sestra pojmenuje aktuální nebo potenciální problém klienta, který má svou příčinu vzniku a charakteristický projev a tím formuluje ošetřovatelskou diagnózu. Ošetřovatelská diagnóza by měla být stručná, jasná a měla by poukazovat vždy na jeden problém klienta. Klient může mít víc diagnóz. Na rozdíl od lékařské diagnózy, která je neměnná, se ošetřovatelská diagnóza mění podle aktuálního stavu klienta (Tóthová, 2000).

Fáze plánování ošetřovatelské péče začíná vytýčením priorit. Sestra spolu s klientem stanoví cíle péče a výsledná kritéria, naplánuje ošetřovatelské intervence a písemně sestaví ošetřovatelský plán. Priority sestra stanoví podle aktuálního stavu klienta a seřadí je podle jejich důležitosti. Vždy platí, že zdravotní rizika, která ohrožují klienta na životě, mají nejvyšší prioritu. Rizika, která ohrožují klienta na zdraví, mají pak prioritu střední (Plevová a kol., 2011; Tóthová, 2000).

Po vytýčení priorit sestra spolu s klientem stanoví cíle ošetřovatelské péče, chtěný výsledek, kterého by měl klient za podpory sestry dosáhnout. Cílem je odstranit nebo zmírnit problém, který sestra analyzovala a pojmenovala. Cíle se dělí podle doby, za kterou lze cíle dosáhnout, na krátkodobé (hodiny, dny) a dlouhodobé (týdny, měsíce). Cíle by měly být vždy realizovatelné, v možnostech sestry i klienta a nesmí být v rozporu s lékařským léčebným postupem (Plevová a kol., 2011; Tóthová, 2000).

Po vytýčení cíle sestra určí výsledná kritéria, tedy očekávané a měřitelné kroky, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu klienta nebo k eliminaci rizik. V dalším kroku této fáze ošetřovatelského procesu navrhne sestra intervence, tedy způsob péče, který povede ke splnění ošetřovatelského cíle a písemně sestaví individuální plán péče. (Plevová a kol., 2011)

Ve fázi realizace plánu péče vykonává sestra péči podle ošetřovatelského plánu. Plní intervence, které směřují ke zlepšení zdravotního stavu klienta (Plevová a kol., 2011; Tóthová, 2000).

Ve fázi vyhodnocení sestra objektivně hodnotí, zda spolu s klientem dosáhla požadovaných cílů nebo zda byly vytýčené cíle splněny pouze částečně. V případě, že k úplnému splnění cíle nedošlo, sestra kontroluje a mění jednotlivé intervence tak, aby požadovaného cíle bylo dosaženo. Pro sestru je důležité hodnotit výsledky ošetřovatelského plánu průběžně. Průběžným hodnocením se sestra vyvaruje intervencí, které nejsou účinné a má možnost včas je zaměnit za takové, které ke splnění očekávaného cíle povedou (Plevová a kol., 2011; Tóthová, 2000).

Při práci metodou ošetřovatelského procesu je důležitý aktivní přístup sestry. K tomu, aby byly všechny fáze ošetřovatelského procesu efektivně využívány v praxi, je potřeba dobře zorganizovat práci sester. V minulosti byl nejčastěji využíván tzv. funkční systém péče, kdy jednotlivá sestra prováděla určitý výkon u všech klientů. Tento způsob poskytování péče byl založen na rutině a instrumentálních dovednostech jednotlivých sester (LEMON, 1996).

V současné době je práce sester organizována nejčastěji formou skupinové péče, kdy skupinová sestra pečuje o jí svěřenou skupinu klientů, pracuje metodou ošetřovatelského procesu a odpovídá za vedení dokumentace. Klienty skupiny pak předává sestře z další směny. Další možností organizace práce sester je formou primárních sester. Každému klientovi je hned po přijetí přidělena primární sestra, která se o klienta stará po celou dobu jeho pobytu. Ošetřovatelský plán plní za pomoci ostatních členů ošetřovatelského týmu, v době její nepřítomnosti si klienty přebírá jiná – sekundární sestra. Primární sestra je zodpovědná za veškerou péči, která je poskytována klientovi během pobytu (Marečková, 2006).

Neméně důležitou součástí práce sestry je vedení kvalitní ošetrovatelské dokumentace, která je podstatnou součástí ošetrovatelského procesu. Správné vedení dokumentace je nutné z mnoha důvodů. Je zdrojem ucelených informací o potřebách klienta, o cílech ošetrovatelského procesu, jeho průběhu a výsledcích, zároveň je nástrojem k zajištění plynulé a návazné péče. Umožňuje přenos informací o klientovi mezi další členy ošetrovatelského týmu nebo na jiná pracoviště. Nelze opomenout, že kvalitně vedená dokumentace slouží jako chronologický přehled poskytované péče, je nástrojem dalšího poznávání a vzdělávání ošetrovatelského personálu a zároveň je to zdroj důležitých dat, která mohou být použita v ošetrovatelském výzkumu. Nelze opomenout, že dokumentace slouží i jako zdroj objektivních informací při eventuálním právním šetření (Doenges, Moorhouse, 2001; Malíková, 2011).

1.5 Taxonomie NANDA

Taxonomie NANDA je v současné době nejznámější klasifikační systém diagnóz v ošetrovatelství. Jeho vývoj je úzce spjatý s vývojem ošetrovatelské diagnostiky. Na konferenci o ošetrovatelské diagnostice v roce 1982 byla založena Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy – NANDA, jejím hlavním cílem bylo standardizovat terminologie v oblasti ošetrovatelských diagnóz. Z důvodu celosvětového zájmu o rozvoj standardizované ošetrovatelské terminologie v oblasti diagnóz došlo v roce 2002 k přejmenování organizace NANDA na NANDA International (dále jen NANDA I). Cílem NANDA I bylo vytvořit standardní názvy ošetrovatelských diagnóz a logicky je rozřadit a seřadit podle určitého principu. Vznikla Nanda Taxonomie I vycházející z 9 vzorců lidského chování a obsahující 148 diagnóz. Vzorce byly číselně značeny 1 – 9 a týkaly se výměny, komunikace, navazování vztahů, hodnocení, volby, pohybu, vnímání, poznávání a pocitů. V roce 1986 na 7. Konferenci o ošetrovatelské diagnostice byla Taxonomie NANDA I přijata. Užívání Taxonomie NANDA I v praxi se však neosvědčilo, a proto byla Taxonomie NANDA I postupně přepracována a pozměněna (Machová, 2011).

V roce 2000 byla předložena nová verze klasifikace diagnóz – NANDA I Taxonomie II. Jejím hlavním cílem byla snadná aplikace ošetřovatelských diagnóz v praxi. NANDA I Taxonomie II je tříúrovňová, skládá se z domén, tříd a ošetřovatelských diagnóz. V současné době má 13 diagnostických domén, které vycházejí z 11 funkčních vzorců zdraví M. Gordonové – podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita/odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání zátěže, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort, růst/vývoj (Machová, 2011). Pro větší přesnost určení ošetřovatelské diagnózy jsou jednotlivé domény dále děleny na třídy. Každá z ošetřovatelských diagnóz má svůj přesný název a také svůj číselný kód, který je prevencí záměny diagnóz (Marečková, 2006). *„Názvy ošetřovatelských diagnóz s mezinárodním číselným kódem je vhodné chápat jako standardní pojmenování ošetřovatelských problémů. Přítomnost ošetřovatelského problému vyjadřuje poznání, že v konkrétní potřebě nemocného nebo i zdravého člověka není z ošetřovatelského pohledu vše v pořádku.“* (Marečková, 2006, str. 19). Ošetřovatelský problém může být aktuální, potenciální nebo edukační. Ošetřovatelská diagnóza je závěrem reakcí jedince, rodiny nebo komunity na potenciální nebo aktuální deficit zdraví. Pomocí správně určené ošetřovatelské diagnózy můžeme zvolit vhodné ošetřovatelské intervence, které pak vedou k navrácení zdraví, ke stabilizaci zdravotního stavu, k zmírnění obtíží a k saturaci potřeb jedince v oblasti biologické, psychosociální a spirituální (Marečková, 2006).

V současné době obsahuje Nanda I Taxonomie II 206 ošetřovatelských diagnóz, které jsou děleny do pěti typů: aktuální ošetřovatelské diagnózy, potenciální ošetřovatelské diagnózy, syndromové ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelské diagnózy na podporu zdraví a wellness ošetřovatelské diagnózy. Aktuální ošetřovatelská diagnóza je pojmenováním reakcí jedince, rodiny nebo komunity na současnou životní situaci nebo zdravotní stav. Tento typ diagnózy má v Taxonomii II nejvyšší zastoupení, zahrnuje více než 100 diagnóz. Je složena z názvu, definice, určujících a souvisejících faktorů. Potenciální ošetřovatelská diagnóza je pojmenováním pro rizika, které by

mohla negativním způsobem ovlivnit zdraví klienta. Je složena z názvu, definice a rizikových faktorů. Syndromová ošetřovatelská diagnóza je pojmenováním pro soubor symptomů, které vytváří celek a jsou charakteristickým znakem pro určitou ošetřovatelskou diagnózu. Ošetřovatelská diagnóza na podporu zdraví je vyjádřením ochoty jedince, rodiny nebo komunity zlepšit svůj přístup ke zdraví. Tento typ diagnózy je použitelný v každém zdravotním stavu klienta. Při stanovení wellness ošetřovatelské diagnózy musí být splněny dva předpoklady. Klient nemá deficit v oblasti zdraví a zároveň projevuje zájem o dosažení vyšší úrovně zdraví (Machová, 2011).

Ošetřovatelské diagnózy zařazené do klasifikačního systému NANDA I Taxonomie II se skládají z několika částí: názvu, definice, určujících znaků, rizikových faktorů a faktorů souvisejících. Název je stručné a výstižné pojmenování diagnózy. Definice je její výstižný popis, který pomáhá danou diagnózu odlišit od podobných diagnóz. Určující znaky jsou měřitelné a pozorovatelné závěry, které jsou charakteristické po danou diagnózu, určují zaměření ošetřovatelských intervencí a jsou jimi ovlivnitelné. Mezi rizikové faktory patří všechny vnitřní i vnější vlivy, které zvyšují pravděpodobnost vzniku nemoci. Související faktory jsou všechny faktory, které mohou mít souvislost s ošetřovatelskou diagnózou, mohou k ní přispívat, předcházet jí nebo napomáhat (Machová, 2011).

Taxonomie II je členěna do sedmi os, jedná se tedy o multiaxiální systém. Osa 1 představuje základní diagnostický problém, např.: bolest, zácpa, strach. Osa 2 představuje subjekt diagnózy, konkretizuje, zda se diagnóza týká jednotlivce, rodiny nebo komunity. Osa 3 představuje deskriptor – snížený, dysfunkční, přerušovaný, anticipační. Osa 4 je topologická, označuje, kterého systému se diagnóza týká, např.: zrakový, renální, kožní, dýchací. Osa 5 určuje věk, vývojovou fázi, ve které se klient nachází – plod, novorozenec, kojeneček, dítě, dospělý. Osa 6 specifikuje dobu trvání obtíží, zda se jedná o problém akutní, chronický, intermitentní nebo kontinuální. Osa 7 určuje stav ošetřovatelské diagnózy, zda se jedná o diagnózu aktuální, diagnózu rizika, syndromovou, podpory zdraví nebo wellness. Základ ošetřovatelské diagnózy je tvořen

hodnotami os 1, 2, 3, hodnoty z ostatních os diagnózu doplňují tak, aby byla přesná a srozumitelná (Machová, 2011).

1.5.1 Tvorba ošetrovatelské diagnózy

V rámci poskytování ošetrovatelské péče je sestra povinna potvrdit nebo vyloučit přítomnost ošetrovatelské diagnózy. Je vhodné postupovat podle diagnostického algoritmu, který je aplikovatelný na jedince, rodinu i komunitu v celém průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Diagnostický algoritmus se dělí do tří fází: fázi aktuálních diagnóz, potenciálních diagnóz a diagnóz k podpoře zdraví. Fáze jsou dále děleny na jednotlivé kroky (Marečková, 2006).

První fáze ošetrovatelské diagnostiky vede k rozpoznání nebo vyloučení aktuálních diagnóz. Řídíme se diagnostickými prvky, kterými jsou určující znaky a související faktory. Postupujeme podle jednotlivých tříd od první k poslední doméně. V prvním kroku je nutné uvědomit si definici první z aktuálních diagnóz z hodnocené třídy a zároveň si uvědomit, jakou dysfunkci u klienta hledáme. Na základě toho pak hledáme určující znaky. Pokud žádný určující znak nenajdeme, znamená to, že klient tuto ošetrovatelskou diagnózu nemá. V případě, že najdeme alespoň jeden určující znak, zaznamenáme jej do dokumentace a přistoupíme k druhému kroku, k vyhledávání souvisejících faktorů. V případě, že nalezneme alespoň jeden související faktor, zaznamenáme ho do dokumentace a přistoupíme ke třetímu kroku – k ověření diagnózy. Pokud je výsledek ověření pozitivní, zapíšeme ošetrovatelskou diagnózu, která přesně popisuje stav, ve kterém se klient nachází, do dokumentace a označíme ji příslušným číselným kódem. Při negativním výsledku ověřování ošetrovatelské diagnózy znovu zhodnotíme určující znaky a související faktory. Pokud bylo naše předešlé zhodnocení nepřesné, odstraníme nepřesnosti a znovu ověříme diagnózu. V případě, že je výsledek i nadále negativní, znamená to, že se tato ošetrovatelská diagnóza u klienta nevyskytuje (Marečková, 2006).

Ve druhé fázi ošetrovatelské diagnostiky hledáme potenciální diagnózy, které rozpoznáme podle rizikových faktorů. Tuto fázi můžeme rozdělit do dvou kroků. V prvním kroku cíleně hledáme rizikové faktory. Stejně jako při určování aktuálních ošetrovatelských diagnóz postupujeme i v této fázi od první k poslední třídě diagnóz. Najdeme-li alespoň jeden rizikový faktor, zaznamenejme jej do dokumentace a pokračujeme druhým krokem, kterým je ověření. Pokud žádný rizikový faktor nenajdeme, znamená to, že se daná potenciální diagnóza u klienta nevyskytuje. V případě, že nalezneme alespoň jeden rizikový faktor dané diagnózy, ověříme, zda stav klienta odpovídá definici potenciální ošetrovatelské diagnózy. Pokud ano, zapíšeme tuto diagnózu do dokumentace a označíme ji číselným kódem. Pokud ne, přítomnost této diagnózy u klienta vyloučíme (Marečková, 2006).

Ve třetí fázi ošetrovatelské diagnostiky, hledáme diagnózy k podpoře zdraví. Postupujeme stejně jako v případě první a druhé fáze ošetrovatelské diagnostiky, pomocí diagnostického algoritmu. V případě pozitivního šetření zapíšeme diagnózu do dokumentace a označíme číselným kódem (Marečková, 2006).

1.5.2 Nejčastější diagnózy v geriatrickém ošetrovatelství

Taxonomie II NANDA I obsahuje diagnózy všech oborů ošetrovatelství. Jednotlivé obory ošetrovatelství však mají svá specifika v poskytování péče. Marečková, Jarošová (2005) považují za optimální vytvoření souborů diagnóz pro klienty jednotlivých ošetrovatelských oborů podobně, jako jsou v lékařských oborech řazeny diagnózy lékařské. Výběr jednotlivých diagnóz do souborů by měl, mimo jiné, zohledňovat věk klienta, stejně jako skutečnost, zda je příjemcem péče jednatel, rodina nebo komunita.

Vzhledem k polymorbiditě seniorů, nestabilitě jejich zdravotního stavu, různého stupně soběstačnosti a křehkosti je škála ošetrovatelských diagnóz poměrně široká. Poledníková (2006) doporučuje rozdělení ošetrovatelských diagnóz do dvou základních

skupin: na skupinu diagnóz, která se týká tělesných potřeb a skupinu, která se vztahuje k potřebám psychickým a sociálním.

Mezi nejčastěji vyskytující se diagnózy v ošetrovatelské péči o seniory v domovech po seniory vycházející z první domény – Podpora zdraví, patří diagnóza 000748 Neefektivní léčebný režim (NANDA International, 2010).

Mezi časté diagnózy vycházející ze druhé domény – Výživa – patří: 00103 Porušené polykání, 00002 Nedostatečná výživa, 00001 Nadměrná výživa, 00003 Riziko nadměrné výživy, 00027 Deficit tělesných tekutin, 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin (NANDA International, 2010).

Časté ošetrovatelské diagnózy třetí domény – Vylučování a výměna – jsou: 00021 Úplná inkontinence moče, 00014 Inkontinence stolice, 00011 Zácpa, 00015 Riziko zácpy (NANDA International, 2010).

V doméně čtvrté – Aktivita/Odpočinek – dominují ošetrovatelské diagnózy: 00095 Porušený spánek, 00085 Zhoršená pohyblivost, 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku, 00090 Zhoršená schopnost se přemístit, 00040 Riziko imobilizačního syndromu, 00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebepěče při jídle, 00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování (NANDA International, 2010).

Z páté třídy – Vnímání/Poznávání – vycházejí diagnózy: 00122 Porucha smyslového vnímání, 00129 Chronická zmatenost, 00131 Poškozená paměť, 00051 Zhoršená verbální komunikace (NANDA International, 2010).

Časté diagnózy, které vycházejí z šesté domény – Vnímání sebe sama – jsou: 00119 Chronicky nízká sebeúcta, 00121 Porušená osobní identita, 00118 Porušený tělesný obraz (NANDA International, 2010).

Nejpoužívanějšími diagnózami sedmé domény – Vztahy – patří diagnóza 00060 Přerušovaný život rodiny a diagnóza 00052 Poškozená sociální interakce.

Diagnózy z osmé domény – Sexualita – nepatří vzhledem k cílové skupině příjemců péče k často používaným (NANDA International, 2010).

Obvyklými diagnózami, které vycházejí z deváté domény – Zvládání zátěže/Odolnost vůči stresu jsou: 00114 Stresový syndrom po přemístění, 00149 Riziko stresového syndromu po přemístění, 00137 Chronický zármutek a 00070 Oslabené přizpůsobení (NANDA International, 2010).

Ošetrovatelské diagnózy vycházející z desáté domény – Životní princip – nepatří v ošetrovatelské péči o seniory k častým (NANDA International, 2010).

Ošetrovatelské diagnózy vycházející z jedenácté domény – Bezpečnost/Ochrana – představují poměrně výraznou část ošetrovatelských diagnóz používaných při poskytování péče seniorům. Jsou to: 00004 Riziko infekce, 00046 Porušená kožní integrita, 00048 Poškozená dentice, 00155 Riziko pádů, 00047 Riziko porušení kožní integrity (NANDA International, 2010).

Časté ošetrovatelské diagnózy dvanácté domény – Komfort – představují diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00133 Chronická bolest a 00053 Sociální izolace (NANDA International, 2010).

Ošetrovatelské diagnózy třinácté domény – Růst/Vývoj – nepatří vzhledem k cílové skupině uživatelů ošetrovatelské péče v domovech pro seniory mezi používané (NANDA International, 2010).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat využití taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o seniory v domově pro seniory.

Cíl 2: Zmapovat postoj sester v domově pro seniory k taxonomii NANDA II.

Cíl 3: Zmapovat vliv edukace na postoje sester k využívání taxonomie NANDA II.

2.2 Výzkumné otázky

1: Jak sestry využívají taxonomii NANDA II?

2: Jaký je postoj sester k využívání taxonomie NANDA II?

3: Jak se změnil postoj sester k používání taxonomie NANDA II po edukačním semináři?

3. METODIKA

3.1 Metodika a technika šetření

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, který umožňuje podrobnější zkoumání vybraného tématu bakalářské práce. Kvalitativní výzkum je sběr dat, na jehož začátku nejsou stanoveny základní proměnné a hypotézy. Je vymezen výběrem tématu, analýzou a interpretací dat a závěrem. Během kvalitativního výzkumu se pracuje metodou indukce, teprve po nasbírání dostatečného množství informací hledá výzkumník pravidelnosti. Cílem kvalitativního výzkumu je do hloubky prozkoumat určitý jev a shromáždit o něm co nejvíce informací. Výsledkem tohoto typu výzkumu je formulování teorie nebo hypotézy, které však v případě kvalitativního výzkumu nelze zobecňovat. Výsledky platí vždy pouze pro daný výzkumný vzorek (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Výzkumné šetření bylo uskutečněno v domově pro seniory v jihočeském kraji se souhlasem vrchní sestry (viz Příloha č.1).

Ke sběru dat byla použita metoda hloubkového rozhovoru, který *můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otázek* (Švaříček, Šedová a kol., 2007, s.159). Předem byla připravena jednotlivá témata rozhovoru a otázky (viz. Příloha č.2), jedná se tedy o polostrukturované rozhovory. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány (viz Příloha č.4). Při přepisu rozhovorů byla použita technika anonymizace dat, jména dotazovaných byla nahrazena pseudonymy R1 až R5 (Švaříček, Šedová, 2007). Rozhovory byly vedeny se souhlasem dotazovaných a se souhlasem k jejich nahrávání. Vzhledem k pracovní vytíženosti sester byl datum, čas i místo konání rozhovorů telefonicky nebo osobně s respondentkami výzkumu domluven. Respondentky byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a s cíli výzkumu. První část rozhovorů probíhala v období od 12. – 20.5.2013, délka trvání jednotlivých rozhovorů byla od 40 do 55 minut.

Získaná data z rozhovorů byla analyzována technikou otevřeného kódování metodou papír a tužka (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Nejprve byly řádky přepsaného textu označeny čísly. Každý rozhovor byl číslován samostatně, řádek č.1 označuje první položenou otázku. Zápis R2/ 16 vyjadřuje, že respondentka 2 se k otázce vyjádřila na řádku 16. Dalším krokem bylo barevné označení jednotlivých pojmů v přepsaném textu. Ty byly dále analyzovány a kódovány slovy, které jednotlivé pojmy charakterizovaly (viz Příloha č. 3). Tímto vznikly 3 kategorie. Stejným způsobem byly podrobně rozebrány jednotlivé kategorie, analýzou dat pak vznikly podkategorie.

Součástí kvalitativního výzkumu této práce byla metoda pravého experimentu. S odstupem jednoho týdne od prvních rozhovorů s respondentkami byl pro ně uspořádán edukační seminář formou prezentace v programu PowerPoint (viz Příloha č.5). Sestry byly edukovány o taxonomii NANDA, její historii a významu. Součástí edukace bylo seznámení respondentek s tvorbou ošetrovatelských diagnóz, jejich dělením, významem pro klienta i pro sestru a s diagnostickým algoritmem, podle kterého se diagnózy tvoří. V závěru semináře byl dán sestrám prostor pro diskuzi a případné otázky. Po edukačním semináři byla s respondentkami s odstupem 7 – 10 dnů vedena druhá část rozhovorů. Data z rozhovorů po edukačním semináři byla analyzována technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír stejně jako v předchozích rozhovorech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět všeobecných sester, které pracují v domově pro seniory. Nejmladší respondentce bylo v době výzkumu 28 let, nejstarší 59 let. Průměrný věk dotazovaných byl 46 let. Délka praxe respondentek byla od 7 do 40 let, délka praxe v domově pro seniory byla od 15 do 2 let. Průměrná délka praxe byla 26,6 let, průměrná délka praxe v domově pro seniory byla 8 let. Čtyři z pěti dotazovaných měly nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, jedna dotazovaná měla nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Všechny respondentky byly zařazeny na pracovní pozici

všeobecná sestra. Tři z dotazovaných sester pracovaly ve směnném provozu, dvě respondentky ve směnách ranních.

Tabulka 1 – Identifikační údaje

respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
věk	58	59	44	41	28
nejvyšší vzdělání	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	střední s maturitou	vysokoškolské
pracovní zařazení	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra	všeobecná sestra
počet let praxe	39	40	25	22	7
počet let praxe v DS	9	15	10	2	4

3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v domově pro seniory, jehož zřizovatelem je Krajský úřad Jihočeského kraje. Cílovou skupinu domova pro seniory (dále jen domova) tvoří senioři staší 60 let, kteří s ohledem na svůj věk, zdravotní stav nebo sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. K zásadám domova patří

individuální přístup ke klientům, respektování jejich důstojnosti, práv a svobodného rozhodování a ochrana jejich osobních a citlivých údajů. Cílem domova je zajištění důstojného stáří svým klientům, zajištění jejich spokojenosti v oblasti ubytování, stravování, sociálně aktivizačních činností s ohledem na jejich individualitu a zajištění soukromí. Dalšími cíli domova jsou udržení schopností a dovedností klientů za podpory poskytované sociální služby a podpora klientů při realizaci jejich osobních přání. Klientům domova jsou poskytovány komplexní služby v oblasti ubytování, stravování, hygieny, ošetrovatelské, zdravotní i sociální péče. Domov svým klientům také nabízí možnost účastnit se pravidelné zooterapie, ergoterapie, muzikoterapie a reminiscenční terapie, poznávacích výletů do okolí a účast na kulturních akcích pořádaných v domově nebo v blízkém okolí. Ošetrovatelská péče je v domově zajišťována odborným personálem dvacet čtyři hodin denně. Základní ošetrovatelskou péči zajišťují pracovníci přímé obslužné péče spolu s všeobecnými sestrami, odbornou ošetrovatelskou péči zajišťují všeobecné sestry. Zdravotní péči klientům poskytuje praktický lékař spolu s odbornými lékaři – neurologem, psychiatrem a dermatologem, kteří do domova pravidelně docházejí. Z důvodu ochrany osobních údajů a malého výzkumného vzorku není záměrně uváděn název domova, ve kterém výzkumné šetření probíhalo.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky před edukací

4.1.1 Kategorie Ošetrovatelský proces

Kategorie Ošetrovatelský proces je zaměřena na všeobecné znalosti respondentek o ošetrovatelském procesu, jeho definování a na to, zda metodou ošetrovatelského procesu pracují. Kategorie je dále dělena na podkategorie Znalost a Využití v praxi. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že mají všeobecnou znalost o tom, co je ošetrovatelský proces. Každá z nich dovedla vlastními slovy pojem ošetrovatelský proces vysvětlit nebo říci některý z charakteristických rysů ošetrovatelského procesu. R1 vysvětlila ošetrovatelský proces jako veškerou péči, kterou poskytuje. „*Ošetrovatelský proces bych vysvětlila jako péči, kterou poskytujeme, je to vlastně všechno, co děláme.*“ R2 chápe ošetrovatelský proces takto: „*Jako péči, kterou poskytujeme.*“ R3 se k ošetrovatelskému procesu vyjádřila: „*To je veškerá péče, kterou poskytujeme.*“ R4 chápe ošetrovatelský proces jako pracovní postup: „*Ošetrovatelský proces je postup, jak máme pracovat, jak pracujeme.*“ R5 popsala ošetrovatelský postup jako metodu práce: „*Jedná se způsob, metodu práce sestry, kterou poskytuje péči.*“

Podkategorie Znalost

- Péče R1/2, R2/2, R3/2
- Postup R4/2
- Metoda R5/2

Na otázku, zda metodou ošetrovatelského procesu pracují, odpověděly všechny respondentky kladně. R1 uvádí: „*Pracujeme. Péči plánujeme, hodnotíme, jednotlivé výkony zaznamenáváme do dokumentace.*“

Podkategorie Využití v praxi

- pracujeme R1/5, R2/4, R3/4, R4/4, R5/4

4.1.2 Kategorie Ošetrovatelská diagnostika

Kategorie ošetrovatelská diagnostika je zaměřena na to, zda mají sestry v domově všeobecné informace o ošetrovatelské diagnóze a taxonomii NANDA II, v čem spatřují význam ošetrovatelské diagnózy, jakým způsobem ošetrovatelskou diagnózu tvoří, jakým způsobem ošetrovatelskou diagnózu zaznamenávají a jak často s ní pracují. Po analýze zjištěných dat z rozhovorů vznikla rozsáhlá kategorie, jejíž součástí je sedm podkategorií: Taxonomie NANDA, Ošetrovatelská diagnóza, Tvorba ošetrovatelské diagnózy, Základ ošetrovatelské diagnózy, Význam ošetrovatelské diagnózy, Záznam ošetrovatelské diagnózy a Frekvence práce s ošetrovatelskou diagnózou, ve kterých jsou metodou kódování zaznamenány odpovědi respondentek.

Na otázku podkategorie Taxonomie NANDA, která mapovala povědomí sester o taxonomii NANDA, odpověděly čtyři z pěti dotazovaných záporně, pouze jedna respondentka měla o taxonomii NANDA znalosti. R1 uvedla, že tento pojem nikdy neslyšela: „*Tak to nevím, nikdy jsem to neslyšela. To je nějaké vyšetření?*“ R2 odpověděla: „*Nevím, ale už jsem to někde slyšela. Myslím, že na nějakém semináři.*“ R3 se vyjádřila: „*Tak to vůbec nevím.*“ Podobně odpovídala i R4: „*To nevím. Někaké měření, vyšetření, přístroj?*“ R5 jako jediná povědomí o taxonomii NANDA měla, její odpověď zněla: „*Je to systém ošetrovatelských diagnóz.*“

Podkategorie taxonomie NANDA II

- Nevím R1/8, R2/6, R3/6, R4/6
- Systém ošetrovatelských diagnóz R5/6

Následujícími otázkami byly sestry dotazovány na to, co je ošetrovatelská diagnóza. Analýzou získaných dat vznikla podkategorie Ošetrovatelská diagnóza. R1

opověděla, že neví, co je ošetrovatelská diagnóza, ale myslí si, že je podobná lékařské diagnóze: „*To nevím, jak bych vysvětlila. Je to podobné jako lékařská diagnóza, ale pro sestry.*“ R2 vidí ošetrovatelskou diagnózu jako diagnózu sester: „*Vysvětlila bych to jako diagnózu sester. Každý klient má diagnózu od doktora a pak od nás.*“ R3 vysvětlila ošetrovatelskou diagnózu jako ošetrovatelský problém: „*Ošetrovatelská diagnóza je vlastně ošetrovatelský problém.*“ Podobně se vyjádřila i R4, která uvedla: „*Ošetrovatelská diagnóza je pojmenování ošetrovatelského problému u klienta.*“ a R5: „*Jako pojmenování ošetrovatelského problému klienta.*“

Podkategorie Ošetrovatelská diagnóza

- podobná s lékařskou R1/10
- diagnóza sester R1/11 , R2/8
- ošetrovatelský problém R3/8 , R4/8 , R5/8

V podkategorii Tvorba ošetrovatelské diagnózy jsou analyzována a kódována data, která se týkají schopnosti sester vytvořit ošetrovatelskou diagnózu. Sestry byly dotazovány na to, jakým způsobem ošetrovatelskou diagnózu tvoří, eventuálně jaké pomůcky při tvorbě ošetrovatelské diagnóza používají. Rozborem získaných dat bylo zjištěno, že všechny respondentky tvoří diagnózu pomocí počítačového programu, bez jeho použití by většina z nich neuměla ošetrovatelskou diagnózu vytvořit. R1 se vyjádřila: „*Diagnózy tvoříme v programu v počítači. Vybereme si z nich a zaškrtneme je.*“ V případě, že by neměla R1 k dispozici počítačový program, nevěděla by si s tvorbou ošetrovatelské diagnózy rady. Uvedla: „*Tak to bych nedokázala. Nevěděla bych jak začít. Podívala bych se do dokumentace jiných klientů a opsala bych ty, které potřebuji.*“ Podobně se k otázce vyjádřila R2: „*Tvoříme je v Cygnusu, v počítači. Teda my je netvoříme, v Cygnusu už jsou napsané, my si jen vybereme.*“ R3 se k otázce vyjádřila: „*Já je netvořím, je na to program. Diagnózu si tam vyberu.*“ Na počítačový program při tvorbě ošetrovatelské diagnózy spoléhá i R4, která odpověděla: „*Tvoříme*

je v počítači, vybereme si z nich.“ R5 k otázce řekla: „*Ošetrovatelskou diagnózu tvořím po vyplnění anamnézy v programu Cygnus, se kterým u nás v domově pracujeme.*“

Podkategorie Tvorba ošetrovatelské diagnózy

- PC program R18/, R2/16, R3/15, R4/15, R5/14

V podkategorii Základ ošetrovatelské diagnózy jsou zaznamenány kódy výrazů, kterými se respondentky vyjádřily k tomu, co považují za základ ošetrovatelské diagnózy, z čeho při tvorbě ošetrovatelské diagnózy vycházejí, co předchází jejímu stanovení. R1 odpověděla: „*Nejdřív musím zjistit, co klientovi je, co ho trápí.*“ R2 uvádí, že než stanoví ošetrovatelskou diagnózu, musí klienta poznat a pozorovat. K otázce řekla: „*Než určím ošetrovatelskou diagnózu, musím poznat klienta. Musím ho pozorovat a pak poznám, co potřebuje.*“ Při stanovení ošetrovatelské diagnózy vychází R3 z klientovy anamnézy a lékařské diagnózy. „*Diagnózu tvořím podle anamnézy a podle lékařské diagnózy.*“ Z informací od klienta, předchozí dokumentace a z pozorování vychází při stanovování ošetrovatelské diagnózy R4: „*Diagnózu určím podle anamnézy. Získám informace od klienta nebo z předchozí dokumentace, také pozorováním.*“ R5 se vyjádřila: „*Nejprve je nutné zjistit podrobnou anamnézu klienta, jeho potřeby.*“

Podkategorie Základ ošetrovatelské diagnózy

- Anamnéza R3/13, R4/ 12, R5/12
- Lékařská diagnóza R3/13
- Stav klienta R1/15
- Pozorování R2/14, R4/ 13
- Potřeby klienta R5/12
- Dokumentace R4/13

Další podkategorií, která vznikla analýzou dat z rozhovorů, byla podkategorie Význam ošetřovatelské diagnózy. V této podkategorii jsou zakódovány výrazy, kterými se dotazované vyjádřily k důvodu, proč se stanovuje ošetřovatelská diagnóza. R1 na základě ošetřovatelské diagnózy poskytuje péči. *„Diagnózu stanovujeme proto, abychom věděly co klientovi je, jak o něj máme pečovat.“* R2 se k významu ošetřovatelské diagnózy vyjádřila: *„Abychom věděly, co klientovi je, co od nás potřebuje.“* Podobně odpověděla i R3: *„Abychom věděly, jak máme o klienta pečovat, co potřebuje. Podle diagnózy pak plánujeme péči.“* Jako základ pro plánování péče a výběr vhodných intervencí vidí ošetřovatelskou diagnózu R4, která odpověděla: *„Podle diagnózy pak plánujeme péči, vybíráme intervence. Svoji odpověď ještě doplnila: „A taky proto, abychom věděly, jak se zdravotní stav u klienta mění, jestli se zlepšil nebo zhoršil.“* R5 spatřuje význam ošetřovatelské diagnózy v odhalení potřeb klienta. *„Abychom věděly, co od nás klient potřebuje.“*

Podkategorie Význam ošetřovatelské diagnózy

- Potřeba klienta R2/25, R5/23
- Péče o klienta R1/28, R3/24
- Zdravotní stav klienta R1/27, R2/ 25
- Plánování péče R3/25, R4/25,
- Výběr intervencí R4/23
- Vývoj zdravotního stavu R4/24

Podkategorii Záznam ošetřovatelské diagnózy tvoří kódy výrazů, kterými se dotazované vyjadřovaly ke způsobu zaznamenávání ošetřovatelské diagnózy. Všechny respondentky odpověděly shodně. Diagnózy zaznamenávají kombinací elektronické a písemné formy. *„Diagnózy vyplníme v počítači, pak je vytiskneme a založíme do*

dokumentace klienta,“ uvedla R1. Podobným způsobem se vyjádřily i ostatní dotazované.

Podkategorie Záznam ošetřovatelské diagnózy

- Kombinace elektronické a písemné formy R1/21, R2/20, R3/19, R4/18,19, R5/18

V podkategorii Frekvence práce s ošetřovatelskými diagnózami jsou zakódovány výrazy, kterými se sestry vyjádřily k tomu, jak často s ošetřovatelskými diagnózami pracují. R1 se k otázce vyjádřila: *„Pokaždé, když se změní zdravotní stav klienta.“* R2 pracuje s ošetřovatelskou diagnózou jednou za půl roku, na otázku odpověděla: *„Když Cygnus hlásí, že je třeba to aktualizovat. Dopíšeme tam, co je třeba, jestli se něco změnilo. To je jednou za půl roku.“* Ve stejném časovém intervalu pracuje s ošetřovatelskými diagnózami i R3, která k otázce řekla: *„Jednou za půl roku u každého klienta zkontrolujeme, jestli diagnóza ještě platí, když ne, tak vybereme jinou.“* S ošetřovatelskými diagnózami pracuje pravidelně při změně zdravotního stavu R4, která odpověděla: *„Pokaždé, když se změní stav klienta. Když se nezmění a je stejný, tak vždy jednou za půl roku provedeme kontrolu.“* Při změně zdravotního stavu klienta pracuje s ošetřovatelskou diagnózou i R5.

Podkategorie Frekvence práce s ošetřovatelskými diagnózami

- Změna zdravotního stavu klienta R1/26, R4/24, R5/22
- Jednou za půl roku R2/25, R3/24

4.1.3 Kategorie Postoj sester k ošetřovatelské diagnostice

V této kategorii jsou soustředěny názory dotazovaných na ošetřovatelskou diagnostiku. Kategorie mapuje postoj sester k ošetřovatelským diagnózám a to, zda určování ošetřovatelských diagnóz považují za přínosné pro svou práci. Součástí této kategorie jsou podkategorie Přínos, Příčiny negativního postoje a Možnost změny

postoje. Podkategorie Přínos vznikla analýzou dat z rozhovorů zakódováním výrazů, které byly obsaženy v odpovědích respondentek. Na otázku, zda považuje určování ošetrovatelské diagnózy za přínos pro svou práci, odpověděla R1: *„Tak to nevím. Dřív nic takového nebylo a taky jsme věděly, co máme dělat. Teď je to samé papírování. Místo, abychom se věnovaly lidem, sedíme u počítače. Vyplňujeme papíry, tiskneme je, založíme a stejně se do nich nikdo nekouká. Na to, abych věděla, co mám dělat, nepotřebuju kus papíru. Papír snese všechno. Já osobně v tom přínos nevidím.“* Neurčitě se k otázce vyjádřila R2, která stanovování ošetrovatelských diagnóz považuje spíše za přínosné, zároveň však uvedla, že jsou pro ni ošetrovatelské diagnózy nepřehledné a představují pro ni administrativní zátěž. Odpověděla: *„To je těžké. Asi spíš jo, když to děláme. Já nad tím nepřemýšlím. To je pořád nějaká novinka. Dřív počítače nebyly a taky to šlo. Lidi byli obstaraní, byl čas jít s nimi do parku, zazpívat si. Teď je spousta papírů, ve kterých se stejně nikdo nevyzná. Ale běda, kdyby něco nebylo vyplněného.“* Za nepřínosnou označila ošetrovatelskou diagnostiku R3, která řekla: *„No, upřímně řečeno, žádný přínos v tom nevidím.“* Ani R4 v ošetrovatelských diagnózách přínos nevidí, považuje je za zdržování z důvodu nedostatku sester na pracovišti. *„Ne, nepovažuji. V současné době, za současných podmínek, kdy je sester málo, to považuji naopak za zdržování. Kdyby nás bylo víc, tak by to šlo, ale takhle ne. Pak nevíme, co dřív dělat.“* R5 práci s ošetrovatelskými diagnózami za přínosnou považuje, avšak za předpokladu, že ostatní sestry domova umí správně s ošetrovatelskými diagnózami pracovat. K otázce uvedla: *„Vím, že stanovení správné diagnózy je důležité pro klienta i pro sestru. Správně nastavená diagnóza může péči o klienta zlepšit a usnadnit, ale problém je v tom, že zdaleka ne všechny sestry umí s ošetrovatelským plánem a s ošetrovatelskými diagnózami pracovat. Mnoho z nich má pocit, že čím víc diagnóz u klienta stanoví a intervencí vyberou, tím je ošetrovatelský plán kvalitnější. Plány pak většinou vůbec nekorespondují s realitou, jsou nepřehledné, intervence nesmyslné, nevypovídají nic o skutečném stavu klienta a nikdo s nimi průběžně nepracuje.“*

Podkategorie Přínos

- Administrativní zátěž R1/29, R2/29, R3/27
- Nepřínosné R1/31, R3/27, R4/27
- Nepřehledné R3/28, R2/ 29, R5/29
- Nedostatek informací R1/33
- Nedostatek personálu R4/27
- Nedostatek času R4/28
- Přínos pro klienta i sestru R5/24
- Zkvalitnění péče R5/25

V podkategorii Příčiny negativního postoje jsou kódovány výrazy, které charakterizují důvod většinou negativního postoje sester k ošetřovatelské diagnostice. R1 za důvod svého negativního postoje uvedla nedostatek informací o ošetřovatelských diagnózách a odpověděla: „*Nikdo mi nevysvětlil, k čemu to vlastně je, proč je to tak důležité.*“ R2 odůvodnila svůj negativní postoj tím, že v ošetřovatelských diagnózách nevidí smysl. Doslova řekla: „*Myslím, že je to zbytečné, nevidím v tom smysl, nechápu, k čemu mi to je.*“ R3 vidí v práci s ošetřovatelskými diagnózami hlavně administrativní zátěž, která ji odvádí od klienta a zároveň uvedla, že dalším důvodem jejího negativního postoje je nedostatek sester na pracovišti. „*Daleko radši bych čas, který trávím papírováním, trávila s klienty. Nevidím smysl v ošetřovatelských diagnózách, jako kdybych bez nich nevěděla, co mám dělat. Na to je nás tady málo.*“ Nedostatek sester a administrativní zátěž považuje za důvod negativního postoje i R4: „*Mám pocit, že je nás na tu práci málo. Považuji za důležitější to, co udělám u klienta, jestli mám splněné všechny ordinace, než to, co napíšu na papír.*“ Kladný postoj k ošetřovatelským diagnózám vyjádřila R5, která však svou odpověď doplnila a uvedla, že i pro ni znamená práce s ošetřovatelskými diagnózami spíše zátěž z důvodu času, který tráví administrativou, a také proto, že většina sester s ošetřovatelskými diagnózami

nepracuje. Svou kvalitně odvedenou práci pak považuje za zbytečnou. „*Já osobně se stavím k diagnostice kladně, ale bylo by potřeba, aby to uměly všechny. Pokud by metodou ošetrovatelského procesu správně pracovaly všechny sestry, tak by to smysl mělo. Ale vzhledem k okolnostem je to pro mě v současné době spíš administrativní zátěž, která mě zdržuje při práci. Přijde mi i zbytečné, když já nastavím správně ošetrovatelský plán, ale nikdo další s ním nepracuje.*“

Podkategorie Příčiny postoje

- nedostatek informací R1/33
- zbytečné R2/32, R3/31
- administrativní zátěž R3/30
- nedostatek personálu R3/32, R4/31
- nesouhlasí s realitou R4/34
- zkvalitnění péče R5/25

Podkategorie Možnost změny postoje je poslední podkategorie, která byla vytvořena analýzou odpovědí kategorie Postoj sester k ošetrovatelské diagnostice. Podkategorie zjišťuje, co by mohlo respondentkám pomoci k tomu, aby změnilý svůj převládající negativní postoj k ošetrovatelské diagnostice. Metodou kódování jsou zaznamenány charakteristické výrazy dané podkategorie. Většina respondentek vyjádřila potřebu informací z oblasti ošetrovatelské diagnostiky k tomu, aby eventuálně svůj negativní postoj změnilý. R2 odpověděla: „*Kdyby mi někdo vysvětlil, k čemu to je, proč je tak důležité to dělat, v čem má být ten jejich přínos. Pak bych možná názor změnila.*“ Podobně se vyjádřila i R3. „*Pomohlo by mi, kdyby mi někdo řekl, proč to mám dělat, proč je to tak důležité a ne jen to, že se to musí. Chtěla bych vědět, proč se to musí.*“ Dále dodala, že ke změně jejího postoje by přispěl i dostatek všeobecných sester na pracovišti. „*A pomohlo by nám taky to, kdyby nás tu bylo víc. Je nás tu málo a já dám vždycky přednost práci s klientem před papírem a řekla bych, že takhle to má*

většina z nás.“ R4 připustila změnu postoje po edukaci v oblasti ošetrovatelské diagnostiky, sjednocení postupu při práci s ošetrovatelskými diagnózami a také odpověděla, že by změně postoje přispělo navýšení počtu všeobecných sester na pracovišti. „*Pomohlo by, kdyby nás tu bylo víc a bylo by víc času. A také by pomohlo, kdyby to všechny sestry dělaly stejně, kdyby věděly, jak to psát a jak to používat*“. K ošetrovatelské diagnostice se R5 staví kladně, přivítala by však větší informovanost svých spolupracovnic v oblasti ošetrovatelských diagnóz. Odpověděla: „*Jak jsem řekla, můj postoj obecně je kladný, problém není v diagnózách. Problém je v tom, že většina sester neví, v čem je vlastně smysl, proč se to dělá a jak se s nimi dál pracuje. Myslím, že by bylo ku prospěchu věci, kdyby nás někdo všechny proškolil a ukázal sestrám, jak na to.*“ R1 svůj negativní postoj měnit nechce. Jako důvod uvedla svůj nedaleký odchod do starobního důchodu.

Podkategorie Možnost změny postoje

- informovanost R2/34, R3/ 35, R5/39,40
- navýšení personálu R3/37, R4/38
- jednotný postup R4/39
- nechuť učit se něco nového R1/36,37
- nedostatek času R4/38

4.2 Výsledky po edukaci

4.2.1 Kategorie Změna postoje sester

Kategorii Změna postoje sester mapuje, zda respondentky považují edukační seminář za přínosný, popřípadě v čem jeho význam spatřují. Zároveň jsou v této kategorii zařazena analyzovaná data, která se týkají případné změny postoje respondentek, který byl v první části výzkumu většinou negativní. Kategorie Změna postoje sester je dále dělena na podkategorie: Přínos edukačního semináře, Postoj po

edukačním semináři a Ověření znalostí, které vznikly po podrobné analýze dat z rozhovorů kódováním výrazů, které danou podkategorii charakterizovaly.

V podkategorii Přínos edukačního semináře jsou kódovány charakteristické výrazy, kterými se respondentky vyjádřily k tomu, zda pro ně byl edukační seminář přínosem a co za jeho přínos považují. R1 se ve své odpovědi vyjádřila, že během semináře se dozvěděla nové informace o ošetrovatelských diagnózách, přesto v něm pro sebe přínos nevidí z důvodu blížícího se odchodu do penze. *„Dozvěděla jsem se informace o ošetrovatelských diagnózách. Nevím, jestli jsou pro mě přínosem. Rozšířily se mi obzory, ale přínos v tom nevidím. Pomalu si stříhám metr, kdy půjdu do důchodu. Tohle už nechám mladším.“* R2 na otázku, zda pro ni byl seminář přínosem, odpověděla kladně. *„Přínosný pro mě byl. Dozvěděla jsem se, proč se s ošetrovatelskými diagnózami má pracovat. Předtím jsem to považovala spíš za zbytečnost. Měla jsem pocit, že čas, který strávím u papírů, bych mohla využít lépe. Ted' chápu, že to není tak úplně pravda, že když se to dělá dobře, vlastně to ten čas i šetří.“* R3 se k otázce vyjádřila: *„Konečně chápu ty papíry. Proč je třeba to zapisovat a s diagnózami pracovat. A že to vlastně není o papírech ale o péči a klientovi. Už snad chápu i ty intervence. Dřív jsme byly zvyklé zakliknout, co se dalo, v podstatě všechno, co nám počítač nabízel. Ted' vím, že to je nesmysl, zaškrtnu jen to, co je v mých i klientových možnostech a to, co k něčemu povede. Už jsem se na to o noční koutala a zjistila jsem, kolik je tam nesmyslů. Ošetrovatelské diagnózy jsem u svých klientů předělala, vlastně celý plán, ale nevím, jestli je to dobře. Potřebovala bych to někým, kdo to umí, zkontrolovat.“* R4 odpověděla nejistě: *„Abych pravdu řekla, tak nevím. Z jedné strany přínosný byl. Jsem ráda, že jsem si správně myslela, že to, jak pracujeme s diagnózami, nedává smysl, když si tam každý zaškrtná, co chce, pak se to založí a už do toho nikdo nikdy nekoukne. Na druhou stranu, moc si nedovedu představit, že budeme pracovat všechny stejně a pravidelně, tak, jak se to má. Vždycky se najde někdo, kdo bude mít sto pádnych důvodů a výmluv, proč to tak nedělat. A jestli jsem to pochopila správně, tak pak to nemá smysl.“* R5 uvedla, že pro ni seminář přínosný byl, protože si obnovila

vědomosti, které získala během studia. Vyjádřila se: „*Celkem ano. Oprášila jsem si vědomosti ze školy. Moc jsem toho nezapomněla.*“

Podkategorie Přínos edukačního semináře

- Obnovení znalostí R5/3
- Informace R1/3, R2/3,
- Pochopení problematiky R3/3
- Ověření znalostí R4/4

Podkategorie postoj po edukačním semináři zjišťuje, zda respondentky, které v první části výzkumného šetření vyjádřily převážně negativní postoj k ošetrovatelské diagnostice, svůj postoj změnil. Metodou kódování jsou zaznamenány charakteristické výrazy dané podkategorie. První respondentka již nepovažuje práci s ošetrovatelskými diagnózami za zbytečné a uvedla, že práce s nimi smysl má: „*Dřív jsem to považovala za naprosto zbytečné. Ted' to tak nevidím. Smysl to má. Myslela jsem si, že je to zase akorát něco, co nám přidělová práci.*“ Za významné považuje ošetrovatelské diagnózy i R2: „*Určitě. Ted' v tom vidím smysl. Zním důvod, proč s nimi pracovat.*“ R3 svůj postoj také změnila, uvedla však, že je důležité, aby s diagnózami pracovaly všechny sestry a na práci s nimi byl dostatek času. „*Ano, ale záleží na tom, jak se k tomu postaví ostatní. Když se budu snažit jen já, tak je to o ničem. Problémem je i čas, teda spíš nedostatek času. Přece jenom to ten čas chce, sednout si k tomu, v klidu si to nastavit tak jak se má. A tady moc času není. A zvláště na papíry.*“ R4 svůj postoj také změnila a podobně jako R3 si postěžovala na nedostatek času, který by potřebovala na práci s ošetrovatelskými diagnózami. Řekla: „*Změnil, ale nejásám. Je před námi ještě pěkný kus práce a není na to čas. Je nás málo. Při denní službě jsme maximálně jedna na třicet uživatelů a v noci jedna nebo dvě na celý barák. Kolikrát nevíme kam dřív.*“ R5 svůj postoj nezměnila, stejně jako v první části výzkumného šetření je její postoj k práci

s ošetrovatelskými diagnózami kladný. „*Můj postoj byl i před tím kladný, takže nezměnil.*“

Podkategorie Změna postoje po edukačním semináři

- Nezměnil R5/5
- Změnil R4/11, R3/11, R2/8, R1/7

Jako důvod změny postoje dotazované uvedly pochopení problematiky ošetrovatelské diagnostiky a pochopení hlavního důvodu práce s ošetrovatelskými diagnózami. R1 se vyjádřila: „*Dřív jsem to považovala za naprosto zbytečné. Ted' to tak nevidím. Smysl to má. Myslela jsem si, že je to zase něco, co nám přidělává práci.*“ R2 odpověděla podobně: „*Určitě. Ted' v tom vidím smysl. Zním důvod, proč s nimi pracovat.*“ Některé dotazované ve svých odpovědích uvedly, že by k práci s ošetrovatelskými diagnózami potřebovaly více času. Nedostatek času na práci s ošetrovatelskými diagnózami uváděly v souvislosti s nedostatkem všeobecných sester pracujících v domově. R4 odpověděla: „*Je před námi ještě pěkný kus práce a není na to čas. Je nás málo. Při denní službě jsme maximálně jedna na třicet uživatelů, v noci jedna nebo dvě na celý barák. Kolikrát nevíme kam dřív.*“ V odpovědích také zazněla potřeba sjednotit postup práce na pracovišti. Jednotný postup při práci s ošetrovatelskými diagnózami a spolupráci všech sester považuje R3 za nezbytné. „*Záleží na tom, jak se k tomu postaví ostatní. Když se budu snažit jen já, tak je to o ničem. Problémem je i čas, teda spíš nedostatek času. Přece jenom to ten čas chce, sednout si k tomu, v klidu si to nastavit tak jak se má. A tady moc času není. A zvláště na papíry.*“

Podkategorie Ověření znalostí byla vytvořena analýzou dat odpovědí, které se týkaly povědomí sester o taxonomii NANDA II po edukačním semináři. Otázka „Dokázala byste svými slovy vyjádřit co je taxonomie NANDA II?“ byla položena respondentkám záměrně. V první části výzkumu čtyři z pěti dotazovaných uvedly, že pojem taxonomie NANDA II je pro ně neznámý. Otázka tedy sloužila k ověření, zda edukace respondentek v oblasti taxonomie NANDA II byla úspěšná. Všechny dotazované dokázaly vlastními slovy pojem taxonomie NANDA II vysvětlit.

Podkategorie Ověření znalostí

- Soubor sesterských diagnóz R1/10, R2/10, R4/15,16
- Ošetrovatelské diagnózy R3/15
- Klasifikační systém diagnóz R5/7

5. DISKUZE

V rámci diskuze budou porovnány a hodnoceny výsledky výzkumného šetření, které byly zaměřeny na využití taxonomie NANDA II v ošetrovatelské péči o seniory v domově pro seniory, na postoj sester k využití taxonomie NANDA II při své práci a na změnu postoje sester k využití taxonomie NANDA II po edukačním semináři.

Prvním cílem práce bylo zmapovat, jak sestry v domově pro seniory využívají při své práci taxonomii NANDA II, druhým cílem práce bylo zjistit, jaký postoj zaujímají sestry k taxonomii NANDA II. Cílem třetím bylo zjistit, jaký vliv má edukace na postoj sester k využívání taxonomie NANDA II při poskytování péče seniorům.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřily na to, zda sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu, zda mají povědomí o taxonomii NANDA II a zda pracují s ošetrovatelskými diagnózami. Jakým způsobem a na základě čeho diagnózy tvoří, jak často s nimi pracují a jakým způsobem je zaznamenávají. Tato část výzkumu byla rozdělena do kategorií: Ošetrovatelský proces, Ošetrovatelská diagnostika a Postoj sester k ošetrovatelské diagnostice.

Kategorii ošetrovatelský proces tvoří analyzovaná data z rozhovorů s respondentkami, která se týkají metody ošetrovatelského procesu. Respondentky měly vlastními slovy vyjádřit, co je ošetrovatelský proces a zda metodou ošetrovatelského procesu pracují. Kategorie je dělena na podkategorie Znalost a Využití v praxi. Všechny dotazované odpověděly, že metodou ošetrovatelského procesu pracují. Tóthová (2009) definuje ošetrovatelský proces jako racionální a systematickou metodu, pomocí které sestra plánuje a poskytuje péči. Respondentky se o ošetrovatelském procesu vyjádřily nejčastěji jako o poskytované péči. Tři respondentky shodně uvedly, že je to péče, kterou poskytují. R1/2,3 se vyjádřila: „*Ošetrovatelský proces bych vysvětlila jako péči, kterou poskytujeme, je to vlastně všechno, co děláme.*“ Dvě respondentky vidí ošetrovatelský proces jako postup nebo metodu práce sestry. Označení ošetrovatelského procesu jako „*všechno co děláme*“ nebo „*péči, kterou poskytujeme*“ považují za

nekonkrétní a velice zevšeobecňující, nevyjadřující podstatu ošetrovatelského procesu, tedy metody plánování a poskytování péče. Je otázkou, zda tato označení ošetrovatelského procesu jsou pouze nepřesným a všeobecným označením některých dotazovaných, nebo zde svou roli hraje i neinformovanost sester a nedostatečná znalost této metody práce sestry. Vzhledem k neuspokojivým odpovědím tří z pěti dotazovaných by bylo vhodné se této problematice dále věnovat, např. formou kvantitativního výzkumného šetření za účelem ověření úrovně znalostí sester v oblasti ošetrovatelského procesu.

V kategorii Ošetrovatelská diagnostika jsou zahrnuta analyzovaná data z rozhovorů, která se týkala ošetrovatelské diagnostiky. Tato kategorie je nejobsáhlejší, je tvořena analyzovanými daty, která se týkala povědomí o taxonomii NANDA II, ošetrovatelských diagnózách, jejich tvorbě, významu, způsobu zaznamenávání a frekvenci práce s ošetrovatelskými diagnózami. Kategorie je dělena na podkategorie: Taxonomie NANDA II, Ošetrovatelská diagnóza, Tvorba ošetrovatelské diagnózy, Základ ošetrovatelské diagnózy, Význam ošetrovatelské diagnózy, Forma záznamu ošetrovatelské diagnózy a Frekvence práce s ošetrovatelskými diagnózami. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že kromě jedné z respondentek, neměly ostatní dotazované základní znalosti o taxonomii NANDA II, nedokázaly vlastními slovy vyjádřit, co je taxonomie NANDA II, nejčastěji se uchýlily k odpovědi „nevím“. Jedinou dotazovanou, která se k otázce ohledně taxonomie NANDA II vyjádřit dokázala, byla R5/6, která odpověděla: „*Je to systém ošetrovatelských diagnóz.*“ Ostatní respondentky se shodně vyjádřily, že neví, pojem taxonomie NANDA byl pro ně cizí. Některé ze sester se domnívaly, že se jedná o druh vyšetření nebo přístroj. Na tomto místě bych se ráda pozastavila a zamyslela nad tím, co je příčinou tak nízké úrovně znalostí sester o taxonomii NANDA II. Vzhledem ke skutečnosti, že R1- R4, které nevěděly, co je taxonomie NANDA II, a které uvedly jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, (na rozdíl od R5, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské) nabízí se jako první vysvětlení, že za povědomím dotazovaných stojí

míra dosaženého vzdělání. Ke stejnému závěru dospěly i Pospíšilová, Kyasová a Juřeníková (2012) ve svém výzkumném šetření, ve kterém mapovaly znalost pojmu taxonomie NANDA II s ohledem na vzdělání sester. Při hlubším zamyšlení jsem však došla k názoru, že míra dosaženého vzdělání je jen jedním z faktorů, které mají na znalosti ohledně taxonomie NANDA II vliv. Dalším faktorem, který ovlivňuje míru informovanosti a znalostí v oboru ošetřovatelství, je povinné celoživotní vzdělávání sester, které stanoví Zákon č.96/2004 Sb., (dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&fulltext=&nr=96~2F2004~20Sb.&part=&name=&rpp=15#local-content>) a doplňuje vyhláška č. 55/2011Sb., který je nástrojem pro prohlubování a rozšiřování znalostí v oboru ošetřovatelství. Je tedy otázkou, zda povinné celoživotní vzdělávání sester je v tomto konkrétním případě zcela efektivní.

Podkategorii Ošetřovatelská diagnóza tvoří analyzovaná data z rozhovorů, která se týkala povědomí sester o ošetřovatelských diagnózách. Respondentky odpovídaly na otázku „ Jak byste vysvětlila pojem ošetřovatelská diagnóza?“ Marečková (2006) vysvětluje pojem ošetřovatelská diagnóza jako standardní pojmenování ošetřovatelského problému. Podobně se k ošetřovatelským diagnózám vyjádřily tři dotazované, které označily ošetřovatelskou diagnózu jako pojmenování ošetřovatelského problému. Další dvě z dotazovaných uvedly, že se jedná o diagnózu sester, R1 vidí v ošetřovatelské diagnóze podobnost s diagnózou lékařskou. „*To nevím, jak bych vysvětlila. Je to podobné jako lékařská diagnóza, ale pro sestry.*“ Další část výzkumného šetření se zabývala tím, jakým způsobem sestry v domově ošetřovatelské diagnózy tvoří. Bylo zjištěno, že sestry diagnózy netvoří, ale vyberou si z diagnóz, které jim nabídne počítačový program po vyplnění anamnézy klienta. Z vlastní zkušenosti vím, že způsob určování ošetřovatelské diagnózy na základě výběru z možností, které nabídne počítačový program, je v domovech pro seniory rozšířený a často používaný. Pokud předchází výběru ošetřovatelské diagnózy pečlivě a správně vyplněná anamnéza, nabízené diagnózy počítačovým programem odpovídají ošetřovatelským problémům

klienta. Tento způsob tvorby, respektive výběr diagnózy, považuji za přínosný. Přínos vidím především v úspoře času sestry a v přesnosti stanovení ošetřovatelské diagnózy. Ve výzkumné části práce jsme také zjišťovaly, na jakém základě tvoří ošetřovatelskou diagnózu klienta, co určení diagnózy předchází. Většina dotazovaných odpověděla, že diagnózu tvoří na základě anamnézy klienta, což vyplývá ze způsobu tvorby ošetřovatelské diagnózy, kdy odpovídající ošetřovatelské diagnózy generuje po vyplnění anamnézy počítačový program. Do kategorie Ošetřovatelské diagnostiky jsou také zahrnuta data z analýzy rozhovorů, která se týkala významu ošetřovatelské diagnózy pro práci sester. R1 podle ošetřovatelské diagnózy poskytuje ošetřovatelskou péči a zároveň je pro ni ošetřovatelská diagnóza určením zdravotního stavu klienta. „*Diagnózu stanovujeme proto, abychom věděly, co klientovi je, jak o něj máme pečovat.*“ Podobně se k významu ošetřovatelské diagnózy vyjádřila i R2. Další dotazované spatřují význam ošetřovatelské diagnózy při plánování a poskytování péče, při výběru intervencí. R4 také uvedla, že význam ošetřovatelské diagnózy spočívá v tom, že umožňuje sledování vývoje zdravotního stavu klienta. „*A taky proto, abychom věděly, jak se zdravotní stav u klienta mění, jestli se zlepšil nebo zhoršil.*“ Všechny dotazované shodně odpověděly, že ošetřovatelské diagnózy zaznamenávají kombinací písemné a elektronické formy. Překvapivé a alarmující byly výsledky, které se týkaly frekvence práce sester s ošetřovatelskými diagnózami. Respondentky se vyjadřovaly k otázce, jak často s ošetřovatelskými diagnózami pracují. Zatímco tři dotazované uvedly, že s ošetřovatelskou diagnózou pracují pravidelně, a to vždy při změně zdravotního stavu klienta, dvě dotazované odpověděly, že s ošetřovatelskou diagnózou pracují jednou za půl roku. Nabízí se otázka, jakým způsobem v domově sestry pracují s ošetřovatelskými diagnózami, na základě čeho plní jednotlivé intervence a poskytují individuální péči klientům. Otázkou je také to, proč některé sestry s diagnózami pracují pravidelně a jiné pouze za půl roku a do jaké míry vyjadřují tyto ošetřovatelské diagnózy aktuální problém klienta. Jsem přesvědčená o tom, že pokud se s ošetřovatelskými diagnózami pracuje pouze jednou za půl roku, nekorespondují s

aktuálními potřebami klienta, jsou nepřínosné, zavádějící a práce s nimi je pak podle mého názoru zbytečná.

Poslední kategorií první části výzkumu je kategorie Postoj sester k ošetřovatelské diagnostice. Po analýze dat jsme se zaměřily na názor respondentek na využití taxonomie NANDA II a ošetřovatelských diagnóz v praxi. Kategorie je dále členěna na podkategorie Přínos, Příčiny negativního postoje a Možnost změny postoje. Analýzou dat bylo zjištěno, že sestry většinou ve stanovování ošetřovatelských diagnóz přínos nespatřují. Jako důvod respondentky uvedly časovou náročnost stanovování ošetřovatelských diagnóz, administrativní zátěž a nedostatek sester na pracovišti. Některé respondentky, které označily ošetřovatelskou diagnostiku za nepřínosnou, také argumentovaly tím, že v minulosti ošetřovatelské diagnózy nebyly stanovovány a přesto sestry věděly, jakým způsobem mají ošetřovatelskou péči poskytovat. Tento způsob myšlení ošetřujícího personálu je poměrně častý, vychází ze způsobu poskytování péče v minulosti, kdy byla poskytovaná péče zaměřena na výkon, ne na klienta. Je také jedním z hlavních důvodů nesnadného zavádění ošetřovatelského procesu do praxe (Trešlová, 2005). Za přínosné považuje stanovování ošetřovatelských diagnóz pouze R5, která však zároveň dodala, že stanovování ošetřovatelských diagnóz je přínosem pro sestru i klienta pouze tehdy, pokud jsou diagnózy stanovovány kvalitně. *„Vím, že stanovení správné diagnózy je důležité pro klienta i pro sestru. Správně nastavená diagnóza může péči o klienta zlepšit a usnadnit, ale problém je v tom, že zdaleka ne všechny sestry umí s ošetřovatelským plánem a s ošetřovatelskými diagnózami pracovat. Mnoho z nich má pocit, že čím víc diagnóz u klienta stanoví a intervencí vyberou, tím je ošetřovatelský plán kvalitnější. Plány pak většinou vůbec nekorespondují s realitou, jsou nepřehledné, intervence nesmyslné, nevypovídají nic o skutečném stavu klienta a nikdo s nimi průběžně nepracuje.“* Dotazováním bylo dále zjištěno, z čeho pramení většinou negativní postoj sester k ošetřovatelské diagnostice. Jako příčinu negativního postoje některé respondentky uváděly, že stanovování ošetřovatelských diagnóz považují za zbytečné a odvádí je od práce s klienty. R2 svůj negativní postoj

odůvodnila: „*Myslím, že je to zbytečné, nevidím v tom smysl, nechápu, k čemu mi to je.*“ Zarážející je zjištění, že některé respondentky chápou fázi ošetřovatelské diagnostiky pouze jako administrativní úkon. R2 odpověděla: „*Daleko radši bych čas, který trávím papírováním, trávila s klienty. Nevidím smysl v ošetřovatelských diagnózách, jako kdybych bez nich nevěděla, co mám dělat. Na to je nás tady málo.*“ Podobně se vyjádřila i R4: „*Mám pocit, že je nás na tu práci málo. Považuji za důležitější to, co udělám u klienta, jestli mám splněné všechny ordinace, než to, co napíšu na papír.*“ Domnívám se, že respondentky považují práci s ošetřovatelskými diagnózami pouze za administrativní úkon, který nemá přímou souvislost s klientem. Tyto odpovědi, stejně jako odpovědi, které se týkaly ošetřovatelského procesu, vedly k zamyšlení, zda respondentky skutečně pracují metodou ošetřovatelského procesu, jak všechny shodně uvedly, a zda jsou v oblasti ošetřovatelského procesu dostatečně informované. V další části výzkumného šetření bylo zjištěno, že za negativním postojem sester k ošetřovatelské diagnostice stojí, kromě jiného, právě nedostatek informací. Dalšími uváděnými důvody respondentek byly: nedostatek všeobecných sester na pracovišti, časová náročnost a nejednotný postup při práci s ošetřovatelskými diagnózami.

Součástí praktické části bakalářské práce byla edukace sester formou prezentace PowerPoint. Pro respondentky byl připraven edukační seminář. Sestry byly edukovány o taxonomii NANDA II, o významu a tvorbě ošetřovatelských diagnóz, byly seznámeny s diagnostickým algoritmem. Cílem druhé části výzkumu bylo zjistit, zda a jakým způsobem se změnil postoj sester k taxonomii NANDA II a k ošetřovatelské diagnostice po edukačním semináři. Hlubkovými rozhovory jsem nejprve zjišťovala, zda byl seminář pro respondentky přínosem. R1 a R2 uvedly, že pro ně seminář byl zdrojem nových informací, R3 spatřovala přínos semináře v pochopení problematiky ošetřovatelské diagnostiky, R4 si pomocí semináře ověřila správnost svých domněnek a znalostí, R5 si v rámci semináře své znalosti obnovila. Analýzou dat, která se týkala změny postoje sester po edukačním semináři, jsme došly k uspokojivým výsledkům. Čtyři z pěti dotazovaných svůj negativní postoj k ošetřovatelské diagnostice vlivem

edukace přehodnotily a vyjádřily se, že nyní v ní význam spatřují. R1 řekla: „ *Dřív jsem to považovala za naprosto zbytečné. Ted' to tak nevidím. Smysl to má. Myslela jsem si, že je to zase akorát něco, co nám přidělová práci.*“ Podobně se vyjádřily i R2 – R4. R5 svůj postoj k ošetrovatelské diagnostice nezměnila, v první části rozhovorů uvedla, že k ní zaujímá postoj kladný. Z rozhovorů jsme dále analyzovaly, že sestry by potřebovaly dostatek času na práci s ošetrovatelskými diagnózami a považují za nezbytné, aby o problematice ošetrovatelské diagnostiky byly informovány všechny sestry v domově a práce s ošetrovatelskými diagnózami byla jednotná. V závěru výzkumného šetření byla položena respondentkám kontrolní otázka, která sloužila k ověření, zda informacím z edukačního semináře porozuměly. Záměrně byla položena otázka týkající se taxonomie NANDA II, na kterou čtyři z pěti dotazovaných v úvodu rozhovorů odpovědělo neuspokojivě. Vzhledem k tomu, že respondentky dokázaly svými slovy vysvětlit pojem taxonomie NANDA II, považují edukaci formou PowerPoint prezentace za úspěšnou.

Ve svých odpovědích respondentky často uváděly důvod svého negativního postoje k ošetrovatelské diagnostice jako nedostatek času a nedostatek všeobecných sester na pracovišti. Z vlastní zkušenosti vím, že stížnosti na nedostatek personálu na pracovištích nejsou ojedinělé a ze strany sester neoprávněné. Vodička (2010) vidí problém v tom, že sestry, které pracují v domovech pro seniory, jsou nositelkami výkonu, součástí jejich práce je vykazování provedených výkonů zdravotním pojišťovnám a tato administrativní činnost sestry není z hlediska času zanedbatelná. Také se zmiňuje o tom, že není ojedinělé, když všeobecné sestry v domovech pro seniory nahrazují pracovníky přímé obslužné péče z důvodu jejich nedostatku a kromě odborných výkonů, které odpovídají kvalifikaci sestry, provádějí i úkony základní a přímé obslužné péče. Dále uvádí, že někteří poskytovatelé sociálních služeb řeší svou ne zcela příznivou finanční situaci tím, že snižují počet zaměstnaných všeobecných sester. Sestry pak často nemají dostatek času na svou odbornou práci, jejíž nedílnou součástí je práce s ošetrovatelskými diagnózami. Jsem přesvědčená, že pouhé navýšení

počtu všeobecných sester v domově nevyřeší skutečnost, že sestry mají neuspokojivé znalosti v oblasti ošetrovatelské diagnostiky. Většina respondentek vyjádřila potřebu informací o ošetrovatelské diagnostice k tomu, aby k ní změnila svůj do té doby negativní postoj. Právě v nedostatku informací vidím hlavní důvod nekvalitní práce sester s ošetrovatelskými diagnózami. S výsledky výzkumného šetření byla seznámena vrchní sestra domova, která projevila zájem uspořádat edukační seminář o ošetrovatelské diagnostice pro všechny všeobecné sestry zaměstnané v domově.

Cílem každé sestry, které poskytuje péči, by měl být spokojený klient. Ošetrovatelský proces, jehož neoddelitelnou součástí je fáze ošetrovatelské diagnostiky, je nástrojem, pomocí kterého lze spokojenosti klienta dosáhnout. Aktivní přístup sester, jejich informovanost a dostatečné personální obsazení je podle mého názoru klíčem ke kvalitní práci s ošetrovatelskými diagnózami a pro práci metodou ošetrovatelského procesu.

6. ZÁVĚR

Záměrem této bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry všeobecné sestry pečující o seniory v domově pro seniory využívají při své práci taxonomii NANDA II, jaký je jejich postoj k využívání taxonomie NANDA II v praxi a jak se tento postoj změní vlivem edukace.

Výzkumná část práce je rozdělena na dvě části. V první části práce byly stanoveny dva cíle, kterých bylo dosaženo pomocí kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování technikou hloubkového rozhovoru. Data z rozhovorů byla zpracována technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Ve druhé části práce byl stanoven jeden cíl, kterého bylo dosaženo kvalitativním výzkumným šetřením, metodou pravého experimentu a hloubkového rozhovoru. Pro sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, byl připraven edukační seminář, po kterém následovaly rozhovory s respondentkami. Stejně jako v první části výzkumu, byla data z rozhovorů podrobena analýze metodou otevřeného kódování a následně zpracována metodou tužka a papír. Prvním stanoveným cílem výzkumu bylo zmapovat využívání taxonomie NANDA II všeobecnými sestrami při péči o klienty v domově pro seniory. Druhým cílem bylo zjistit, jaký postoj zaujímají sestry k využívání taxonomie NANDA II při své práci. Třetí cíl mapuje, jaký vliv má edukace na postoj sester k využívání taxonomie NANDA II.

Výzkumný vzorek tvořilo pět všeobecných sester, které poskytují odbornou ošetrovatelskou péči klientům v domově pro seniory. Souhlas s realizací výzkumného šetření byl získán od vrchní sestry domova pro seniory.

Výsledky práce ukazují, že sestry mají nedostatečné znalosti v oblasti taxonomie NANDA II, stejně jako v oblasti ošetrovatelské diagnostiky. S ošetrovatelskými diagnózami nepracují kvalitně a pravidelně, nevyužívají je efektivně při své práci. Jejich postoj k taxonomii NANDA II je většinou negativní. Negativita sester pramení z nedostatku informací o taxonomii NANDA II a ošetrovatelské diagnostice a z faktu,

že na pracovišti není zavedený jednotný postup pro práci s ošetrovatelskými diagnózami. Po edukačním semináři se postoj většiny sester změnil, byl však limitován tím, že ke kvalitní práci s ošetrovatelskými diagnózami je nezbytná edukace všech sester, které v domově pracují, a je nutné, aby byl sjednocen postup práce sester v rámci domova.

Závěry z této práce by měly být přínosné pro sestry i jejich nadřízené, měly by vést ke zkvalitnění péče o klienty domova pro seniory. Praktickým výstupem z této bakalářské práce je prezentace formou PowerPoint, která může sloužit jako edukační materiál pro všeobecné sestry.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

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

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

HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010, 601 s. Diešková edícia. ISBN 978-80-89171-73-6

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLUBOVÁ, Václava a kol. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 879 s. ISBN 80-200-1351-2.

HORÁKOVÁ, Adéla. Varianty ústavní a neústavní péče o seniory v ČR, *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 04, s. 54-56

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. *Sestra*. ISBN 978-802-4721-507.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. CARE. ISBN 80-726-2455-5.

KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. - JIRÁK, R. - ZAVÁZALOVÁ, H. HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: GradaPublishing, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Překlad Marta Staňková, Jana Heřmanová. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 184 s. ISBN 80-701-3234-5.

MACHOVÁ, Alena in PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zákon č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit. 2006-03-14] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Zákon č.96/2004 Sb.*, [online]. [cit. 2013-08-10] Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&fulltext=&nr=96~2F2004~20Sb.&part=&name=&rpp=15#local-content>

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

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrova'elstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, ISBN 80-8063-208-1.

POSPÍŠILOVÁ, Alena – KYASOVÁ, Miroslava – JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Znalost pojmů NANDA INTERNATIONAL, NIC a NOC s ohledem na vzdělání všeobecných sester*. Kontakt [online]. 2012, XIV/4 [2013 – 07]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214124738588370.pdf> ISSN 1804-7122

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra. ISBN 978-802-4730-134.

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

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. ISBN 80-716-9099-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatricie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 293 s. ISBN 80-704-0454-X.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TREŠLOVÁ, Marie. *Možné didaktické metody při výuce ošetrovatelských předmětů*. Kontakt [online]. 2005, 3-4 [cit. 2013-08-07]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322125426662804.pdf> .

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. [cit. 09-2004] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

VODIČKA, G. *V zařízeních sociální péče jsou zdravotníci nepostradatelní*. Florance, Akcent. Informační kanál Všeobecné zdravotní pojišťovny, ročník 1, číslo 2, únor 2010

Výkladový ošetrovatelský slovník. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Senior

Stáří

Geriatrické syndromy

Domov pro seniory

Ošetřovatelský proces

Taxonomie NANDA

Ošetřovatelská diagnóza

9. SEZNAM PŘÍLOH

1. Souhlas s realizací výzkumného šetření
2. Otázky k hloubkovým rozhovorům
3. Technika kódování
4. Přepisy rozhovorů - CD
5. Prezentace PowerPoint - CD

Příloha č. 1 – Souhlas vrchní sestry s výzkumným šetřením



Domov důchodců Dobruška
[Redacted]

Paní
Michaela Červená
Vášova 511
391 55 Chýnov

VÁŠ DOPIS ZNAČKY ZE DNE

NAŠE ZNAČKA

VÝŘIZUJELINKA
Drmotová/387721119

[Redacted]
2013-05-12

Vážená paní Červená,

na základě Vaší žádosti za dne 12.5.2013 Vám povolují provést v našem zařízení kvalitativní výzkumné šetření k Vaší bakalářské práci na téma: „ Užití taxonomie NANDA v ošetrovatelské péči o seniory v domově pro seniory“.

[Redacted signature]

Romana Drmotová, vrchní sestra

Telefon
387 721 119

Fax
387 200 318

Email
[Redacted]

Bankovní spojení
Komerční banka a.s. České Budějovice
číslo účtu 47735231/0100

Příloha č. 2 – Otázky k hloubkovému rozhovoru

Otázky před edukací

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolik let pracuje v oboru?
4. Kolik let pracujete v domově pro seniory?
5. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
6. Jak byste vysvětlila pojem ošetřovatelský proces? Pracujete metodou ošetřovatelského procesu?
7. Víte co je taxonomie Nanda?
8. Jako byste vysvětlila pojem ošetřovatelská diagnóza? Dovedla byste ošetřovatelské diagnózy rozdělit?
9. Na základě čeho tvoříte ošetřovatelské diagnózy? Co předchází jejich stanovení?
10. Jakým způsobem tvoříte ošetřovatelské diagnózy? Pokud by nebyl k dispozici program Cygnus, dovedla byste ošetřovatelskou diagnózy sestavit sama?
11. Jakým způsobem zaznamenáváte ošetřovatelské diagnózy?
12. Jaký význam má stanovení ošetřovatelské diagnózy pro Vaši práci? Jak často pracujete s ošetřovatelskou diagnózou?
13. Považujete stanovování ošetřovatelské diagnózy jako přínos pro Vaši práci?
14. Co ovlivňuje Váš postoj k tvorbě a práci s ošetřovatelskými diagnózami? Co by Vám pomohlo ke změně Vašeho postoje?

Otázky po edukaci

1. Považujete seminář, kterého jste se zúčastnila za přínosný? V čem spočíval jeho přínos pro Vás?
2. Změnil se Váš postoj k ošetrovatelské diagnostice po semináři?
3. Dokázala byste svými slovy vyjádřit co je taxonomie NANDA II?

Příloha č. 3 – Technika kódování

Rozhovor 1

1. Jak byste vysvětlila pojem ošetřovatelský proces?
2. „Ošetřovatelský proces bych vysvětlila jako péči, kterou poskytujeme, je to vlastně všechno co děláme.“
3. Pracujete metodou ošetřovatelského procesu?
4. Pracujeme. Péči plánujeme, hodnotíme, jednotlivé výkony zaznamenáváme do dokumentace.“
5. Víte co je taxonomie NANDA?
6. „Tak to nevím, nikdy jsem to neshýšela. To je nějaké vyšetření?“
7. Jak byste vysvětlila pojem ošetřovatelská diagnóza?
8. „To nevím, jak bych vysvětlila. Je to podobně jako lékařská diagnóza, ale pro sestry.“
9. Na základě čeho tvůříte ošetřovatelské diagnózy? Co předchází jejich stanovení?
10. „Nejdřív musím zjistit, co klientovi je, co ho trápí. Jestli je soběstačný, co má za nemoci, jestli ho něco holi, jestli je inkontinentní.“
11. Jakým způsobem tvůříte ošetřovatelské diagnózy?
12. „Diagnózy tvoříme v programu v počítači. Vybereme si z nich a zaškrtneme je.“
13. Pokud by nebyl k dispozici počítačový program, dovedla byste sestavit ošetřovatelskou diagnózu sama?
14. „Tak to bych nedokázala. Nevěděla bych jak začít. Podívala bych se do dokumentace jiných klientů a opsala bych ty, které potřebuji.“
15. Jakým způsobem zaznamenáváte ošetřovatelské diagnózy?
16. „Diagnózy vyplníme v počítači, pak je vytiskneme a založíme do dokumentace klienta.“
17. Jaký význam má stanovení ošetřovatelské diagnózy pro Vaši práci?

ošetřovatelský proces

taxonomie NANDA

