

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně
postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních**

Diplomová práce

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Bc. Hana Guidová

2011

Abstract

Holistic nursing care requires body and psyche orientation. That means it stresses both, body and psychosocial human needs. It is necessary for nurses to understand the principle of psychosocial interaction and care of the whole person including his/her dearest in health and illness.

The aim of the thesis “Holistic approach in providing nursing care to handicapped children in health & social facilities“ was to find out how the needs of handicapped children are satisfied in health & social facilities from the point of view of holistic approach.

The work involved both, qualitative and quantitative research. 104 nurses filled in a questionnaire and 10 respondents were observed within the quantitative research.

Two hypotheses were set. The first hypothesis was focused on handicapped children in health & social facilities and on satisfaction of their needs from the point of view of holistic theory. Most of the nurses are convinced that they are providing holistic care. However on the other hand a lot of nurses answered that they preferred provision of physiological needs to psychosocial needs. This finding does not fully confirm the holistic approach in providing nursing care.

The second hypothesis says that nurses provide more holistic care in non-profit making facilities than in those operated by regional authorities. Non-profit making facilities could not be included in the research as nurses are not employed there and those who work there work at the positions of social workers and caregivers, not at the positions of nurses. Comparison was only performed at facilities operated by private limited companies and the regional authority.

The research also compared the approach to holistic nursing care between head nurses and ward sisters and nurses working on shifts. The nurse managers answered more positively than the nurses working on shifts.

A nurse providing holistic care sees a human as a unique complex being, not as its single parts. Such a nurse is ready to help people achieve and maintain optimal health, helps in prevention and reduction of diseases and provides support to those incurably ill.

It is important to realize that body and psyche are closely linked, not separated. This thesis may be used by nurses working with handicapped children in health & social facilities. Elaboration of a standard for holistic nursing care for handicapped children in health & social facilities is the practical output of the thesis.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

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 Písku 15. 8. 2011

.....
podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Ditě Novákové, Ph.D., za odborné vedení, čas, cenné rady a připomínky při psaní mé diplomové práce a také mému příteli a synům za trpělivost a toleranci během mého studia.

OBSAH

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Holismus a holistický přístup v ošetrovatelské péči.....	9
1.1.1 Definice a teorie holismu	10
1.1.2 Ošetrovatelství jako vědní obor.....	11
1.1.3 Holismus v ošetrovatelské péči, koncepčních modelech a teoriích ošetrovatelství	11
1.2 Potřeby v ošetrovatelství.....	12
1.2.1 Motivace k naplnění potřeb.....	13
1.2.2 Rozdělení potřeb dle A. Maslowa	13
1.2.3 Potřeby nemocného	14
1.3 Komunikace v ošetrovatelství jako součást holistického přístupu	14
1.3.1 Druhy komunikace	15
1.3.2 Komunikace s pacientem s handicapem	16
1.3.3 Pacient s narušenou komunikační schopností.....	17
1.3.4 Pacient s vadou sluchu	18
1.3.5 Pacient s vadou zraku	18
1.4 Klasifikace funkčních schopností.....	19
1.4.1 Stupně mentálního postižení	20
1.4.2 Kombinované postižení	22
1.4.3 Příčiny, prevence a diagnostika mentálního postižení.....	22
1.5 Chorobné stavy související s mentální retardací	23
1.5.1 Downův syndrom	24

1.5.2	Epilepsie.....	24
1.5.3	Dětská mozková obrna.....	25
1.6	Komunitní péče u klientů s kombinovaným postižením	26
1.6.1	Formy péče o kombinované postižení	27
1.7	Empatie v ošetrovatelské péči.....	27
1.8	Zdravotně sociální služby	28
1.8.1	Modernizace zdravotně sociálních služeb	29
1.8.2	Historický vývoj zdravotně sociálních služeb po roce 1989.....	29
1.9	Standardy kvality zdravotně sociálních služeb	30
1.9.1	Cíl a využití standardů kvality	30
1.9.2	Obsah standardů kvality.....	30
1.10	Standardizace ošetrovatelské péče.....	31
2.	Cíle práce a hypotézy.....	32
2.1	Cíl práce	32
2.2	Hypotézy práce.....	32
3.	Metodika	33
3.1	Použité metody	33
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	33
4.	Výsledky	35
4.1	Statistická data získaná z dotazníků	35
4.2	Porovnání odpovědí sester z krajských zařízení a zařízení s.r.o.	52
4.3	Porovnání odpovědí vrchních a staničních sester oproti sestřám ze směnného provozu.....	55
4.4	Pozorování.....	57

5. Diskuse	67
6. Závěr	74
7. Seznam použitých zdrojů	76
8. Klíčová slova	80
9. Přílohy	81
Příloha 1. Dotazník pro sestry pracující ve zdravotně sociálních zařízeních.	81
Příloha 2. STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP. Č. 1	88
Příloha 3. Kontrolní kritéria k auditu "Poskytování ošetrovatelské péče dle holistické teorie"	93

ÚVOD

Zájem společnosti, jednotlivců i odborné veřejnosti o zdravotní péči je dlouhodobý a trvalý. V posledních letech rovněž vrostl zájem o sociální služby, které zaznamenaly značný rozvoj, specifikaci a profesionalizaci. Zájem o propojování sociální a zdravotní péče se zvyšuje s přibývajícím počtem osob ve společnosti, které z důvodu vyššího věku a zhoršeného zdravotního stavu potřebují dlouhodobou ošetrovatelskou péči a pomoc druhých osob v běžných aktivitách života.

Vztah společnosti ke svým slabým a závislým členům je měřítkem vyspělosti, směřování a hodnotového žebříčku daného společenství. Postupným vývojem se původně represivní vztah k postiženým a slabým členům přetransformoval do socializačního stadia, kdy je poměrná část vytvořených společenských prostředků přerozdělována ve prospěch péče o závislé členy.

Moderní společnosti na sebe přebírají odpovědnost postarat se o své závislé členy, zajistit jim takové podmínky a systémy péče, aby byla zachována důstojná kvalita jejich života.

Možnost použít část společenského produktu pro zkvalitnění podmínek života osob, závislých na zdravotní a sociální péči, se projevuje v několika rovinách. Zlepšuje se materiální vybavenost, ubytovací a stravovací možnosti, technické vybavení. Tato forma pomoci je důležitá, nicméně není tématem této práce.

Na druhé straně mohou být prostředky použity pro zkvalitňování péče a života v rovině zdravotní a pečovatelské, kdy dochází k lepšímu pochopení a uspokojení potřeb závislých členů společnosti. Nové poznatky mohou být čerpány z české i zahraniční literatury, získávány formou seminářů, školení, studia. Investice do vzdělávání personálu není sice přímo viditelná a kvantifikovatelná, přesto je její role velmi důležitá a ovlivňuje kvalitu péče o skupinu závislých obyvatel (32).

Téma diplomové práce jsem si vybrala, neboť jsem ve své sesterské praxi vždy usilovala o poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

1. SOUČASNÝ STAV

Tato práce využívá pojmu integrovaná sociálně zdravotní péče, kterým se rozumí propojení zdravotní a sociální péče za účelem zajištění potřeb osob, které se nachází v nepříznivé sociálně zdravotní situaci. Jedná se o osoby, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, ale přetrvává jejich nesoběstačnost v činnostech běžného života. Tyto potřeby vyplývají z jejich vysokého věku, chronické nemoci či zdravotního postižení. Osoby již nepotřebují akutní péči zdravotní, ani nelze jejich stav zlepšit následnou rehabilitační péčí. Bez poskytnutí dlouhodobé zdravotní péče ošetrovatelského typu má však jejich zdravotní stav tendenci ke zhoršování a bez zajištění sociální podpory v soběstačnosti a samostatnosti se zhoršuje kvalita jejich života.

Holistická ošetrovatelská péče vyžaduje orientaci na tělo i psychiku. To znamená, že bere v úvahu jak tělesné, tak psychosociální potřeby člověka. Je nutné, aby sestry chápaly podstatu psycho-sociální interakce a pečovaly o celého člověka, včetně jeho nejbližších ve zdraví i nemoci (5, 19).

Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči, pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Taková sestra je odhodlána pomáhat lidem, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví, pomáhá při prevenci a redukci chorob nebo poskytuje podporu nevyléčitelně nemocným.

Je důležité si uvědomit, že tělo a psychika jsou úzce propojeny, nikoli odděleny. Péče o klienty je nejlepší, pokud se při organizaci péče o ně vychází z předpokladu, že onemocnění a s ním související problémy mají multifaktoriální příčiny (např. kvalitu životního prostředí, individuální biologický, sociální a emocionální základ (33).

1.1 Holismus a holistický přístup v ošetrovatelské péči

Ošetrovatelství je vědní obor, který má svoji filosofii. Filosofii ošetrovatelství je holismus. Holistické chápání pramení již z hebrejského a biblického chápání člověka, jež zakořenilo v evropském myšlení. Stejně tak prvky holistického přístupu nacházíme i v kultuře řecko-římské, např. u Hippokrata nebo Aristotela. Vzorem antického dualismu je Platónova filozofie. Pojem člověka jako nedělitelného celku je však ryzím přínosem židovsko-křesťanského myšlení (8).

Moderní koncepce holismu zdůrazňuje, že na celek nelze nahlížet jako na soubor

jednotlivých částí. Z toho vyplývá, že v poslední době začíná holistický přístup vytlačovat starý názor na léčbu, kdy se léčilo jen tělo, zatímco důležitost vlivu mysli a ducha nebyla brána v potaz. Holistické ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o člověka. Každá osoba má své jedinečné potřeby. Někteří jedinci upřednostňují více pozornosti vůči své fyzické stránce a kladou důraz na klasické vyšetřovací postupy, jakými jsou lékařské prohlídky, rozbor biologického materiálu, rentgenologická a endoskopická vyšetření. Naopak jiní jedinci potřebují více citové a duševní podpory, preferují pomoc psychologů, psychoterapeutů či homeopatů. Ideální stav nastává v okamžiku, kdy se o každého jedince staráme jako o jednotný celek a člověka vnímáme jako bytost biopsychosociální a duchovní. Tímto naplňujeme filosofii ošetřovatelství, kterou je holismus.

Zatímco většina lidí věří, že psycho-somatická interakce existuje, prakticky se touto teorií neřídí a k člověku nepřístupují jako k celku. Mnoho z nás velmi často diskutuje o vzájemné závislosti těla a psychiky, při její aplikaci v denním životě se často dostáváme do rozporu (18).

1.1.1 Definice a teorie holismu

Holismus (z řeckého Holos - celek) coby "filozofie celistvosti" je filozofický směr blízký teorii emergentního vývoje.

Termín "holismus" zavedl ve své knize "Holismus a evoluce" v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Podle něj "celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti"(33, str. 8).

Teorie holismu spočívá v tom, že vidí živé organizmy jako jednotlivé celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím. Zjednodušeně řečeno, celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Pokud dojde k poruše v jedné z těchto částí, dochází k poruše celého systému.

Pod pojem "holistické zdraví" zahrnujeme celého člověka, celistvou bytost včetně všech stránek jeho životního stylu, tj. nejen tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, ale i citlivost k prostředí, sebepojetí a spirituálno. K poruše zdraví u člověka dochází, jestliže dojde k tělesné nerovnováze, která pak vytváří nerovnováhu psychickou a naopak. Musíme si

uvědomit, že nemoc zasahuje nejen postižený orgán, ale celý organismus a výrazně se promítá do psychiky pacienta a odráží se v jeho prožívání a chování (34).

Můžeme říci, že dlouhodobá psychická nepohoda nebo závažný stres může být příčinou, která vyvolá tělesné onemocnění. Všechny typy onemocnění jsou provázeny negativními emocemi, to znamená, že v případě onemocnění či nutnosti podrobit se léčebného zákroku prožíváme strach a úzkost. Psychické stavy, jako je strach, úzkost či napětí, vedou ke ztrátě kontaktu s prostředím, někdy až k sociální izolaci. Abychom mohli těmto stavům u pacientů předcházet, je nutné je rozpoznat, eliminovat je a zaměřit se na jejich odstranění. K tomu nám v ošetrovatelství přispívá využití holismu v koncepčních modelech a teoriích (44).

1.1.2 Ošetrovatelství jako vědní obor

Moderní ošetrovatelství je disciplína založená na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky, nikoliv na historických normách, které směřovaly sestru do role poslušné vykonavatelky lékařových příkazů. Je to obor stavějící na nových poznatcích, které se ověřují a uplatňují v praxi.

Vědní obor je disciplína charakterizovaná předmětem bádání a metodou výzkumu. Pro ošetrovatelství je předmětem zkoumání systém specifických teoretických vědeckých poznatků a metodou praxe systematický ošetrovatelský proces. Ošetrovatelství čerpá poznatky z přírodních, humanitních a společenských věd, které se zabývají chováním člověka, jeho zdravím, vztahem k prostředí a společnosti.

Důležitou fází ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelské diagnózy, která vychází z individuálních potřeb a problémů jednotlivců, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Z toho plyne, že ošetrovatelský proces se především zabývá celistvou bytostí člověka, nejen nemocí samotnou (41, 42).

1.1.3 Holismus v ošetrovatelské péči, koncepčních modelech a teoriích ošetrovatelství

Koncepční modely jsou kombinace pohledů a názorů na jevy světa a znalostí o nich, soustřeďují pozornost na určité poznatky a fakta, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci. Aplikují a využívají principy holismu, které jsou velmi důležité v přístupu k jedinci. Ukazují směr hledání, poznávání a praktické řešení. Ovlivňují naše vnímání světa. Tyto modely vznikají jednak cestou induktivní, tj.

zevšeobecňováním pozorovaných jevů, jednak cestou deduktivní, což je vyvozování ze známých předpokladů a jejich následné použití jako příkladu na tvorbu názoru, pohledu a poznatku. Ošetrovatelské modely jsou teorie, které se stále rozvíjejí a mění způsob uspořádání myšlení a ošetrovatelských činností, odráží metody, postoje a cíle ošetrovatelství. Koncepční modely jsou myšlenkové kombinace, umožňují jedinci určitý přístup řešení v rámci jedné nebo několika disciplín. Ošetrovatelské modely můžeme charakterizovat jako vzorové šablony, které v určitých podmínkách (společenských, kulturních, ekonomických) poskytují možnosti, jak koncepci ošetrovatelství realizovat v praxi. Charakterizují vztahy mezi zdravím, prostředím, člověkem (pacientem), ošetrovatelskou péčí (sestrou). Ošetrovatelské modely pomáhají sestřám plánovat ošetrovatelskou péči, zkoumat problémy, které se vztahují ke klinické praxi, studovat výsledky ošetrovatelských intervencí a zásahů s ohledem na biopsychosociální a duchovní potřeby člověka.

Pro všechny profese, které se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je v rámci holistického přístupu velmi důležitá oblast sociálních dovedností. Veškeré dění se odehrává formou interakce a komunikace (5, 9, 18).

1.2 Potřeby v ošetrovatelství

Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou. Vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou důležité, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života (44).

Vědomí vnímání potřeby vzniká na základě pocitu nedostatku naplnění té které potřeby. Nedostatek lásky přináší pocit nespokojenosti, nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem, pocit jakéhosi okupování. Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech.

Při ošetrování dětí, zejména pak se zdravotním postižením, se snažíme uspokojit potřeby, které jsou limitovány onemocněním samotným. Patří sem pomoc od bolesti, ztráta pocitu bezpečí. Potřeby se u dětí mění s průběhem onemocnění, některé mizí, jiné se zase naléhavě objevují (3, 15, 35).

1.2.1 Motivace k naplnění potřeb

Touha po uspokojení určité potřeby, po dosažení životního optima, aktivizuje jedince k činnosti. Aktivizace trvá, dokud není potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s faktem, že tato potřeba uspokojena být nemůže, anebo si najde náhradní cíl za potřebu, kterou uspokojit nelze. Ke spokojenému životu je potřeba pocitu životního optima, tzn. dosažení maximálního možného individuálního životního uspokojení. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální. Motivaci nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel jakéhokoli typu péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Za optimální situaci považujeme tu, kdy dojde k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejího naplnění.

Při péči o děti se zdravotním postižením je nevyhnutelný individuální přístup. Sestra děti aktivizuje a vzhledem k jejich snížené soběstačnosti často uspokojuje jejich biologické potřeby (44, 48).

1.2.2 Rozdělení potřeb dle A. Maslowa

Potřeby nás provázejí od narození do konce života. Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow ve 40. letech minulého století. Abraham H. Maslow (1. 4. 1908 - 8. 6. 1970) byl americký psycholog, který se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi, které vedou člověka k jejich naplnění. Vypracoval hierarchický systém lidských potřeb. A. Maslow v roce 1962 založil Společnost humanistické psychologie, v roce 1968 spolu zakládal Společnosti transpersonální psychologie.

Fyziologické potřeby, základní a primární, zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu nemocného člověka. Zájem o fyziologické potřeby, jako je jídlo a pití, často nemocní postupně ztrácejí. Povinnost ošetřovatelů spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby děti se zdravotním postižením netrpěly nedostatkem ve výživě a hydrataci.

K druhému stupni potřeb patří bezpečí a jistota. Děti a zvláště postižené chtějí vědět, že nebudou opuštěny, že je nenecháme samotné. Chtějí být v první řadě zbaveny bolesti, pokud možno zbaveny ostatních doprovodných příznaků, jako je nauzea, nechutenství, nespavost (14, 35).

Jako třetí v žebříčku hodnot je potřeba lásky a pocit příslušnosti. Dáváme naprosto jednoznačně najevo své porozumění, snažíme se pomoci při vysvětlování osobních a vztahových nejasností. Pocit příslušnosti k určité skupině je závislý na přijímání jedince v jeho nemoci, na pochopení jeho změněných potřeb a nároků. Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám, projevujeme individuální zájem o jeho osobu.

Další potřebou je sebeúcta. Sebeúctu posilujeme v nemocném tím, že mu dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat. Maximálně dbáme o jeho soukromí a osobní čistotu.

Poslední potřebou je seberealizace, která ale většinou u těžce a vážně nemocných zaniká (7, 44).

1.2.3 Potřeby nemocného

Potřeby nemocného dělíme na potřeby, které se nemocí nemění. Potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Jedná se o potřeby, které nesouvisí s nemocí. Další potřeba je zaměřena převážně na pochopení toho, do jaké situace se pacient v důsledku nemoci dostal. Jde o potřebu poznání světa a sebe samého. Patří sem potřeba zejména informací. Stejně důležitá je potřeba sociálních styků, která souvisí s určitým množstvím sociálně skupinových vztahů. Jde o vztahy k lékaři, sestře a spolu pacientům. Poslední potřebou je vytváření kulturního prostředí. Tato potřeba zahrnuje prostředí, čistotu, estetiku ale i upravenost ošetřujícího personálu.

Neméně důležité jsou potřeby, které nemocí vznikly. Při trvalých zdravotních změnách, vzniká problém najít náhradní činnosti, aby pacient mohl uspokojit potřebu své aktivity (13, 44).

1.3 Komunikace v ošetřovatelství jako součást holistického přístupu

Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či agresivní, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Komunikace patří mezi jednu z nejvýznamnějších dimenzí v ošetřovatelství. Vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem musí být založen na maximální důvěře. Pacientova důvěra v ošetřovatelský tým se buduje na základě verbální a neverbální komunikace. Zvládnutí komunikačních technik je

nezbytné, pokud chceme přistupovat k pacientům holisticky (23, 29, 50).

1.3.1 Druhy komunikace

Své myšlenky vyjadřujeme pomocí řeči, která je specificky lidským prostředkem, a v tomto směru pak hovoříme o verbální komunikaci. Ta je z historického a vývojového hlediska nejmladším a nejvyspělejším komunikačním kanálem.

Mimoslovní, neverbální komunikace je proces, při kterém se vzájemně dorozumíváme prostřednictvím celé řady různých projevů. Nonverbální komunikace se stává funkční ihned při spatření druhé osoby, dříve než jsou vyřčena slova. Nonverbální komunikace je nástrojem pro sdělování emocí a osobní přitažlivosti. Má svou důležitost nejen při vytváření dojmu, ale také při ovlivňování postoje nebo řízení vzájemného styku. Neverbální způsob chování je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou, prostředím, ve kterém žijeme, temperamentem, duševním a zdravotním stavem (20, 54).

Mezi neverbální projevy komunikace patří: mimika, posturika (řeč těla), kinezika (řeč pohybů), proxemika (sdělováním přiblížení a oddálením), haptika (hmat a dotek), gestikulace (řeč rukou). Mimikou rozumíme aktivitu obličeje, jejímž prostřednictvím můžeme sdělit velké bohatství emocionálních skutečností. Pomocí obličejové mimiky dokážeme vyjádřit sedm základních emocí. Jedná se o výrazy štěstí, neštěstí, neočekávaného překvapení, splněného očekávání, strachu, pocitu jistoty, radosti, smutku, klidu, rozzlobení, spokojenosti, nespokojenosti, zájmu a nezájmu. Výraz obličeje je druhý hlavní kanál komunikace, který používáme současně s verbálním projevem. V obličejí rozeznáváme tři základní mimické zóny. Nejvyšší partie obličeje je oblast čela a obočí, která velmi dobře vyjadřuje překvapení. Střední část obličeje je oblast očí a očních víček, vyjadřuje prožitky strachu nebo smutku. Oči jsou při komunikaci velice důležité, slouží jako prostředek navázání a udržení komunikace. Tváře, nos a ústa vyjadřují uvolnění, úsměv, smích a taky pohodu. Jde o dolní partii obličeje (37, 50).

Posturika je řečí našich fyzických postojů a držení těla. Poloha, kterou jedinec v sociální interakci zaujímá, vyjadřuje nejen zájem, odstup či povýšenost, ale také vypovídá o psychickém stavu člověka. Chůze a držení mohou prozrazovat naše momentální duševní rozpoložení. Člověk, který se cítí dobře, má jistý krok a vzpřímený postoj. Naopak u jedince, kterému dobře není, je možné se zaregistrovat, že jeho postoj

není vzpřímený, ale je shrbený, má pomalou šouravou chůzi. Hněv nebo strach může být vyjádřen rychlou neuvolněnou chůzí či napjatým postojem.

Proxemika (vzdálenost) je významným prvkem komunikace, jenž poukazuje na vzájemnou blízkost komunikujících a zároveň na hierarchičnost jejich vztahu. Při rozhovoru rozlišujeme podle na do vzdálenosti mezi komunikujícími čtyřmi zóny. Intimní (soukromá) zóna, která je vymezena do 30 cm mezi komunikujícími, představuje bezprostřední osobní kontakt s nejtěsnějším svazkem dvou jedinců. Osobní/ (přátelskou) zónu vymezují hranice 45-120 cm. V této souvislosti bývá uváděna vzdálenost pro podání ruky, např. při společenských posezeních nebo úředních rozhovorech. U sociální (formální, pracovní) zóny je přiměřená vzdálenost 120 cm a jde o sféru služebního styku mezi nadřízeným a podřízeným. Veřejná (lhostejná) zóna, jejíž hranice se pohybuje kolem 800 cm, je sférou, kde dochází k běžnému kontaktu s ostatními lidmi (10,50).

Haptika je chápána jako tělesný dotyk, jenž je projevem bezprostředního kontaktu s druhým člověkem. Má přitom značný komunikační význam. Pomocí dotyků můžeme vyjadřovat nejen blízkost, ale i ohrožení. Míra tělesného kontaktu mezi lidmi závisí na věku a na jejich vzájemném vztahu.

Gestikulací rozumíme pohyby, které mají výrazný sdělovací účel a mohou být vědomé nebo nevědomé. Gesta jsou důležitým emocionálním doplňkem verbálního sdělení, mohou však slovní projevy úplně zastoupit. Je třeba dávat pozor na používání gest v tom smyslu, aby nebyly v rozporu s verbálním sdělením (17, 50, 54).

1.3.2 Komunikace s pacientem s handicapem

Na první místo je postaven jedinec jako jedinečná, neopakovatelná a originální bytost a až následně je uvedeno jeho postižení, problém či nemoc. Pacienti by rozhodně neměli být stigmatizováni svým zdravotním problémem. Musíme si uvědomovat, že v centru našeho zájmu a naší péče je člověk jako nositel nemoci, nikoli nemoc jako taková. Za všech okolností bychom měli zachovávat jejich lidskou důstojnost a to i v jejich nepřítomnosti (6, 50).

Handicap pacienta, ve smyslu zdravotního, psychického či sociálního znevýhodnění, zpravidla představuje handicap i pro jeho komunikaci. Handicapovaní bývají často považováni za méněcenné partnery pro komunikaci, ostatní lidé s nimi

komunikují mnohem méně, ne příliš ochotně a pouze na velmi omezený čas. Pro zdravotnický personál jsou pravděpodobně nejnáročnější situace, kdy dochází ke komunikačnímu deficitu. Komunikační deficity mohou mít časově omezené trvání, nebo mohou být stálé. Pacienti se obvykle snaží nějakým způsobem adaptovat na svůj komunikační deficit. Tyto způsoby mohou být skutečně různé a mohou mít různý efekt. Zdravotničtí pracovníci by měli maximálně využívat stávajících pacientových komunikačních schopností a podporovat jeho nezávislost i v oblasti komunikace (21, 50).

Při komunikaci s handicapovaným pacientem se sestry musí zorientovat, jakým způsobem vést komunikaci. Zda použít znakovou řeč, kompenzační pomůcky nebo navázat kontakt s rodinným příslušníkem, který pacientovi může tlumočit. Na komunikaci s pacientem si sestry musí zajistit dostatek času. Při komunikaci s pacientem se sestry musí vždy postavit tak, aby pacient sestře mohl dobře vidět do tváře. Aby viděl sestry ústa a výraz obličeje. Sestry musí mluvit pomalu, zřetelně a klidně (25, 50).

1.3.3 Pacient s narušenou komunikační schopností

Narušená komunikační schopnost se netýká pouze mluvené řeči, zahrnuje také její grafickou formu a mimoverbální prostředky. Jazyk a řeč jsou naším základním způsobem komunikace s ostatními. Slouží k přijímání informací, ale i ke sdělování informací ostatním. O našich potřebách a pocitech. Řečový deficit může být nedílnou součástí vývojového procesu, ale může být také projevem nebo důsledkem nemoci. Deficity se mohou objevit v přijímání nebo vysílání informace. Příkladem takového deficitu může být afázie. Afázie je neurologický stav, kdy řečová funkce nefunguje nebo absentuje. Existují tři základní typy afázie. Expresivní nebo motorická afázie, kdy slova nemohou být vyjádřena nebo formována. Receptivní afázie, kdy jazyk není srozumitelný a není ostatními chápán. A globální afázie zahrnuje expresivní i receptivní deficity (2, 50).

Při plánování nejvhodnější ošetrovatelské intervence je důležité identifikovat typ afázie a metody užívané pro komunikaci s těmito pacienty. Abyste dokázali najít nejlepší komunikační strategie nejen pro pacienty s afázií, ale i pro pacienty s jinak narušenými komunikačními schopnostmi. Například breptavost, koktavost, mutismus,

huhňavost, palatolalie, dyslalie a dysartrie. Sestra potřebuje poznat a pochopit daného pacienta jako člověka, jeho osobnost. A zjistit jeho schopnosti a dovednosti.

Je důležité, aby sestra pacientovi dopřála dostatek času. Aby dokázal obdržet informaci a formulovat myšlenku. Zaměří se na ty komunikační dovednosti, které pacient má a rozvíjí je. Je třeba používat dostatečně neverbální komunikace, dotyk a výraz obličeje. Sestra by měla mluvit krátce a k věci. Vyhýbat se dlouhým konverzacím. Musí ocenit pacientovu snahu a případné pokroky v komunikaci. Je důležité pacienta pochválit. Používá laskavý humor pro odlehčení náročných situací (16, 22, 50).

1.3.4 Pacient s vadou sluchu

Sluch dovoluje posluchači nejen přijímat verbální sdělení, ale také interpretovat zvuky v okolí. Rozlišujeme vrozené nebo získané sluchové vady. Získané vady u dětí mohou být následkem úrazu nebo nemoci. Vrozené těžké sluchové postižení ovlivňuje vývoj řeči. Některé sluchové vady lze korigovat vhodnými sluchadly nebo použitím jiných kompenzačních pomůcek. Sluch má v komunikaci naprosto nenahraditelnou roli. Sluchová vada významným způsobem ovlivňuje vztahy k druhým lidem. A také druhých lidí ke sluchově postiženým. Sluchově postižený může nejen přeslechnout některá slova, ale také nedokáže detekovat jemné nuance v hlase, výšku, tón nebo hlasitost. Osoba s těžkým sluchovým deficitem, prakticky hluchá, neslyšící není pro ostatní normální lidi plnohodnotným aktérem komunikace. Taková komunikace je i při oboustranné snaze nesmírně obtížná a vyčerpávající. Děti s těžkým sluchovým postižením mohou používat ke komunikaci znakovou řeč. Sestry často spoléhají, že neslyšící odezírají. Někdy postačí v komunikaci se sluchově postiženými kreativita. Je možné pantomimicky předvést, co po pacientovi sestra požaduje. Nebo mu namaluje, co požaduje (4, 30, 38).

1.3.5 Pacient s vadou zraku

Těžká vada zraku nebo slepota způsobuje velký komunikační deficit, neboť zrak umožňuje lidem vidět mluvčího a jeho výraz obličeje a gesta. Pacient s těžkou vadou zraku tak má v komunikaci se zdravotnickými pracovníky velkou nevýhodu, protože kvůli svému handicapu nezíská úplné sdělení. Je ochuzen o mnoho nonverbálních sdělení a nejen o ně. Prostřednictvím zraku totiž získáváme maximum informací. Asi

70-80 % informací získává člověk vizuálně a to v minimálním čase. Pomocí zraku se orientujeme v prostoru, rozlišujeme barvy a tvary, vzdálenost, hloubku, získáváme informace o pohybu a klidu v okolním prostředí. Zrak má rozhodující vliv na utváření správných představ, získávání vzorů a modelů nonverbální komunikace, zejména gestikulace a mimiky. Není divu, že se takový pacient při nesprávně vedené komunikaci často cítí izolovaný a zranitelný (11, 31).

Sestra navazuje kontakt s pacientem jako první. Pacient sestru nevidí, ale ona jeho ano. Sestra se vždy musí představit, nabídne ruku a slovně situaci okomentuje. Nevidomý nemá vizuální kontrolu, proto předem pacienta informujte o všem, co chcete udělat. Při instrumentálním ošetření je vhodné stručně běh výkonu, ale také použité přístroje a nástroje. Věci nevidomého by měly zůstat tam, kam je položil. Nemanipulujte s nimi bez jeho vědomí, mohl by pak mít problém je najít (36).

Pokud nevidomý potřebuje někam doprovodit, sestra respektuje tyto doporučení. Nestrká pacienta před sebou, ani ho za sebou nevtlačí. Předem vždy upozorní nevidomého na zvláštnosti terénu, schody snížené dveře, úzký průchod, eskalátory. Před vstupem na schodiště je třeba zpomalit nebo úplně zastavit a upozornit nevidomého na směr schodiště. Ohlásí první a poslední schod. Když uvede zrakově postiženého do nové místnosti, stručně popíše interiér, nábytek a další možné překážky (30, 50).

1.4 Klasifikace funkčních schopností

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady, je to schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“(51, s. 22).

"Handicap je trvalý proces probíhající v oblasti biologické (zdravotní), v oblasti psychologické a v oblasti sociální. Pojem vyjadřuje omezení člověka ve vztahu k životu."(51, s. 24).

V poslední době se opouští pojem handicap a používá se výrazu restringovaná (omezená) participace (snížení aktivity ve vztahu k sociálnímu prostředí) (21).

Porucha (impairment) je postižení struktury nebo funkce jednoho tělesného systému nebo orgánu (51).

"Disabilita znamená postižení na úrovni celého jedince."(51, s. 24).

"Invalidita je vyjádřením určitého omezení člověka v jeho vztahu k účasti

společensky významné práci čili změněná pracovní schopnost."(51, s. 24).

"Dysfunkce jsou funkční následky vad, projevující se omezením nebo ztrátou schopnosti výkonu určité činnosti nebo funkce. Jsou to poruchy na úrovni organismu."(51, s. 24).

"Vada je ztráta nebo abnormalita anatomické, fyziologické či psychologické povahy, nemusí být sledována funkčními či sociálními důsledky. Je to porucha orgánu."(51, s. 24).

Pojem kombinované postižení se užívá v případě, že je současně narušeno několik systémů, například u dětské mozkové obrny, kde se často přidružuje mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, poruchy somatického růstu, emoční poruchy (21).

Sociálně zdravotní péče je poskytována obvykle občanům s omezením soběstačnosti. Je rozlišována na okruh ambulantních zdravotně sociálních služeb, poskytovaných převážně občanům žijícím ve vlastních domácnostech a na péči ústavní (51).

1.4.1 Stupně mentálního postižení

Jednou z nejčastějších diagnóz u dětských klientů je mentální retardace - výrazně snížená úroveň inteligence.

Lehká mentální retardace, IQ 50-69 znamená, že klienti většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když jejich vývoj je proti normě pomalejší. Mnozí postižení mají potíže se čtením a psaním, obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním, nejsou schopni vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáží samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života (zaměstnání, finanční zabezpečení, bydlení, zdravotní péče). U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. Tato diagnóza zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu, lehkou oligofrenii (dříve debilita) (43, 47).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 znamená výrazné opoždění rozvoje chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Dále je

omezená soběstačnost a zručnost. Také pokroky v učení jsou limitované, ale někteří klienti si při kvalifikované péči osvojí základy čtení, psaní, počítání. V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale vyžadují odborný dohled. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní, podílí se na jednoduchých fyzických aktivitách. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii.

U některých se diagnostikuje autismus nebo jiné vývojové poruchy. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu, středně těžkou oligofrenii (dříve imbecilita) (55).

Lehká a střední mentální retardace se projevuje především zpomalenou chápavostí, jednoduchostí úsudků, sníženou schopností vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a logickou pamětí, těkavou pozorností, nedostatečnou slovní zásobou, poruchou vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulsivností, hyperaktivitou, citovou vzrušivostí, opožděným psychosexuálním vývojem, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních vztazích, sníženou přizpůsobivostí a komunikací.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34, je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Ovšem snížená úroveň schopností je mnohem výraznější. Většina postižených trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené, ale včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální abnormalitu, těžkou oligofrenii (43).

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20, znamená těžké omezení ve schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, inkontinentní, nejsou schopni verbální komunikace. Nemají schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Postižený jedinec se při vhodném vedení může velmi malou mírou podílet na sebeobslužných činnostech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou neurologické nebo jiné

tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání. Často se vyskytuje atypický autismus. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou oligofrenii (dříve idiotie). Těžká a hluboká mentální retardace se projevuje častými stereotypními pohyby, neartikulovanými výkřiky, častým sebepoškozováním, častým výskytem kombinovaných vad. Jiná mentální retardace označuje kategorii, kdy stanovení stupně retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senziorické nebo motorické poškození (u nevidomých, neslyšících, nemluvících, při těžkých poruchách chování, autismu, těžce tělesných postižených osob) (40, 55).

1.4.2 Kombinované postižení

Kombinované postižení znamená, že je současně postiženo několik systémů. Tělesné poruchy se vyskytují u lidí s mentální retardací častěji než u normální populace. Téměř polovina jedinců žijících v ústavech trpí epilepsií, přibližně jedna pětina trpí poruchou zraku nebo sluchu. Z motorických poruch je častá spasticita, ataxie, dětská mozková obrna. Smyslové vady ohrožují normální kognitivní vývoj a spolu s motorickým postižením se podílí na prohlubování mentální retardace. S věkem přibývají psychické i fyzické problémy. Častým problémem je demence, u Downova syndromu je zvýšené riziko Alzheimerovy choroby. Mezi typické příznaky demence u lidí s mentální retardací patří nesoustředěnost, neklid, vznětlivost, neúčelné bezcílné chování, neschopnost přizpůsobit se běžným požadavkům, afektivní výbuchy a agresivita. Přidružuje se sociálně nevhodné chování a deprese. Dospělí s mentální retardací jsou náchylnější k nemocem a zhruba dvě třetiny trpí nějakou chronickou nemocí. Přibližně polovina nemocí zůstává nediodagnostikována a neléčena. Průměrný věk je 65 let, což je méně než u zbytku běžné populace. Nejčastějšími příčinami smrti bývají srdeční choroba, rakovina, demence, onemocnění plic a dýchacích cest (12, 24, 45, 52).

Léčba, ošetrovatelská péče, rehabilitace, sociální péče a edukace závisí na kombinaci postižení a na tom, které postižení nejvíce znevýhodňuje. Z hlediska vzdělávání jsou důležité především mentální dispozice (26).

1.4.3 Příčiny, prevence a diagnostika mentálního postižení

Příčiny mentálního postižení jsou endogenní (vnitřní) i exogenní (vnější). Vnitřní

jsou příčiny genetické, vnější působí od početí, v průběhu gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Dělí se na prenatální, perinatální a postnatální. Nejčastější příčiny jsou následky infekcí a intoxikací (prenatální-toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis, postnatální-zánět mozku, intoxikace-toxemie matky, otrava olovem), následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (novorozenecká hypoxie, postnatální poranění mozku), poruchy výměny látek, růstu, výživy (mozková lipoidóza, hypotyreóza, fenylketonurie, glykogenóza), makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou), nespecifické prenatální vlivy (vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza), anomálie chromozomů (Downův syndrom), nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace (4, 30).

Prevence vzniku mentálního postižení spočívá v dodržování těchto zásad: návštěva gynekologa 3 měsíce před otěhotněním (očkování, dieta, vitamíny, cvičení), vhodná strava těhotných (maso, ryby, zelenina, ovoce, mléčné výrobky), v těhotenství se vyvarovat kouření a alkoholu, navštívit genetickou poradnu, vyvarovat se užívání nevhodných léků, RTG záření, vyhýbat se infekčním onemocněním, pravidelně navštěvovat gynekologa. Role sestry v prevenci mentálního postižení spočívá především v edukační činnosti v oblasti primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péči o dítě. Dále také v edukační činnosti týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, bezpečnostních pravidel, programů pro prevenci nehod. Sestra také zajišťuje přípravu a asistenci u vyšetřovacích výkonů, jako jsou například genetické testy nebo amniocentéza (6, 38).

Diagnostika s praktickými výstupy by měla vždy být základem pro vypracování individuálního intervenčního a terapeutického plánu. Diagnostický proces je výsledkem interdisciplinární spolupráce (psychiatr, psycholog, neurolog, logoped, speciální pedagog). Sestra zajišťuje přípravu a asistenci při odborných vyšetřeních. Bez správně stanovené diagnózy může být péče neodpovídající přímo potřebám klienta, což může vyvolávat frustraci a projeví se problémovým chováním (31, 52).

1.5 Chorobné stavy související s mentální retardací

S mentální retardací často souvisí Downův syndrom nebo Dětská mozková obrna. Ve velkém procentu případů mentální retardaci doprovází epilepsie.

1.5.1 Downův syndrom

Downův syndrom je nejrozšířenější z dosud známých forem mentální retardace. Osoby s tímto postižením tvoří okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením. Dříve se používal název mongolismus, v současnosti trizomie (onemocnění 21. chromozomu). Hlava dítěte s Downovým syndromem je menší, zadní část plošší, v obličeji jsou měně vyvinuty kosti, nos je malý, oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku oka je výrazná kožní řasa, uši bývají o něco menší, ústa jsou malá a bývají pootevřená. Jazyk bývá velký, často vyčnívá z úst. Růst zubů bývá opožděn, kazivost je nízká. Krk je širší a mohutnější. Přibližně 40 % dětí s Downovým syndromem má vrozenou srdeční vadu. Končetiny bývají silné a krátké. Většina dětí má slabý svalový tonus, menší svalovou sílu a omezenou koordinaci. Růst bývá zpomalen, tělesná váha závisí na způsobu výživy. Časté jsou smyslové vady (zrakové, sluchové). Příčina Downova syndromu není známá. U těhotných žen se vyšetřují screeningové testy, které ukazují zvýšenou možnost narození dítěte s Downovým syndromem, následuje amniocentéza (také u všech žen po 35. roku) (43).

1.5.2 Epilepsie

Epilepsie často provází mentální retardaci. Je to chronické postižení mozkové tkáně, při kterém se opakují záchvaty různého charakteru. Dochází ke změně v oblasti prožívání, uvažování a chování. Pozorujeme motorické projevy a poruchy vědomí. V dětském věku se záchvaty vyskytují častěji než v dospělosti. Příčina je často multifaktoriální nebo genetické dispozice a následky poškození mozku (důsledky traumatu, infekce, nádorů). Vnější vlivy mohou působit jako spouštěcí faktory, například nadměrná únava, spánková deprivace, opakovaná fotostimulace, emočně náročná stresová situace. Bezprostřední příčinou záchvatu jsou změny mozkových buněk. Dochází k abnormálním, nadměrným výbojům těchto buněk, které se šíří CNS a mohou způsobit generalizovanou poruchu-křeče, poruchu vědomí. Délka trvání záchvatu se pohybuje v rozmezí několika vteřin až minut. Typ záchvatu závisí na způsobu postižení mozkové tkáně, na lokalizaci epileptického ložiska a také na věku. Čím dříve nemoc vznikne, tím jsou její následky závažnější (36).

Parciální záchvaty vznikají v ohraničené části mozku v ložisku. Mají různý charakter, projevují se motorickými, senzorickými, senzitivními, vegetativními nebo

psychickými příznaky (pocity záblesků světla, čichové halucinace, porucha vědomí a paměti, psychomotorické záchvaty, narušená orientace, bezděčná pohybová aktivita, noční děsy, somnambulismus). Generalizované záchvaty vznikají na základě narušení korových funkcí. Postihují vědomí i motoriku, liší se mírou vyjádření motorických příznaků. Absence (dříve petit-mal) se vyznačují krátkým výpadkem vědomí (10-20 vteřin), někdy jsou doprovázeny záškuby svalů. Jsou typické pro dětství, mají značnou frekvenci. Tonicko-klonické záchvaty (dříve grand-mal) jsou spojené s bezvědomím, pády v důsledku ztráty svalového napětí, kontrakcemi svalů končetin, trupu, hlavy. Často spojené s inkontinencí a s pokousáním jazyka. Před začátkem záchvatu se může objevit aura-změna v oblasti subjektivních pocitů. Po záchvatu bývá pacient dezorientovaný, unavený, spavý, mívá bolesti hlavy, na období záchvatu má amnézii. V dětství se mohou objevit kinetické záchvaty, které se projevují krátkou úplnou ztrátou vědomí a svalového tonu, což se projeví náhlým pádem. Záchvat je velmi krátký (47, 49).

Epilepsie může způsobit výkyvy emočního prožívání, negativní ladění, větší dráždivost, impulzivitu, emoční labilitu, nepříznivé ovlivnění pozornosti a paměti, poruchy řeči a učení, změny chování a osobnosti. Průběh a prognóza onemocnění závisí na příčině, závažnosti stavu a dodržování léčby. Úloha sestry spočívá v dodržování režimových opatření, což je pravidelný denní rytmus s dostatkem spánku v noci a omezením spánku přes den. Omezení extrémní zátěže (fyzické i psychické). Další úlohou sestry je podávání antiepileptických léků a péče o klienty během záchvatu (38, 49).

1.5.3 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále DMO) je neurovývojová porucha vznikající na základě postižení mozku v raných stádiích vývoje (prenatálně, perinatálně). Důsledkem je narušení dalšího vývoje mozku a postižení neuropsychického vývoje. Charakter postižení závisí na lokalizaci primárního poškození, na vývojovém období a na kompenzačních schopnostech organismu. Čím dříve k postižení dojde, tím je závažnější (36).

DMO má několik základních forem. Spastická forma je nejčastější, postihuje asi 60-70 % nemocných, je způsobena postižením pyramidové dráhy. Projevuje se

diapauzou (postižení dolních končetin), hemiparézou (jednostranné postižení horní a dolní končetiny), kvadruparézou (postihující horní i dolní končetiny). Často je narušena i hybnost úst, jazyka, měkkého patra, vzniká porucha řeči. Tato forma je často kombinována s poruchami inteligence. Diskineticko-distonická forma je vzácnější, postihuje asi 20 % postižených DMO. Příčinou je extrapyramidové postižení v oblasti bazálních ganglií v důsledku těžké porodní asfyxie. Projevuje se mimovolnými, kroutivými, pomalými nebo záškubovými pohyby různých svalových skupin. Nebývá kombinována s poruchou inteligence. Ataktická, mozečková forma je vzácná, trpí jí 5-10 % nemocných DMO. Typické jsou obtíže v udržení rovnováhy, hypotonie, opoždění pohybového vývoje. Často je spojena s poruchou inteligence. V praxi se využívá rozlišení stupně pohybového postižení: lehké postižení (schopnost samostatné lokomoce), středně těžké postižení (chůze s pomocí kompenzačních pomůcek), těžké postižení (imobilita) (47).

DMO je centrální poruchou regulace hybnosti, ale často bývá kombinována s epilepsií, poruchami zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností. Pro nemocné s DMO jsou charakteristické nápadnosti emočních projevů, poznávacích schopností, poruchy percepce, pozornosti, paměti, poruchy učení, řeči, nápadnosti v chování, osobnostní změny. Na míře postižení závisí i prognóza nemocných (36).

1.6 Komunitní péče u klientů s kombinovaným postižením

"Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity." (22, str. 25). Komunity by měly vytvářet podmínky pro bydlení zdravých a nemocných občanů i občanů s tělesným a mentálním postižením. Převážnou část služeb poskytovaných v rámci komunitní péče tvoří aktivity ošetrovatelské péče (16).

Zdravotní péče bude stále více zaměřena na komunity a na dětské klienty s dlouhodobými chronickými chorobami a to plně souvisí s prioritami vyhlášenými Světovou zdravotnickou organizací-podpora zdraví, prevence onemocnění, vytváření podpůrného prostředí, posilování komunitních aktivit pro zdraví, budování politiky zdravé veřejnosti, realizace včasného záchytu a screeningu onemocnění a vhodné programy péče a podpory (1, 22).

Komunitní péče o mentálně retardované zahrnuje ošetrovatelské, léčebné,

preventivní, výchovně vzdělávací, pečovatelské a sociální aktivity. Rozsah a formy péče jsou dány podmínkami postiženého a jeho závislostí na společnosti.

Pro úspěšnou socializaci mentálně postižených osob je potřeba vykonat vhodná a účinná opatření na všech úrovních společnosti. Sestra je členkou multidisciplinárního týmu, který dále tvoří lékař, speciální pedagog, rehabilitační pracovník, ergoterapeut, sociální pracovník (16).

1.6.1 Formy péče o kombinované postižení

Péči o děti se zdravotním postižením zajišťují zdravotně sociální služby. Poskytují se jako služby pobytové, terénní a ambulantní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Do ambulantních služeb se dochází na různě dlouho dobu, dle specifikace zařízení. Tato doba může být pár hodin, několik dnů, až celých týdnů. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí. Zařízení zdravotně sociálních služeb jsou centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, centra sociálně rehabilitačních služeb a další. V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jsou poskytovány tyto činnosti: ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, sociální poradenství. Tyto zařízení mají také různé zřizovatele. Ve většině případů jde o krajská a církevní zařízení (27, 28).

1.7 Empatie v ošetrovatelské péči

Empatie je vnitřní naladění osobnosti spojené s ochotou vnímat a porozumět vnitřnímu světu druhého člověka. Vyžaduje vnímání vlastní identity, schopnost reflexe, úcty a ohled k druhému člověku i schopnost představit si situaci jeho pohledem. K tomu, aby se komunikace stala empatickou, je třeba ji cvičit a rozvíjet v každodenním životě (15).

Každý člověk prožívá svoje onemocnění naprosto odlišně. Aktivní spolupráce pacienta se sestrou je vázána na pochopení a respektování jeho individuálních potřeb.

Čím je nemocný člověk křehčí a zranitelnější, tím více očekává porozumění a pomoc ze strany zdravotníků. Klíčem k pochopení pacienta je mimo jiné i empatie. Pojmem empatie označujeme vcítění, což je schopnost vžít se do pocitů a situace druhého člověka. V souvislosti s ošetrovatelskou péčí je empatie chápána jako schopnost, která zahrnuje porozumění vnitřním prožitkům a perspektivám pacienta, spojená s uměním dát najevo či sdělit toto porozumění pacientovi (20, 23).

1.8 Zdravotně sociální služby

Zdravotně sociální služby jsou mimořádně významnou částí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Řešení problémů jednotlivců, rodin a skupin občanů ovlivňuje pozitivně sociální klima celé společnosti. Zdravotně sociální služby nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se nikoliv nevýznamná část občanů nemohla podílet na všech stránkách společnosti, bylo by tak znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (27).

Tyto služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Zdravotně sociální služby jsou poskytovány v pobytových zdravotnických zařízeních nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb. Služby sociální péče poskytované v rámci zdravotně sociálních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění (28).

Jsou určeny osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (27).

1.8.1 Modernizace zdravotně sociálních služeb

Po celé Evropě procházejí zdravotně sociální služby dynamickým vývojem. Modernizace zdravotně sociálních služeb je jedním z nejdůležitějších témat, kterým Evropa v současné době řeší. Součástí většiny modernizačních snah je zajištění rovnováhy mezi dostupností služeb, jejich kvalitou a finanční udržitelností systémů.

V české republice čekala veřejnost na modernizaci systému sociálních služeb celá desetiletí. Počínaje prvním lednem roku 2007 má oblast sociálních služeb nový zákon, jímž se řídí zákon o sociálních službách. Jde o největší změnu v sociální oblasti od dob Marie Terezie. Zákon přináší zásadní změny, od kterých si uživatelé i poskytovatelé služeb slibují podstatné zlepšení své situace (27, 28).

1.8.2 Historický vývoj zdravotně sociálních služeb po roce 1989

Hluboké změny probíhající od počátku 90. let ve všech sférách života naší společnosti si vyžádaly nové pohledy na všechny oblasti hospodářského a sociálního rozvoje naší země.

Nové služby, které začaly postupně po roce 1989 vznikat, neměly oporu v legislativě. Platil zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Pokusů o změnu tohoto neutěšeného stavu byla celá řada. Následovalo několik obdobných, věcných návrhů zákonů o sociální pomoci či sociálních službách, které však skončily v připomínkovém řízení nebo se ani nedočkaly paragrafovaného znění. Tyto návrhy legislativy postupně měnily svoji tvář, začala se rozvíjet nejen nová typologie služeb, ale nově také témata-kvalita zdravotně sociálních služeb, individuální posuzování sociální situace, financování sociálních služeb. Poslední návrh zákona o sociálních službách byl nakonec přijat po 13 letech jeho tvorby, přestože to již mnozí zainteresovaní účastníci ani nečekali (28).

Zákon o sociálních službách byl v červenci 2005 schválen Vládou ČR a následně jako vládní návrh předložen do Parlamentu ČR. Zde byl po projednání schválen a po podpisu prezidenta byl 14. března 2006 zveřejněn ve Sbírce zákonů ČR jako zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s tím, že účinnost byla stanovena od 1. ledna 2007. Zákon byl již pětkrát novelizován (27).

1.9 Standardy kvality zdravotně sociálních služeb

Zákon o sociálních službách ukládá všem poskytovatelům sociálních služeb, dodržovat při poskytování služeb standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.

Standardy kvality byly vytvořeny v uplynulých letech ve spolupráci s poskytovateli i uživateli sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že vznikly z takto široké a také dlouhodobé diskuse, je možné je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba (27, 32).

1.9.1 Cíl a využití standardů kvality

Výchozím principem při tvorbě standardů kvality byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb. Cílem standardů kvality je garantovat, že poskytované zdravotně sociální služby budou odpovídat svému poslání a že lidé v naší společnosti budou mít stejné příležitosti k ochraně před sociálním vyloučením (10, 16).

Poskytovatelé sociálních služeb využívají standardy kvality jako vodítko při poskytování svých služeb a jako pomůcku při postupném zvyšování kvality poskytovaných služeb. Opírá se o ně i nově zavedený institut inspekce kvality, který pomocí standardů ověřuje kvalitu sociálních služeb při výkonu inspekce přímo v místě poskytování služeb. Standardy kvality jsou užitečné ale i pro uživatele a zadavatele sociálních služeb. Umožňují totiž porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, jež pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace i efektivitu různých zařízení poskytujících stejný druh služby (22, 27).

1.9.2 Obsah standardů kvality

Standardy se týkají všech sociálních služeb a proto jsou formulovány obecně. Z důvodu srozumitelnosti jsou rozloženy na kritéria, která jsou měřitelná. Porovnáním kritérií se skutečností lze zjistit, zda poskytovaná služba vyhovuje standardům kvality. Ve standardech je kladen důraz na zachování důstojnosti, rozvoj nezávislosti a autonomie uživatelů, na ochranu práv uživatelů a na naplnění jejich osobních cílů.

Kritéria uvedená ve standardech se zaměřují jak na výsledek, tak na proces poskytování služeb (10, 22).

Obsah jednotlivých standardů kvality a způsob hodnocení plnění standardů stanoví prováděcí vyhláška č.505/2006 Sb. Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do třech okruhů. Prvním okruhem jsou procedurální standardy, kde se sledují cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, ochrana práv osob, dokumentace o poskytování sociální služby a jedním z hodně důležitých bodů jsou stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Druhým okruhem jsou personální standardy, kam patří personální a organizační zajištění sociální služby a důležitý je profesní rozvoj zaměstnanců. Třetím okruhem jsou provozní standardy, které se týkají prostředí pro poskytování péče, o nouzových a havarijních situacích a o zvyšování kvality ve zdravotně sociálních službách (16, 27, 32).

1.10 Standardizace ošetrovatelské péče

Atributy moderní doby jsou kvalita a produktivita. Kvalita je definována jako stupeň dokonalosti, který daná věc, činnost vlastní. V tomto kontextu jsou kladené požadavky na kvalitní ošetrovatelství, které jsou charakterizovány jako stupeň dosažený v procesu zvyšování šancí na docílení plánovaného výsledku a snižování možností dosažení nežádoucích výsledků (11, 46).

V zájmu zvyšování kvality ošetrovatelské péče sestry pracují na programech kvality, které mají zpravidla několik základních prvků. Prvním prvkem je určení norem-standardů, druhým porovnávání norem s reálnou praxí. Následuje analýza a interpretace porovnávání. A volba kroků, které mají reálný stav změnit cestou standardizace činností a výkonů. Na závěr je vyhodnocení efektivnosti zvolených kroků (53).

Prioritou vývoje ošetrovatelství v souladu s doporučeními Mezinárodní rady sester (ICN), Světové zdravotnické organizace (WHO) a se směrnicemi Rady Evropské unie je kromě jiných fenoménů: vypracovat lokální standardy ve všech aplikovaných oborech ošetrovatelství, vypracovat standardy hodnocení kvality poskytované péče, pracovat podle ošetrovatelských standardů v ošetrovatelské praxi (11, 48).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních z hlediska holistického přístupu.

2.2 Hypotézy práce

H1: Ve zdravotně sociálních zařízeních, u zdravotně postižených dětí jsou potřeby uspokojovány z hlediska holistické teorie.

H2: Holisticky přistupují sestry ke zdravotně postiženým dětem více v neziskových zařízeních, než v zařízeních zřizovaných krajským úřadem.

H3: Holisticky přistupují sestry ke zdravotně postiženým dětem více v krajských zařízeních, než v zařízeních s.r.o.

H4: Holisticky přistupují ke zdravotně postiženým dětem více sestry manažerky, než sestry pracující v přímé péči o klienty.

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Pro získání potřebných údajů, k dosažení vytýčených cílů a ověření hypotéz byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl určen pro sestry poskytující ošetrovatelskou péči u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních. Dotazník obsahoval 33 otázek. Devatenáct otázek bylo uzavřených, sedm polouzavřených a sedm otevřených. V úvodu otázky směřovaly na osobní údaje, délku praxe ve zdravotnictví a ve zdravotně sociálních službách, dosažené vzdělání a registraci (1, 2, 3, 4, 5, 6). Následovaly dvě otázky o pracovním zařazení sester a o zřizovateli jejich služeb (7, 8). V následujících třech otázkách sestry odpovídaly na holistickou ošetrovatelskou péči (9, 10, 11). Další pět otázek bylo zaměřených na potřeby klientů (12, 13, 14, 15, 16). Následují otázky o komunikaci a pozornosti ke klientům (17, 18, 19, 20, 21). V šesti otázkách se setkáváme se standardy kvality poskytovaných služeb (22, 23, 24, 25, 26, 27). Poslední otázky nás informují o ošetrovatelském procesu, zkoumáme plánování ošetrovatelské péče a možnosti zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči (28, 29, 30, 31, 32, 33).

Součástí výzkumu bylo pozorování několika klientů a jejich obsahová analýza dokumentace. Pozorováním bylo zjišťováno zabezpečování biologických a psychosociálních potřeb. Z biologických potřeb byla zaznamenána potřeba výživy, hygieny a spánku. Z psychosociálních potřeb byla zjišťována potřeba fyzického kontaktu, potřeba uspokojování rozvoje osobnosti, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba absence strachu z opuštěnosti, potřeba orientačních bodů v denním pořádku, potřeba lásky a potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut.

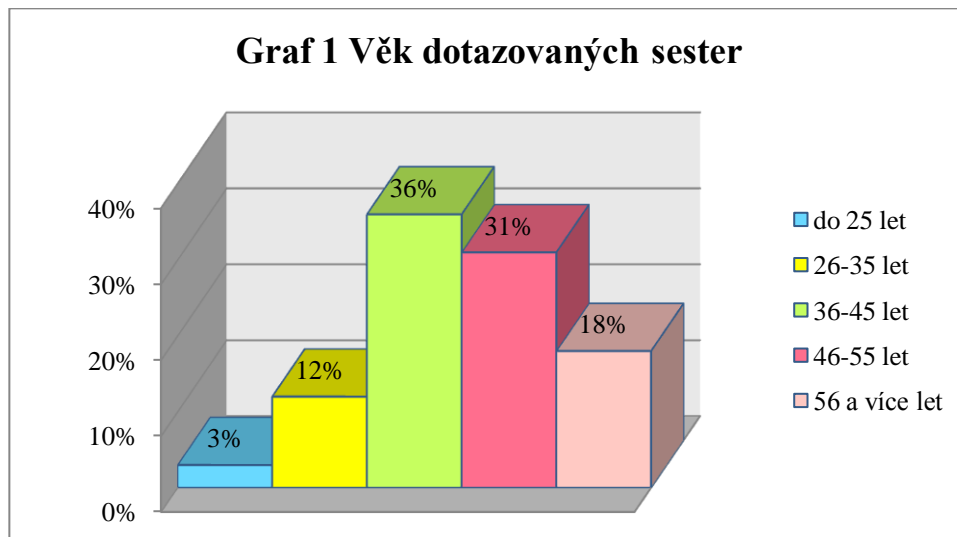
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro potřebný počet respondentů ze sledovaného souboru byly osloveny sestry ošetřující zdravotně postižené děti ve zdravotně sociálních zařízeních. Šetření se zúčastnila zdravotně sociální zařízení z Jihočeského kraje a z kraje Vysočina. Rozdáno bylo 145 dotazníků a 104 se jich vrátilo vyplněných, což je návratnost 71,7 %. Pro

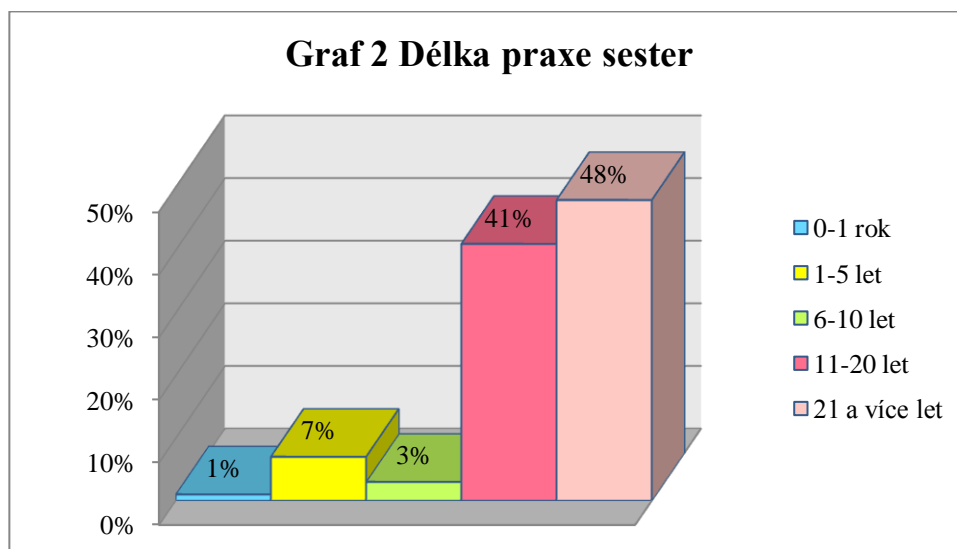
neúplnost údajů nebyl žádný vyřazen. V oslovených zdravotně sociálních zařízeních, kde je zřizovatelem církev, bylo zjištěno, že pracující sestry jsou zaměstnány na pozicích sociálních pracovníků. Z toho důvodu v těchto zařízeních nebyly dotazníky rozdány a výzkumu se nezúčastnily. Porovnány byly výsledky sester pracujících v zařízeních s.r.o. a v krajských zařízeních, výsledky sester manažerek a sester pracujících v přímé péči o klienty. Do pozorování bylo zapojeno deset dětských klientů. Výzkum probíhal od října 2010 do dubna 2011.

4. VÝSLEDKY

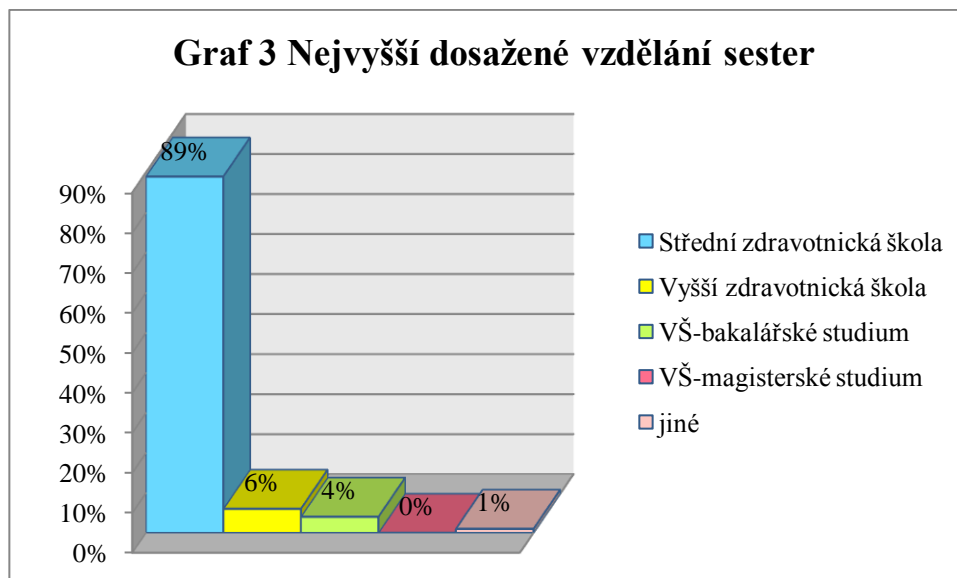
4.1 Statistická data získaná z dotazníků



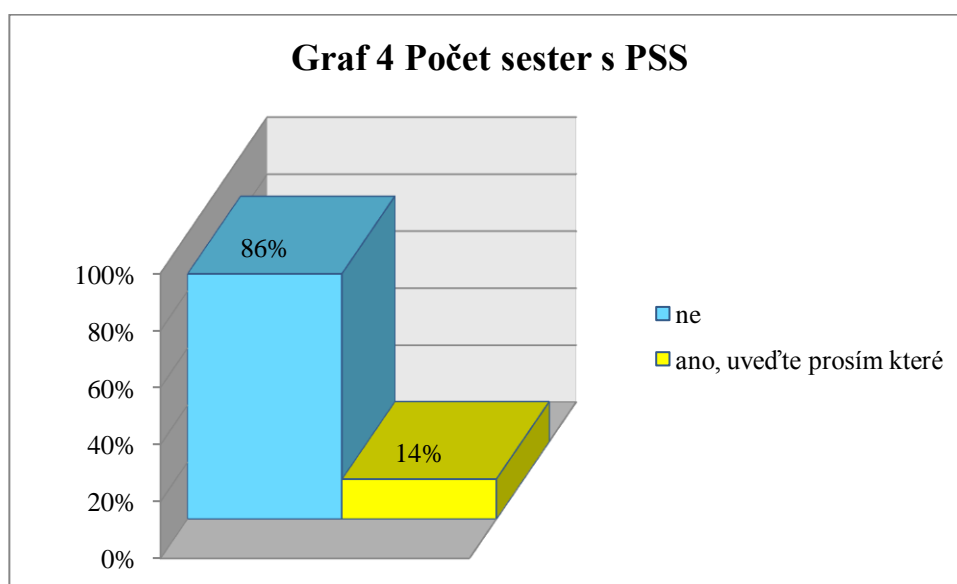
Z celkového počtu 104 sester se 38 sester (36 %) pohybuje ve věkovém rozmezí 36-45 let, 32 sester (31 %) je ve věku 46-55 let, 18 sester (18 %) odpovědělo, že jim je 56 a více let, 13 sestrám (12 %) je 26-35 let a 3 sestry (3 %) jsou ve věku do 25 let.



Graf ukazuje délku praxe sester ve zdravotnictví. 50 sester (48 %) pracuje ve zdravotnictví 21 a více let, 43 sester (41 %) 11-20 let, 7 sester (7 %) odpovědělo, že pracují ve zdravotnictví od 1-5 let, 3 sestry (3 %) 6-10 let a 1 sestra (1 %) pracuje ve zdravotnictví méně než 1 rok.



Graf popisuje nejvyšší dosažené vzdělání sester. Středoškolské vzdělání uvedlo 93 sester (89 %), 6 sester (6 %) uvedlo vyšší odborné vzdělání, 4 sestry (4 %) označily vysokoškolské vzdělání bakalářského typu. Jiné vzdělání uvedla 1 sestra (1 %) a magisterské vzdělání neuvedla žádná ze sester.

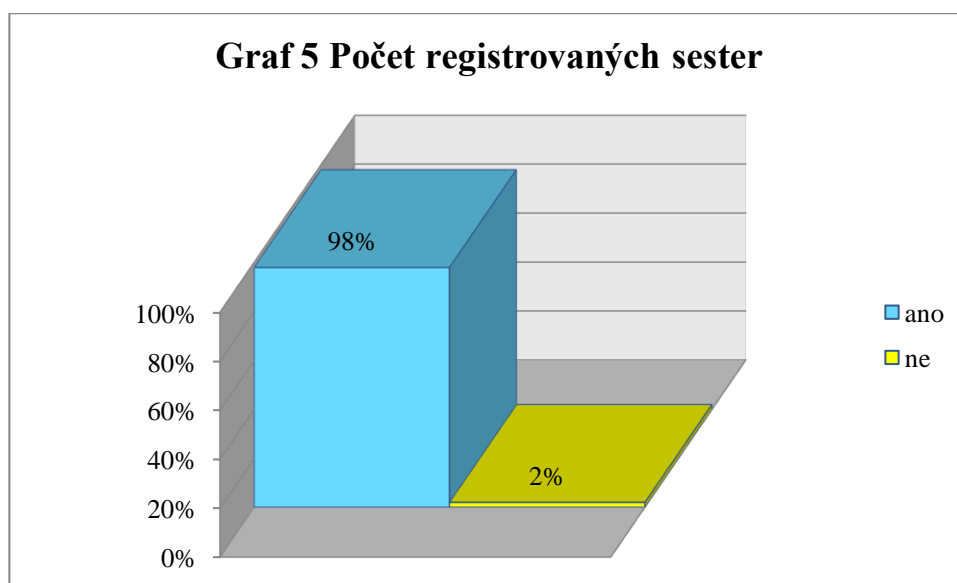


Graf informuje o specializačním vzdělání sester. 89 sester (86 %) označilo, že nemá pomaturitní specializační studium, 15 sester (14 %) uvedlo, že má specializační studium různého typu. Viz tabulka č.1.

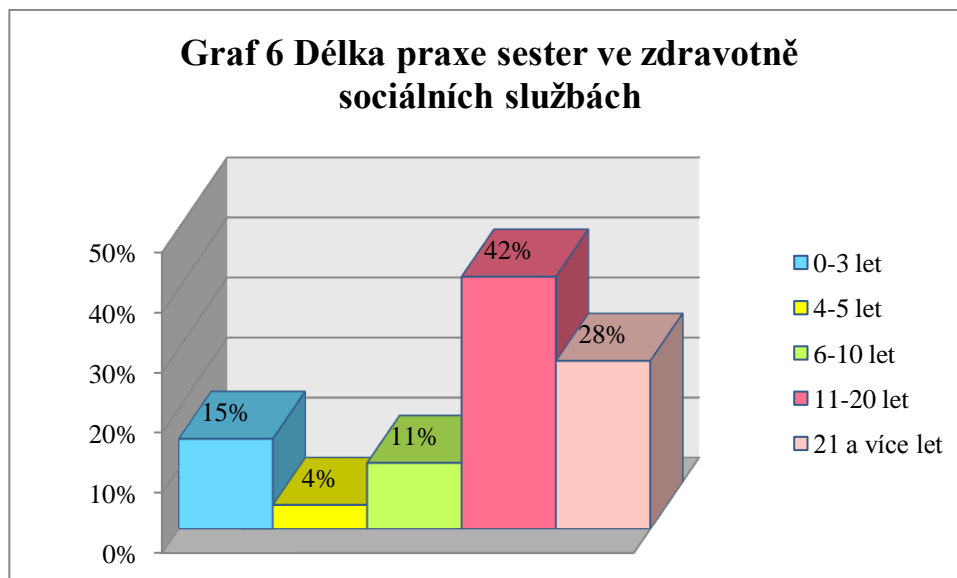
Tabulka 1 Specializační studium

Počet sester	Druh specializace
3	dětská psychiatrie
2	pedagogická psychologie
2	ARIP
2	RHB
2	Pediatric
1	ošetřovatelská péče+organizace řízení
1	Fyzioterapie
1	Geriatric
1	zdravotní obvod

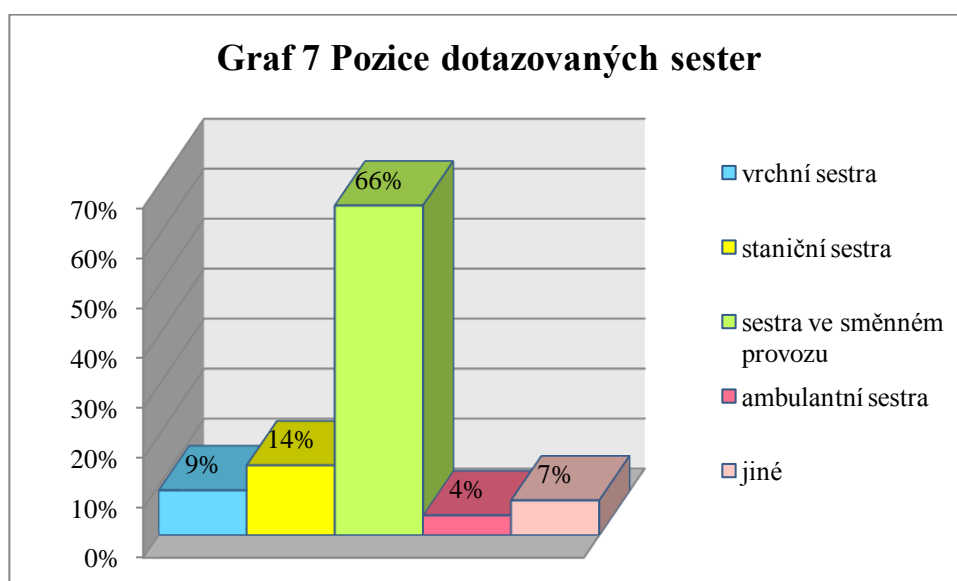
Tabulka popisuje druh specializace u dotazovaných sester. Specializaci uvedlo 15 sester. Z toho 3 sestry dětskou psychiatrii, po dvou sestrách uvedlo pedagogickou psychologii, ARIP, RHB a pediatrii, po jedné sestře uvedlo organizaci řízení, fyzioterapii, geriatrii a zdravotní obvod.



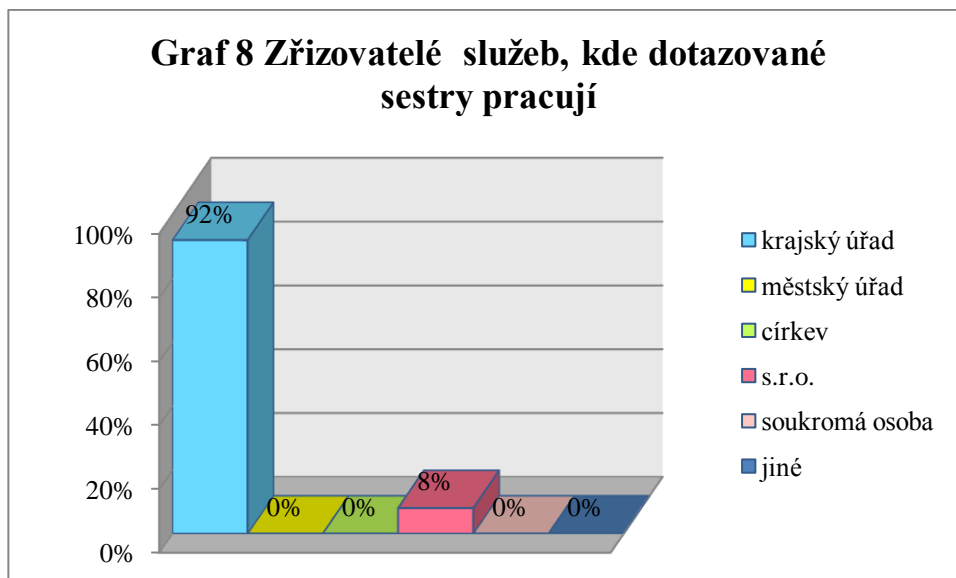
Graf vypovídá o registraci sester. 102 sester (98 %) je registrováno, 2 sestry (2 %) registraci nemají. Jako důvod uvedly nesplněnou požadovanou praxi pro platnou registraci.



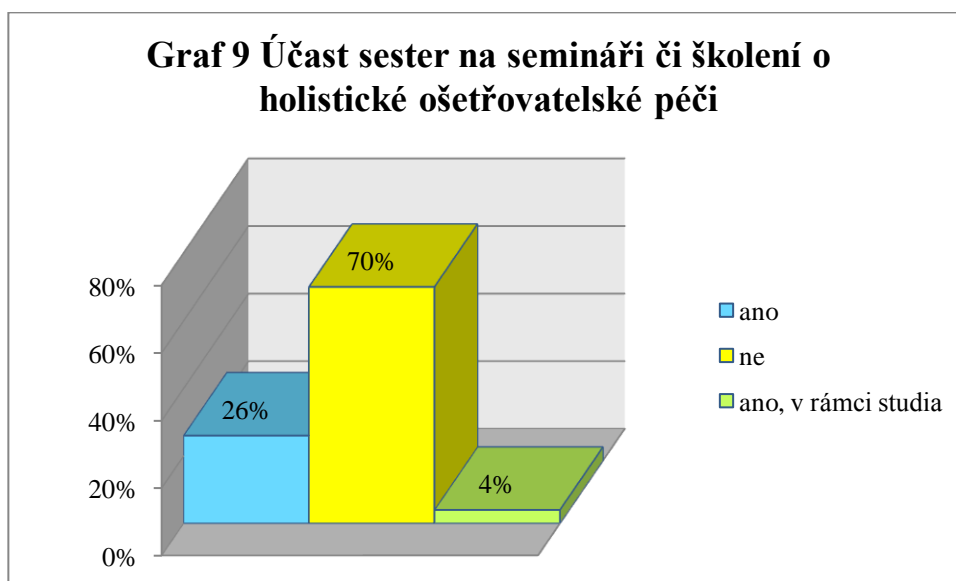
Graf ukazuje na délku praxe sester ve zdravotně sociálních službách. 44 sester (42 %) pracuje v těchto službách 11-20 let, 29 sester (28 %) 21 a více let, 16 sester (15 %) pracuje zde do 3 let, 11 sester (11 %) má praxi v rozmezí 6-10 let a 4 sestry (4 %) 4-5 let.



Graf informuje o pracovní pozici sester. 69 dotazovaných sester (66 %) pracuje ve směnném provozu, 14 sester (14 %) je na pozici staniční sestry, 10 sester (9 %) je ve funkci vrchní sestry, 7 sester (7 %) uvedlo jinou pozici a 4 sestry (4 %) pracují v ambulanci.

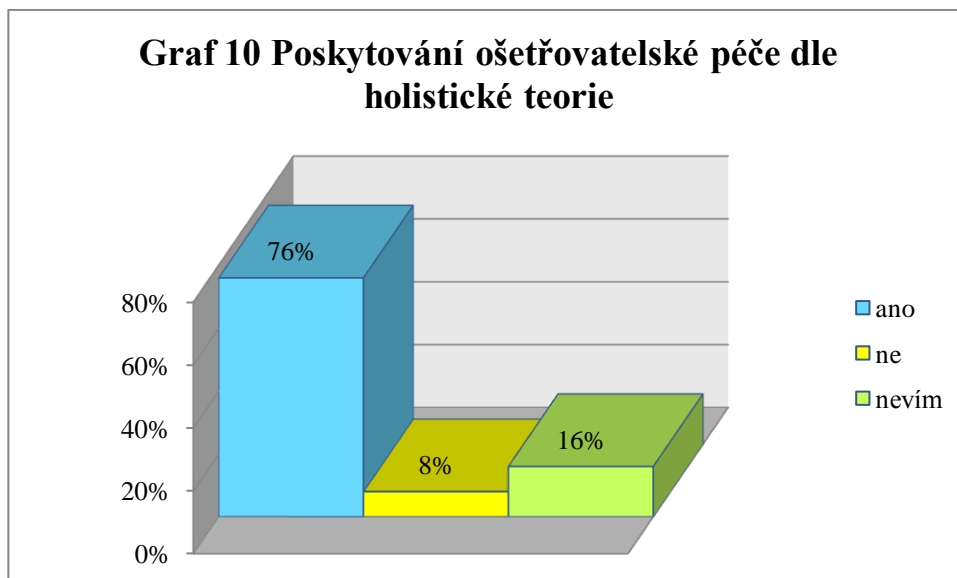


Graf informuje o zřizovateli v dotazovaných zdravotně sociálních službách. 96 sester (92 %) odpovědělo, že jejich zřizovatelem je krajský úřad. 8 sester (8 %) uvedlo, že jejich zřizovatelem je s.r.o.



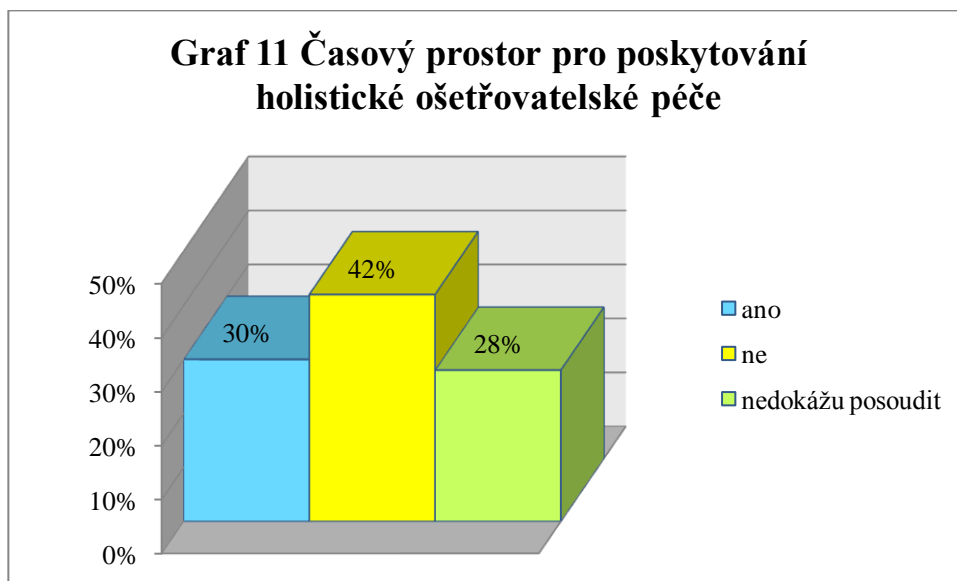
Graf informuje o účasti sester na semináři či školení o holistické ošetrovatelské péči. 73 sester (70 %) odpovědělo, že se nezúčastnilo žádného semináře, 27 sester (26 %) se zúčastnilo takového semináře a 4 sestry (4 %) se zúčastnily v rámci studia.

Graf 10 Poskytování ošetrovatelské péče dle holistické teorie

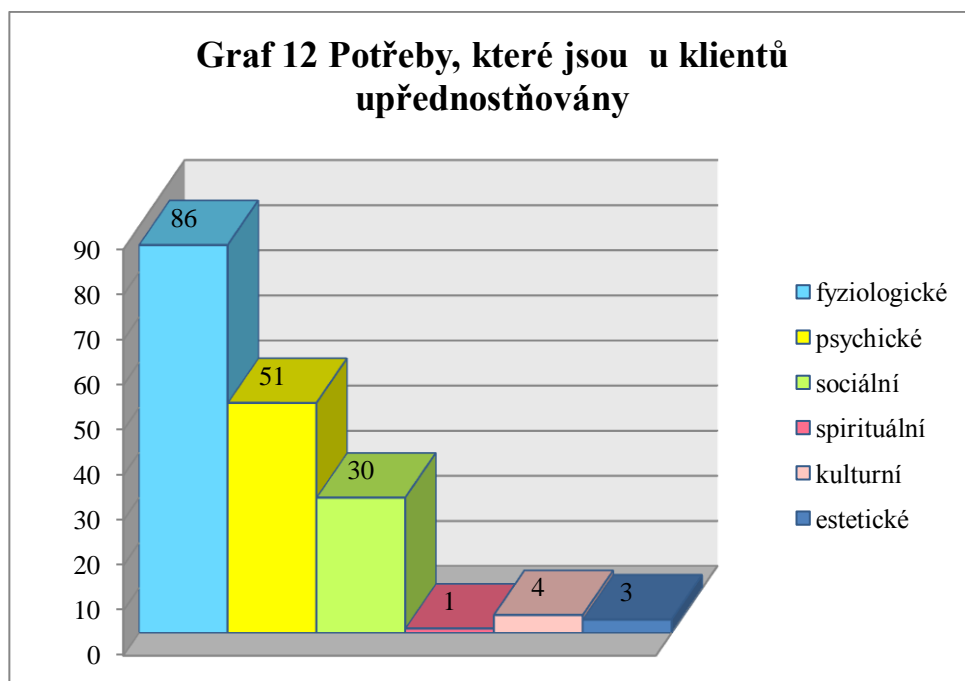


Graf informuje o názoru sester, zda poskytují ošetrovatelskou péči dle holistické teorie. 78 sester (76 %) odpovědělo kladně, 18 sester (16 %) nevědělo a 8 sester (8 %) odpovědělo, že neposkytují ošetrovatelskou péči dle holistické teorie.

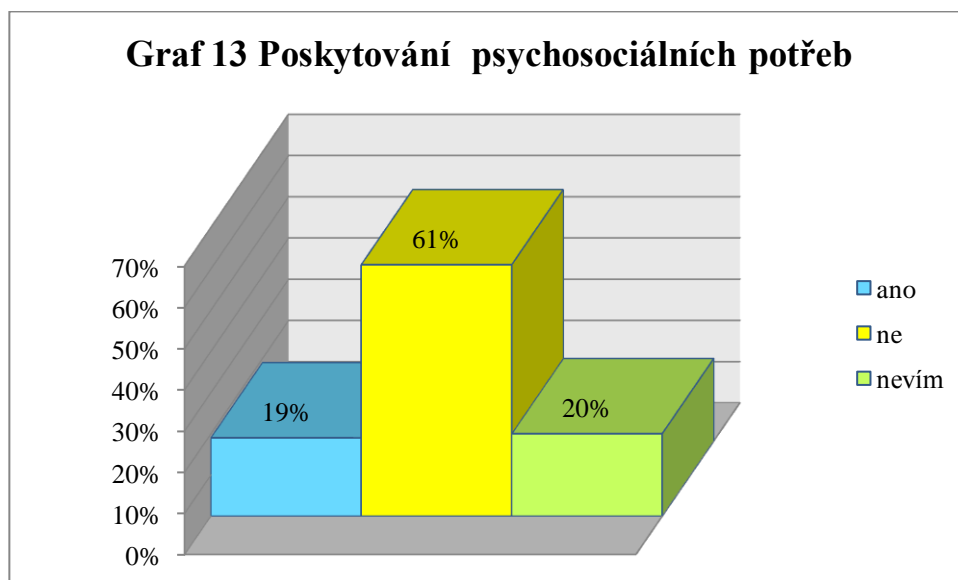
Graf 11 Časový prostor pro poskytování holistické ošetrovatelské péče



Graf informuje o názoru sester, zda se domnívají, že mají dostatek časového prostoru pro poskytování holistické ošetrovatelské péče. 44 sester (42 %) se domnívá, že nemají dostatek času, 31 sester (30 %) odpovědělo kladně a 29 sester (28 %) nedokáže posoudit danou otázku.



Graf informuje o upřednostňování potřeb u klientů. 86 sester upřednostňuje fyziologické potřeby, 51 sester psychické potřeby, 30 sester sociální potřeby, 4 sestry kulturní, 3 sestry uvedly estetické potřeby a jen 1 sestra uvedla spirituální potřeby.

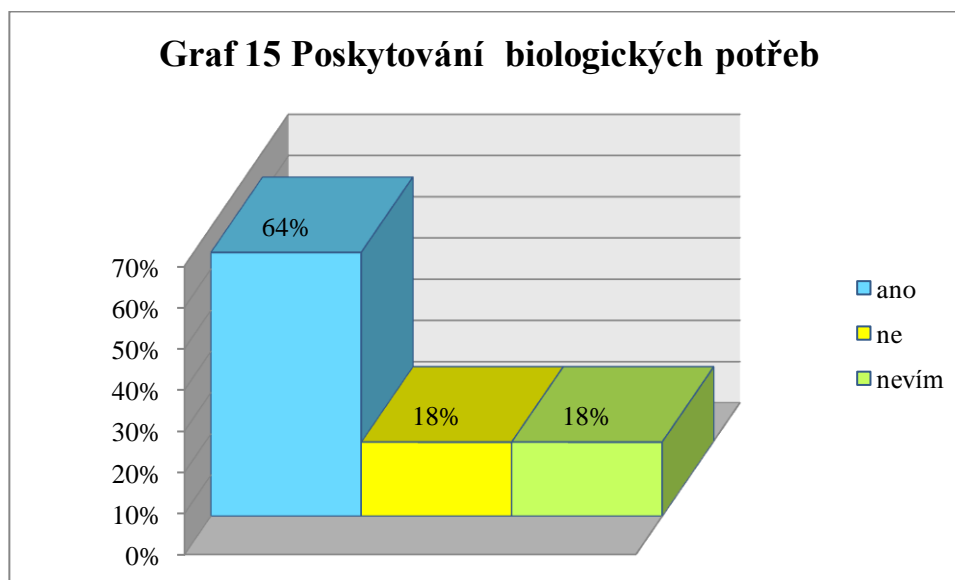


Graf informuje o názoru dotazovaných sester, zda se domnívají, že pečují více o psychosociální potřeby klienta. 63 sester (61 %) se domnívá, že nepečuje více o psychosociální potřeby klienta, 21 sester (20 %) nedokázalo posoudit a 20 sester (19 %) odpovědělo kladně.

Tabulka 2 Psychosociální potřeby klienta

Počet sester	Psychosociální potřeby
3	individuální přístup
3	zajištění soukromí
3	klid a spokojenost klienta
1	zajištění zázemí
1	jedinečný přístup
1	začlenění do společnosti
1	seberealizace klientů

Tabulka popisuje, jaké psychosociální potřeby poskytují sestry klientům. 3 sestry uvedly individuální přístup, zajištění soukromí, klid a spokojenost klienta. Po jedné sestře bylo uvedeno zajištění zázemí, jedinečný přístup, začlenění do společnosti a seberealizace klientů.

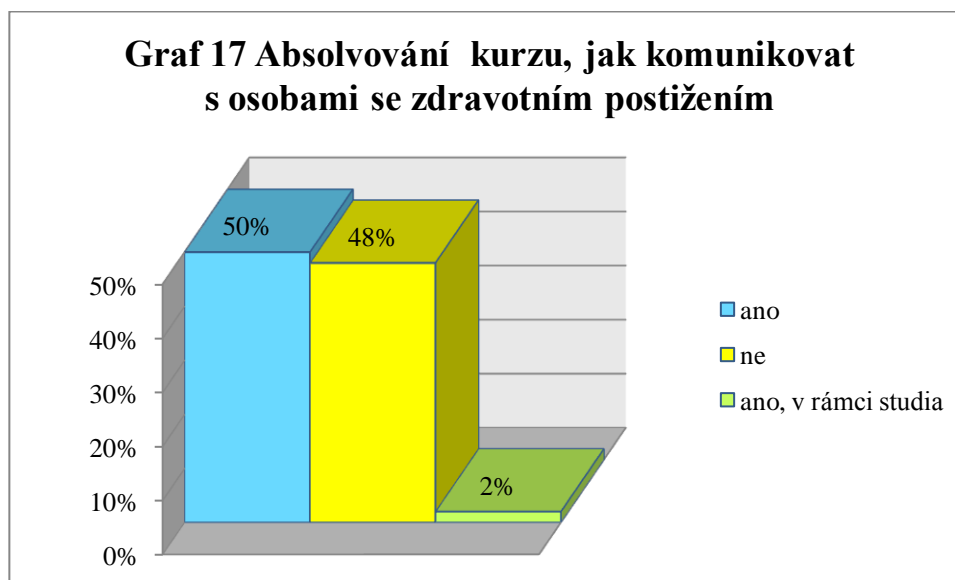


Graf informuje o zajišťování biologických potřeb u klientů. 66 sester (64 %) odpovědělo kladně, 19 sester (18 %) záporně a 19 sester (18 %) nedokázalo posoudit.

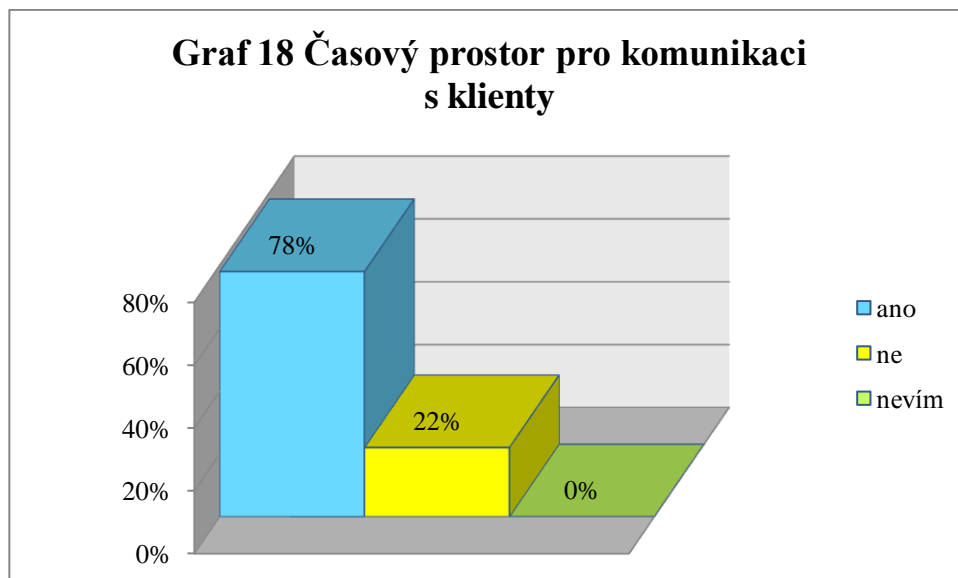
Tabulka 3 Biologické potřeby klienta

Počet sester	Biologické potřeby
18	péče o hygienu
17	péče o výživu
5	péče o spánek a odpočinek
4	péče o základní biologické potřeby
4	péče o vyprazdňování
4	komplexní péče
2	péče o zdravotní stav

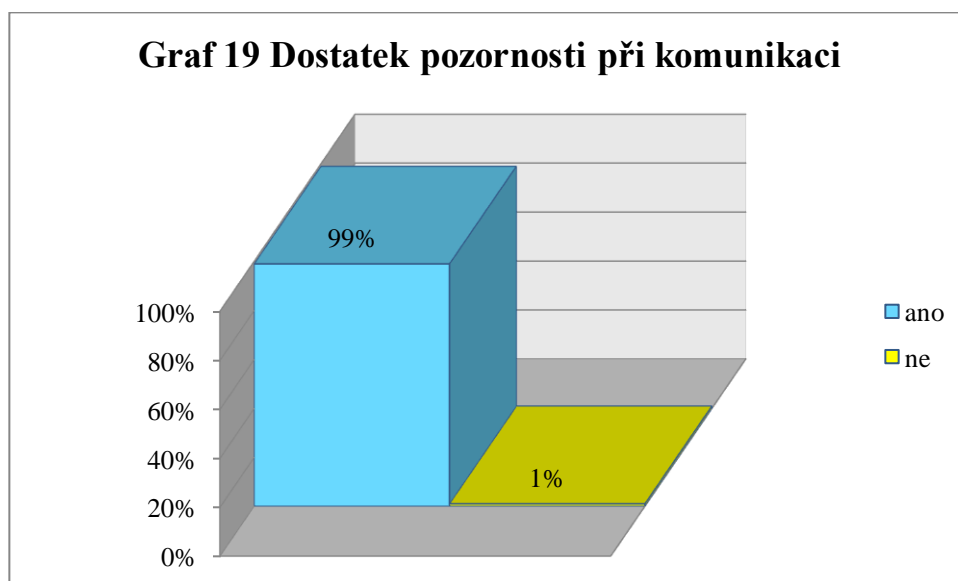
Tabulka popisuje uvedené biologické potřeby od dotazovaných sester. 18 sester uvedlo péči o hygienu, 17 sester péči o výživu, 5 sester péči o spánek a odpočinek, 4 sestry uvedly péči o základní biologické potřeby, péči o vyprazdňování a komplexní péči, 2 sestry uvedly péči o zdravotní stav.



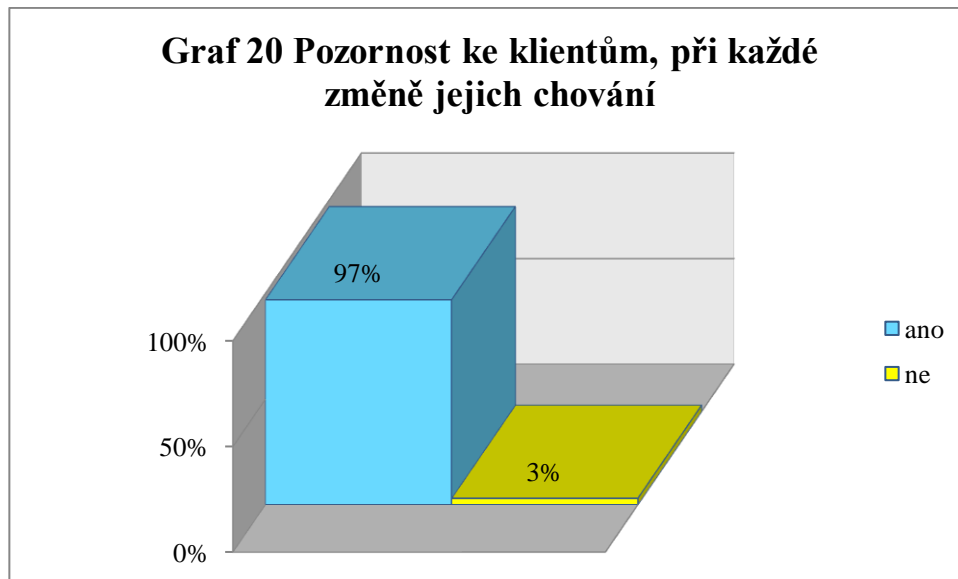
Graf informuje o účasti sester na kurzu, jak komunikovat s osobami se zdravotním postižením. 52 sester (50 %) odpovědělo kladně, 50 sester (48 %) záporně a 2 sestry (2 %) se zúčastnily tohoto kurzu v rámci studia.



Graf informuje o názoru sester, zda se domnívají, že mají časový prostor pro komunikaci s klienty. 81 sester (78 %) odpovědělo kladně, 23 sester (22 %) záporně a žádná ze sester nevyužila odpovědi nevím.



Graf informuje o množství pozornosti při komunikaci s klienty. 103 sester (99 %) odpovědělo kladně a 1 sestra (1 %) záporně.

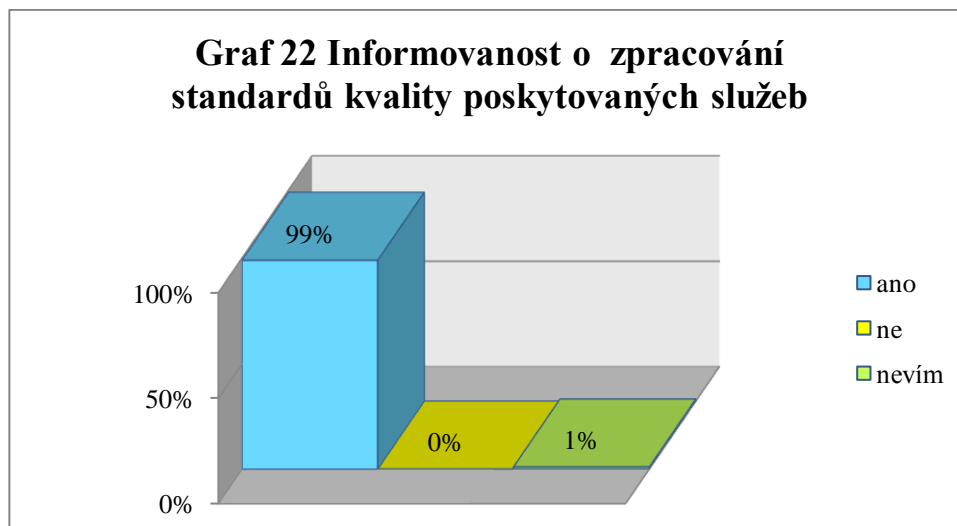


Graf informuje o pozornosti sester ke klientům, při změně jejich chování. 101 sester (97 %) odpovědělo kladně a 3 sestry (3 %) záporně.

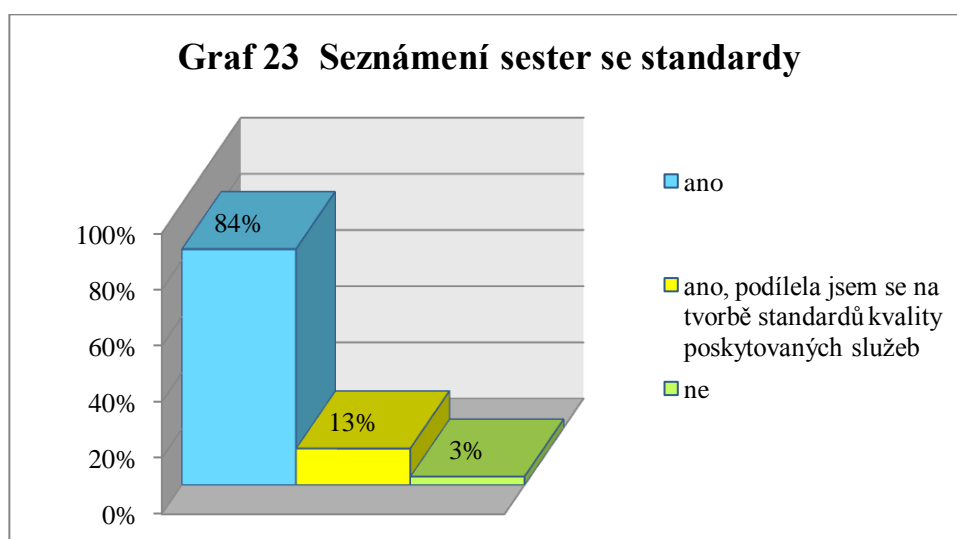
Tabulka 4 Pozornost ke klientům

Počet	Pozornost ke klientům
17	rozhovor
10	povzbuzení
8	pozorování
8	individuální péče
8	změna prostředí
8	zjišťování příčiny
7	bazální stimulace
6	odvedení pozornosti
5	poslech hudby
3	změna péče
3	zájmová činnost
3	změna zdravotního stavu
3	naslouchání
2	empatie
2	zajištění lékaře
1	zpívání
1	soukromí
1	důvěra
1	hračka
1	TV
1	potlačení a předcházení

Tabulka popisuje, jakou pozornost věnují sestry klientům, při každé změně jejich chování. 17 sester odvádí pozornost rozhovorem, 10 povzbuzením, 8 pozorováním, individuální péčí, změnou prostředí a zjištěním příčiny. 7 sester provádí bazální stimulaci, 6 sester napsalo, že odvádí pozornost, 5 sester poslechem hudby, 3 sestry změnou péče, zájmovou činností, změnou zdravotního stavu a nasloucháním, 2 sestry napsaly empatie a zajištění lékaře, po jedné sestře uvedlo zpívání, zajištění soukromí, důvěrou, podáním hračky, sledováním TV. Jedna sestra uvedla potlačení a předcházení.



Graf informuje, zda jsou v zařízeních zpracovány standardy kvality poskytovaných služeb. 103 sester (99 %) odpovědělo kladně, 1 sestra (1 %) nevěděla a žádná ze sester neodpověděla záporně.

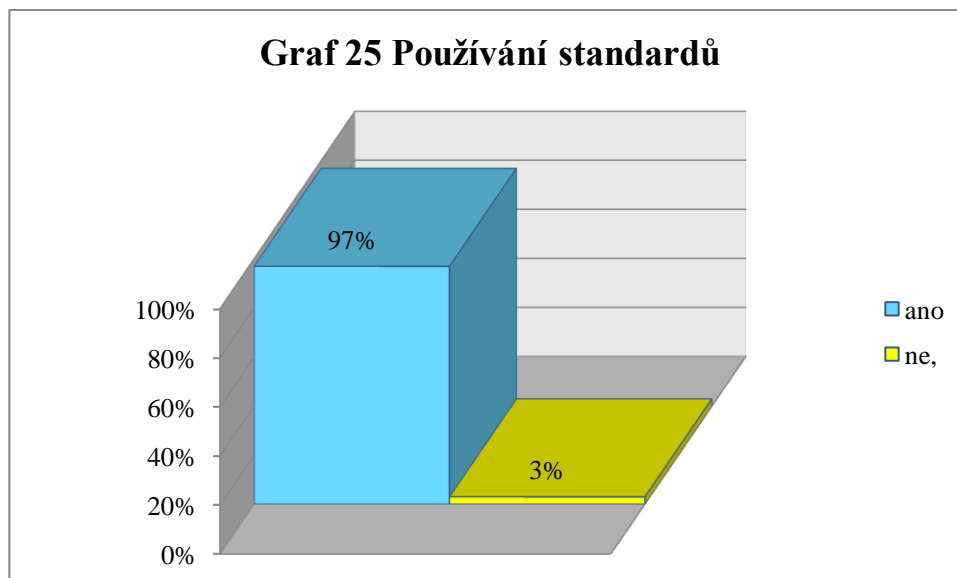


Graf informuje o seznámení sester se standardy. 88 sester (84 %) odpovědělo kladně, 13 sester (13 %) se podílelo na tvorbě standardů kvality poskytovaných služeb a 3 sestry (3 %) odpověděly, že nejsou seznámeny se standardy.

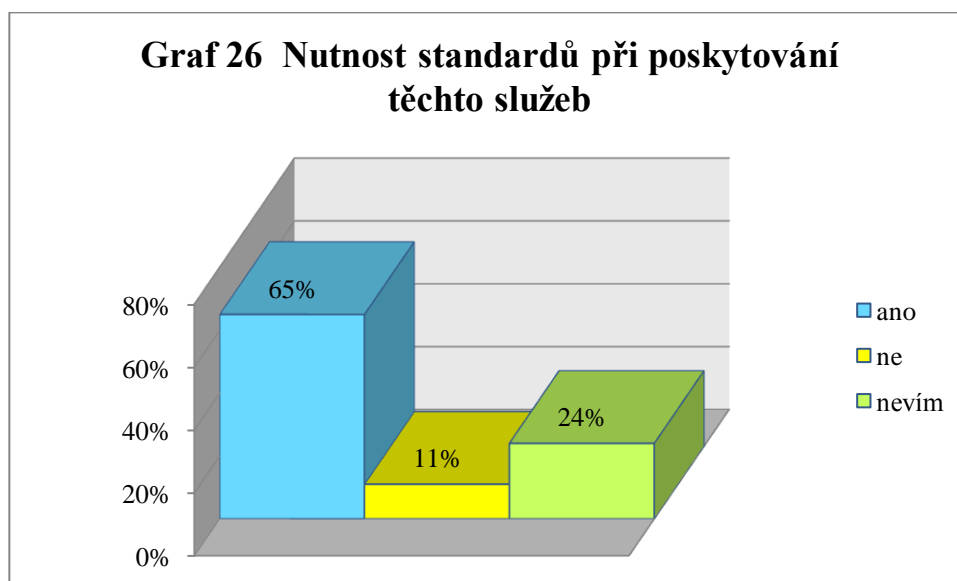
Tabulka 5 Důvod s neseznámením standardů

Počet sester	Důvod s neseznámením standardů
3	nejsou k dispozici, nejsou vytvořeny

Tabulka popisuje, z jakých důvodů se sestry neseznámily se standardy. 3 sestry uvedly, že nejsou k dispozici a vytvořeny.



Graf informuje o používání standardů v praxi. 101 sester (97 %) odpovědělo, že používají standardy kvality ošetrovatelské péče a 3 sestry (3 %) odpověděly, že tyto standardy nepoužívají.

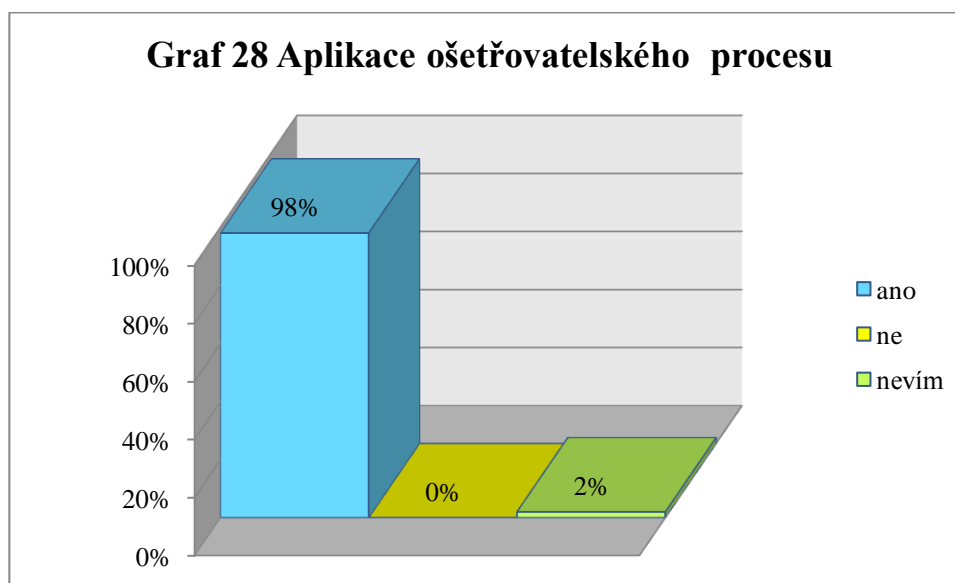


Graf informuje o potřebnosti ošetrovatelských standardů. 68 sester (65 %) potvrdilo nutnost standardů při poskytování těchto služeb, 25 sester (24 %) nedokázalo odpovědět a 11 sester (11 %) se domnívá, že nepotřebují standardy kvality ošetrovatelské péče při poskytování těchto služeb.

Tabulka 6 Zaměření standardů

Počet	Zaměření standardů
10	kvalita péče
6	každodenní poskytující péče
3	dostatek personálu
3	práva klientů
2	náplň pro dané zařízení
2	přístup ke klientům
1	zdokonalování podvědomí
1	zdokonalování zařízení
1	vztahy-klienti /personál, personál/personál, klienti/klienti

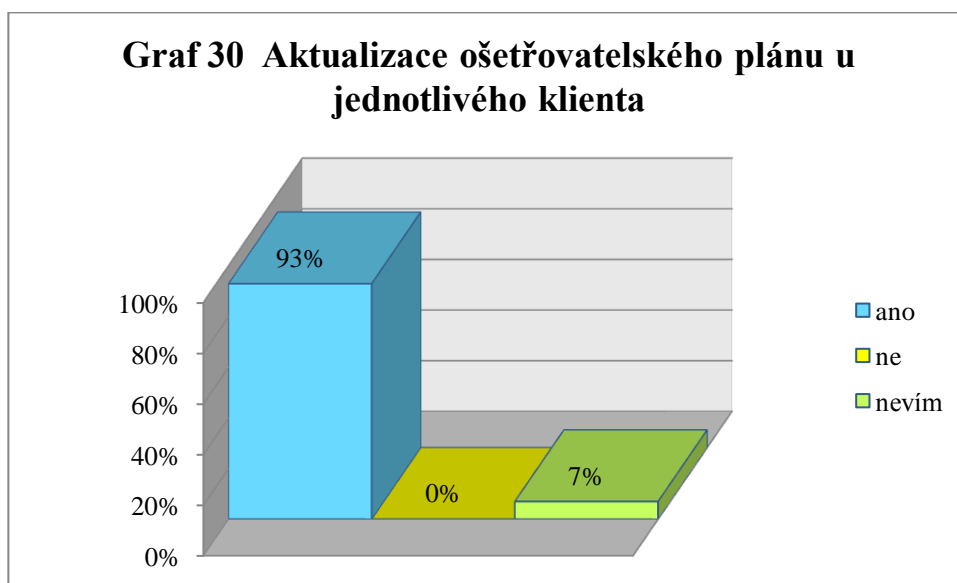
Tabulka informuje o možném obsahu standardů. 10 sester by zaměřilo standardy na kvalitu péče, 6 sester na každodenní poskytující péči, 3 sestry na dostatek personálu a práva klientů, 2 sestry na náplň pro dané zařízení a přístup ke klientům. Po jedné sestře by zaměřilo standardy na zdokonalování podvědomí, na zdokonalování zařízení a na vztahy mezi klienti/personál, klienti/ klienti a personál/ personál.



Graf informuje o aplikaci ošetrovatelského procesu. 102 sester (98 %) odpovědělo kladně, 2 sestry (2 %) neznají odpověď a žádná ze sester neodpověděla záporně.



Graf informuje o tom, zda klienti mají svého klíčového pracovníka, který s nimi sestavuje individuální ošetřovatelský plán. 104 sester (100 %) odpovědělo kladně, žádná ze sester neodpověděla záporně a ani nevyužila možnosti nevím.

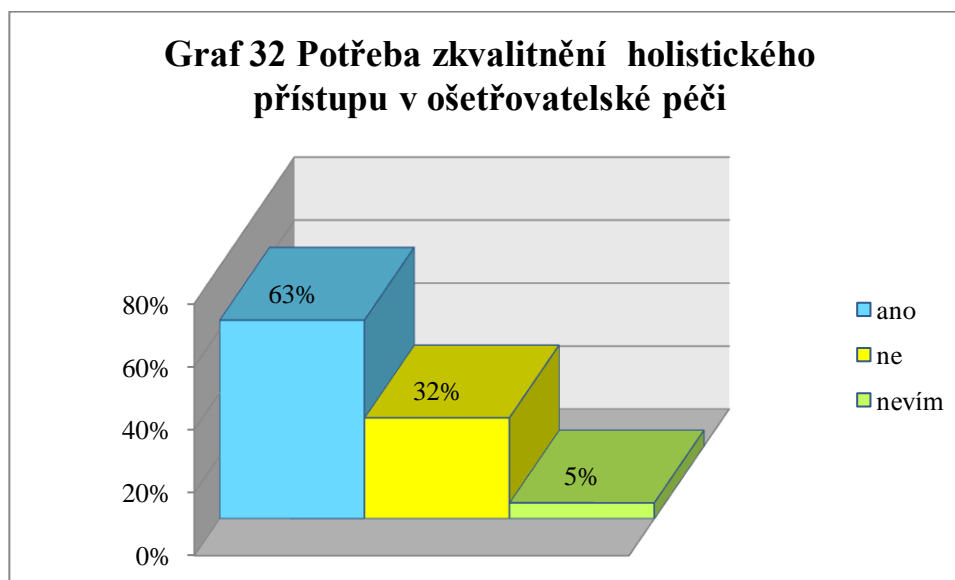


Graf informuje o aktualizaci ošetřovatelského plánu. 97 sester (93 %) odpovědělo, že ošetřovatelský plán je průběžně aktualizován, 7 sester (7 %) nedokázalo odpovědět a žádná ze sester neodpověděla záporně.

Tabulka 7 Důvody změn ošetrovatelského plánu

Počet	Důvody změn ošetrovatelského plánu
35	na základě potřeb
22	dle aktuálního stavu
4	na základě fyzických a psychických změn
3	po dosažení cílů
2	dle výsledků
1	na přání klienta

Tabulka popisuje, na základě čeho sestry mění ošetrovatelský plán. 35 sester uvedlo na základě potřeb, 22 dle aktuálního stavu, 4 sestry na základě fyzických a psychických změn, 3 sestry po dosažení cílů, 2 sestry dle výsledků a 1 sestra uvedla, že mění ošetrovatelský plán na přání klienta.



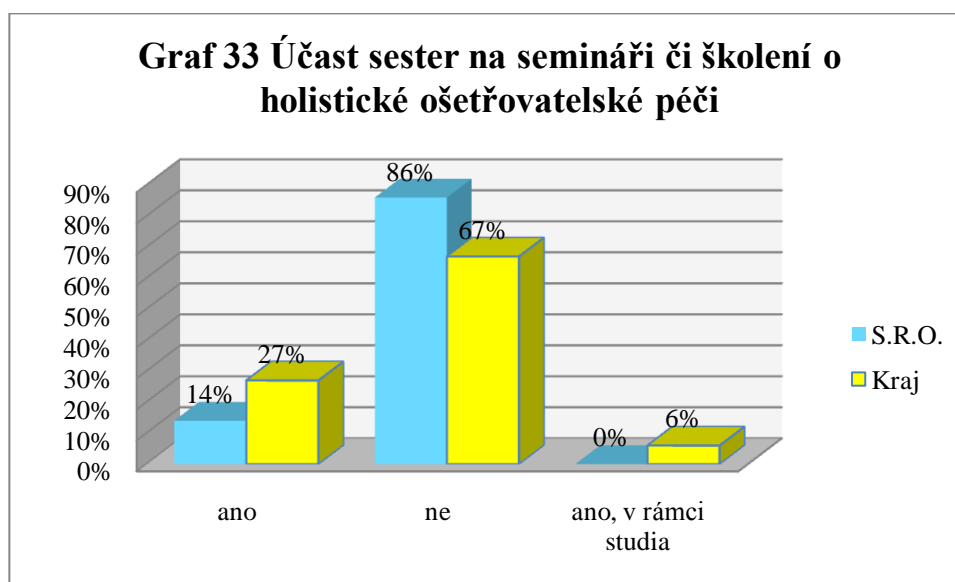
Graf informuje o tom, zda se sestry domnívají, že je možno dosáhnout zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči. 66 sester (63 %) odpovědělo kladně, 33 sester (32 %) odpovědělo záporně a 5 sester (5 %) neumělo odpovědět.

Tabulka 8 Navrhované zlepšení ošetrovatelské péče

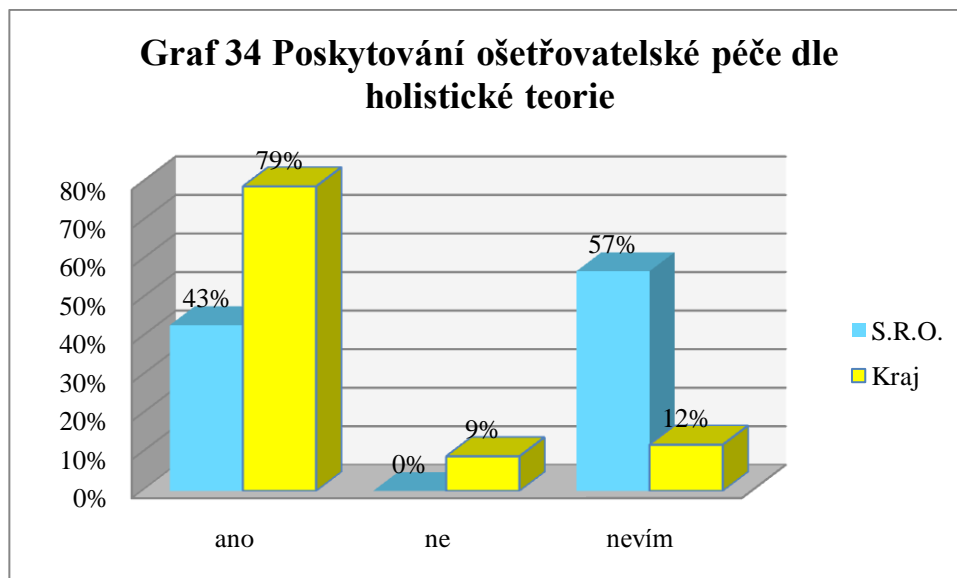
Počet	Možnosti zlepšení ošetrovatelské péče
15	více ošetrujícího personálu
7	méně administrativy
5	individuální péče
5	málo času na klienta
4	tišení bolesti
3	zajištění bezpečí
3	technika zvládnání stresu
3	bazální stimulace
2	lidský kvalitní přístup
1	spolupráce s rodinou

Tabulka informuje, o příkladech, jak by se podle sester mohl zkvalitnit holistický přístup v ošetrovatelské péči. 15 sester napsalo více ošetrujícího personálu, 7 sester méně administrativy, 5 sester individuální péči a málo času na klienta, 4 sestry tišení bolesti, 3 sestry zajištění bezpečí, technika zvládnání stresu a bazální stimulace, 2 sestry postrádají lidský kvalitní přístup a 1 sestra spolupráci s rodinou.

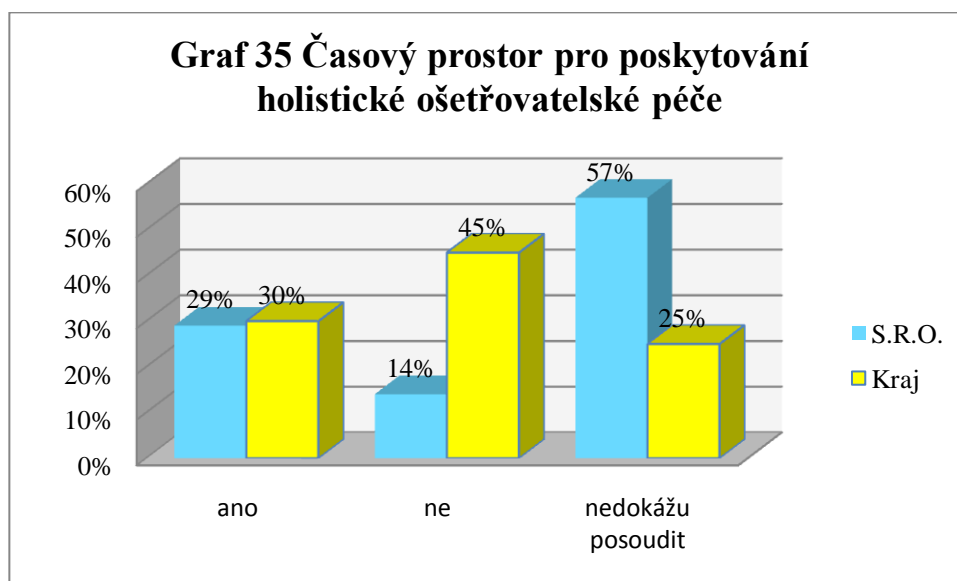
4.2 Porovnání odpovědí sester z krajských zařízení a zařízení s.r.o.



Graf porovnává účast sester na semináři či školení o holistické ošetrovatelské péči. Porovnává účast sester pracujících v zařízeních s.r.o. a krajských zařízeních. Z výsledků vyplývá, že sestry pracující v krajských zařízeních se zúčastnily více školení tohoto typu.

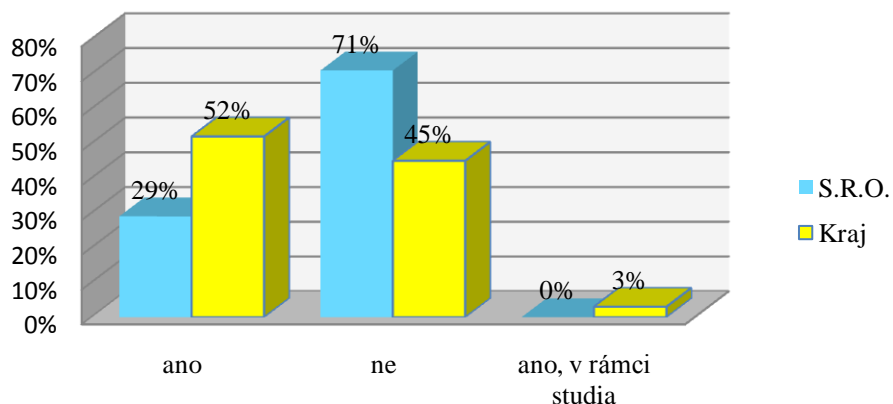


Graf porovnáva výsledky poskytování ošetrovatelské péče dle holistické teorie u sester pracujících v zařízeních s.r.o. a v krajských zařízeních. Sestry pracující v krajských zařízeních se častěji domnívají, že poskytují ošetrovatelskou holistickou péči dle holistické teorie (79 %), než sestry pracující v zařízeních s.r.o. (43 %).



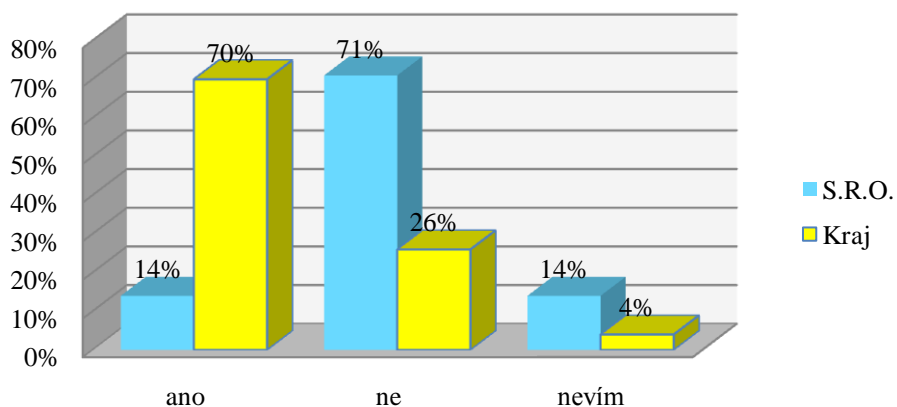
Graf porovnáva časový prostor pro poskytování holistické ošetrovatelské péče u sester pracujících v zařízeních s.r.o. a sester pracujících v krajských úřadech. Sestry pracující v krajských zařízeních se častěji domnívají, že nemají časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče (45 %), oproti sestřám pracujícím v zařízeních s.r.o. (14 %).

Graf 36 Absolvování kurzu, jak komunikovat s osobami se zdravotním postižením



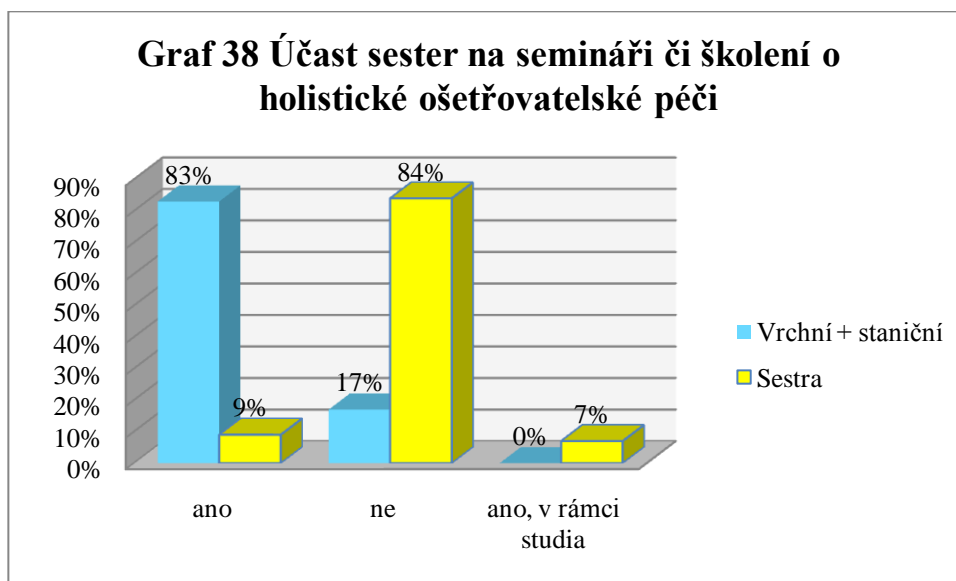
Graf porovnává absolvování kurzu, jak komunikovat s osobami se zdravotním postižením u sester pracujících v zařízeních s.r.o. a sester pracujících v krajských zařízeních. Z výsledků je vidět, že sestry pracující v krajských zařízeních absolvovaly tento kurz ve více případech (52 %), než sestry, které pracují v zařízeních s.r.o. (29 %).

Graf 37 Potřeba zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči

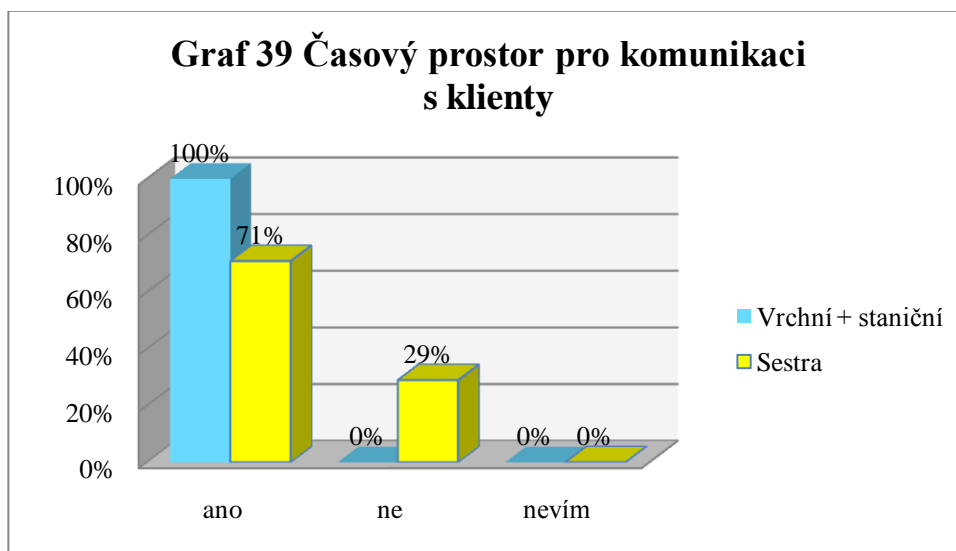


Graf porovnává potřebu zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči u sester pracujících v zařízeních s.r.o. a sester pracujících v krajských zařízeních. Sestry pracující v krajských zařízeních se domnívají častěji, že je potřeba zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči (70 %), oproti sestřám pracujících v zařízeních s.r.o. (14 %).

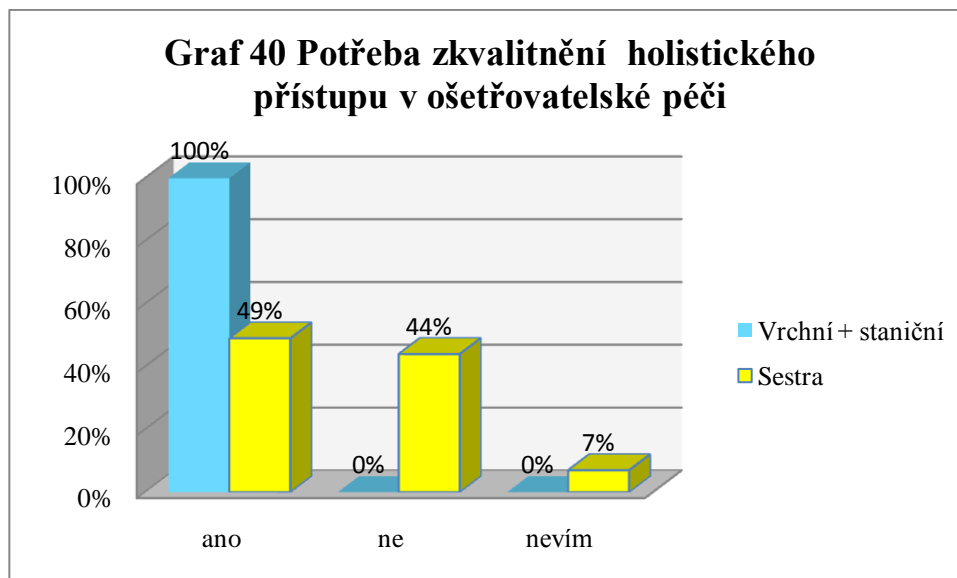
4.3 Porovnání odpovědí vrchních a staničních sester oproti sestřám ze směnného provozu



Graf porovnává účast sester na semináři či školení o holistické ošetrovatelské péči u vrchních a staničních sester a u sester pracujících v přímé péči o klienty. Vrchní a staniční sestry se zúčastnily semináře či školení o holistické ošetrovatelské péči ve větší míře (83 %), než sestry pracující v přímé péči o klienty (9 %).



Graf porovnává časový prostor pro komunikaci s klienty u vrchních a staničních sester a u sester pracujících v přímé péči o klienty. Vrchní a staniční sestry si více myslí, že mají větší časový prostor pro komunikaci s klienty (100 %), než sestry pracující v přímé péči o klienty (71 %).



Graf porovnává potřeby zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči u vrchních a staničních sester a u sester pracujících v přímé péči o klienty. Vrchní a staniční sestry se častěji domnívají, že je potřeba zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči (100 %), než sestry pracující v přímé péči o klienty (49 %).

4.4 Pozorování

1. respondent-17 let-hmotnost 54 kg

Pobyt v zařízení od roku 1997

Dg. Středně těžká mentální retardace na podkladě DMO, Hypertonický syndrom.

Sekundární autismus, sekundární epilepsie.

Výživa	je zajištěna a podávána pravidelně, všechna strava je mixovaná, sestry při podávání stravy jsou vstřícné a snaží se komunikovat. Péče o hydrataci je aktivní. Podávají pití každých půl hodiny až hodinu.
Hygiena	je zajišťována pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	usíná delší dobu, ale jinak je spánek klidný. Sestry při ukládání komunikují s respondentem klidně.
Potřeba fyzického kontaktu	sestry mají s respondentem fyzický kontakt, vždy při zajišťování fyzických potřeb, občas klienta pohladily a podržely za ruku.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	neshledány, v dřívější době prý ano.
Potřeba jistoty a bezpečí	několikrát shledáno, že respondenta sestra při poskytování ošetrovatelské péče pohladí za ruku. Když sestra přijde k lůžku, tak klienta informuje o následující ošetrovatelské činnosti.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	sestry často chodí za klientem a promlouvají na něho, klient neustále slyší komunikaci sester k ostatním dětem. Na pokoji sestry zapínají dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	sestry mluví na klienta vlídně, říkají mu „ty jsi náš.....“. Nahrazují mu jeho nejbližší. Nikdo z rodiny za ním nechodí.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	klient nekomunikuje, neprojevuje emoce.

2. respondent-11let-hmotnost 21 kg

Pobyt v zařízení od roku 2005

Dg. Těžká až hluboká mentální retardace, na bázi DMO, epilepsie-kompenzována

Výživa	krmen mixovanou stravou po lžičce, pravidelně. Sestry při podávání stravy jsou vstřícné a snaží se komunikovat. Péče o hydrataci je aktivní. Podávají pití každých půl hodiny až hodinu.
Hygiena	hygienické návyky nejsou vytvořeny, čistotu neudrží, je plně inkontinentní. Sestry ji zajišťují pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	trvale ležící, plně odkázaný na celodenní ošetrovatelskou péči a kontrolu. I přesto večer usíná klidně, přes den nespí.
Potřeba fyzického kontaktu	jemná motorika nevytvořena. Předměty téměř nebere do rukou, pouze do nich strká. Sestry mají s respondentem fyzický kontakt, vždy při zajišťování fyzických potřeb.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	sestry se snaží o rozvoj motoriky, o podněty pro další rozvoj psychiky, o zabránění stagnace vývoje psychiky. Rehabilitace probíhá pasivně, cvičení se nebrání.
Potřeba jistoty a bezpečí	do výchovné jednotky je zapojitelný, ale jen na omezeně krátkou dobu. Sestry se snaží klienta informovat o následující ošetrovatelské činnosti.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	stavy efektivní lability. Sestry často chodí za klientem a promlouvají na něho. Na pokoji sestry zapínají dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	není orientovaný časem, místem ani osobou. Sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	sestry se snaží poskytovat ošetrovatelskou péči s láskou, za klientem chodí pravidelně jeho matka.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	řeč nevytvořena, jen neartikulované zvuky, hlasitý smích.

3. respondent -12 let-hmotnost 32 kg

Pobyt v zařízení 3 měsíce, do té doby byl v pěstounské péči

Dg. M. Down, středně těžká mentální retardace

Výživa	ve stravování je soběstačný, sám se nají, jen pomaleji.
Hygiena	sestry pomáhají se zajištěním hygieny a s výběrem oblečení.
Spánek	usíná sám, klidně.
Potřeba fyzického kontaktu	v zařízení se adaptoval rychle. Snadno a rychle se seznámil s ostatními klienty. Sestry si také oblíbil, nahrazují mu rodinu.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	yní chodí do 5. ročníku RHB třídy. Do školy chodí rád. Zaměřuje se na artikulační cvičení, rozlišuje barvy, tvary a čísla. Se zájmem zpívá, cvičí, sleduje pohádky v TV, prohlíží si obrázkové knihy.
Potřeba jistoty a bezpečí	vnímá častou péči ze strany sester. Vždy, když přijde, tak si na něj sestry udělají čas.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	je stále ve společnosti ostatních klientů a často ve společnosti sester.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	občas sestry klienta k sobě přitulí a pohladí. Když jdou na vycházku, tak ho sestra drží za ruku. Před spaním ho sestry pohladí po čele, některé mu dají pusu na tvář či čelo.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	na oslovení a zavolání reaguje, je ukázněný. Odpovídá pár slovy. Je mu hůře rozumět. Ví, že může kdykoliv za sestrami přijít.

4. respondent -17 let-hmotnost 25 kg

Pobyt v zařízení 14 let

Dg. Hluboká mentální retardace, těžkého stupně na bázi VVV mozku, epilepsie, zraková vada

Výživa	krmen mixovanou stravou, sní větší množství i ze lžičky. Láhev se stravou si drží sám. Preferuje sladká jídla, tvaroh, lipánky.
Hygiena	je zajišťována pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	usíná a spí klidně.
Potřeba fyzického kontaktu	sestry při zajišťování fyzických potřeb, občas klienta pohladily a podržely za ruku.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	na RHB reaguje křikem, nemá žádné návyky.
Potřeba jistoty a bezpečí	když sestra přijde k lůžku, tak klienta informuje o následující ošetrovatelské činnosti, občas klienta sestry pohladí.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	bydlel 3 roky s rodiči, než se jim narodila dcera, sestra Jakuba. Často je ve společnosti ostatních klientů a sester.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	rodiče ho nenavštěvují, sestry s ním vstřícně komunikují a často ho pohladí.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	klient nekomunikuje.

5. respondentka -věk 17 let-hmotnost 30 kg

Pobyt v zařízení je 15 let.

Dg. DMO-hypotonická forma, těžká psychomotorická retardace

Výživa	krmena lžící, napije se sama z hrnku.
Hygiena	hygienické návyky nevytvořeny, péče o hygienu a vyprazdňování zajišťují sestry.
Spánek	usíná při puštěných dětských písničkách, usíná delší dobu.
Potřeba fyzického kontaktu	chůze je samostatná, ale raději je vedena za ruku. Chůze se zhorší v neznámém prostředí. Nenaváže oční kontakt.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	projevy strachu, nechce se zapojovat do kolektivní činnosti.
Potřeba jistoty a bezpečí	vyžaduje individuální přístup, nekomunikuje, nenavazuje vztahy.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	vyžaduje samotu.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	úzkostná při jakékoliv změně, často jí sestry hladí a drží za ruku.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	nekomunikuje, poslouchá.

6. respondent-17 let-hmotnost 32 kg

Pobyt v zařízení je 13 let

Dg. Morbus Down, hluboká mentální retardace na bázi M. Down

Výživa	krmen mixovanou stravou s lahve, kterou si sám drží.
Hygiena	je plně inkontinentní, hygiena je zajišťována pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	usíná delší dobu, ale jinak je spánek klidný.
Potřeba fyzického kontaktu	sestry mají s respondentem fyzický kontakt, vždy při zajišťování fyzických potřeb, občas klienta pohladily a podržely za ruku.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	o hračky nemá zájem, odhazuje je po celé místnosti. Nejraději má ručník, který olizuje. Zabavuje se prohlížením rukou. Z RHB preferuje vodní procedury.
Potřeba jistoty a bezpečí	Ujde sám i několik kroků, jinak chodí s chodítkem. Sestry mu zajišťují jistotu i bezpečí.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	sestry často chodí za klientem a promlouvají na něho. Pouští mu dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	sestry se snaží klientovi lásku nahrazovat, udělají si čas na pohlazení.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	klient nekomunikuje.

7. respondent-13let-hmotnost 25 kg

Pobyt v zařízení od roku 2003

Dg. Těžká až hluboká mentální retardace, na bázi DMO, epilepsie-kompenzována

Výživa	krmen mixovanou stravou po lžičce, Sestry při podávání stravy jsou vstřícné a snaží se s klientem komunikovat. Péče o hydrataci je aktivní. Podávají pití každých půl hodiny až hodinu.
Hygiena	hygienické návyky nejsou vytvořeny, čistotu neudrží, je plně inkontinentní. Sestry ji zajišťují pravidelně a při každé potřebě, což je vždy při znečištění. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	trvale ležící, plně odkázaný na celodenní ošetrovatelskou péči a kontrolu. I přesto večer usíná klidně, přes den poklimbává.
Potřeba fyzického kontaktu	jemná motorika nevytvořena. Předměty téměř nebere do rukou. Sestry mají s respondentem fyzický kontakt, vždy při zajišťování fyzických potřeb.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	sestry se u klienta snaží o rozvoj motoriky, o podněty pro další rozvoj psychiky, o zabránění stagnace vývoje psychiky. Rehabilitace probíhá jen pasivně, cvičení se nebrání.
Potřeba jistoty a bezpečí	sestry se u klienta snaží zajistit potřebu jistoty a bezpečí, mluví na něho, drží ho často za ruku.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	na pokoji sestry zapínají dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	není orientovaný časem, místem ani osobou. Sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	sestry se snaží poskytovat ošetrovatelskou péči s láskou, za klientem chodí pravidelně jeho matka.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	řeč nevytvořena, jen neartikulované zvuky.

8. respondent -11 let-hmotnost 26 kg

Pobyt v zařízení 10 let

Dg. Hluboká mentální retardace, těžkého stupně na bázi VVV mozku, epilepsie, zraková vada

Výživa	krmen mixovanou stravou. Láhev se stravou si drží sám. Má raději sladší pokrmy.
Hygiena	je zajišťována pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	usíná a spí klidně. Přes den nespí.
Potřeba fyzického kontaktu	sestry občas klienta pohladily a podržely za ruku.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	na RHB reaguje nespokojeností, nemá žádné návyky.
Potřeba jistoty a bezpečí	sestra na klienta při poskytování ošetrovatelské péče mluví.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	převážně je v přítomnosti ostatních klientů a sester. Sestry mu často pouští dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	rodiče ho nenavštěvují, sestry s ním vstřícně komunikují a často ho pohladí.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	klient nekomunikuje.

9. respondentka – věk 15 let-hmotnost 30 kg

Pobyt v zařízení je 11 let.

Dg. DMO-hypotonická forma, těžká psychomotorická retardace

Výživa	krmena lžící, napije se sama z hrnku. Sestry péči o výživu a hydrataci zajišťují pravidelně.
Hygiena	hygienické návyky nevytvořeny, péče o hygienu a vyprazdňování zajišťují sestry. Plně inkontinentní.
Spánek	usíná při puštěných dětských písničkách.
Potřeba fyzického kontaktu	chůze je samostatná, ale raději s chodítkem.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	nechce se zapojovat do kolektivní činnosti.
Potřeba jistoty a bezpečí	projevy nejistoty a strachu, vyžaduje individuální přístup, nekomunikuje, nenavazuje vztahy.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	sestry jí často pouští dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	úzkostná při jakékoliv změně, často jí sestry hladí a drží za ruku.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	nekomunikuje, poslouchá.

10. respondent-13 let-hmotnost 30 kg

Pobyt v zařízení je 10 let

Dg. Morbus Down, hluboká mentální retardace na bázi M. Down

Výživa	krmen mixovanou stravou s lahve, kterou si sám drží.
Hygiena	je plně inkontinentní, hygiena je zajišťována pravidelně, ráno a večer. A při každé potřebě, což je vždy při péči o vyprazdňování. Aktivně pečují o prevenci opruzenin a dekubitů.
Spánek	usíná klidně a spí také klidně.
Potřeba fyzického kontaktu	při každé ošetrovatelské činnosti mají sestry s klientem fyzický kontakt, často klienta pohladily a podržely za ruku.
Potřeba uspokojování rozvoje osobnosti	o hračky nejeví zájem. Rád poslouchá.
Potřeba jistoty a bezpečí	Ujde sám i několik kroků, jinak chodí s chodítkem. Sestry mu zajišťují jistotu i bezpečí.
Potřeba absence strachu z opuštěnosti	sestry často chodí za klientem a promlouvají na něho. Pouští mu dětské písničky na přehrávači.
Potřeba orientačních bodů v denním pořádku	sestry dodržují denní harmonogram.
Potřeba lásky	klienta pravidelně navštěvuje babička. Sestry se k němu chovají vstřícně a s láskou.
Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut	klient nekomunikuje.

5. DISKUSE

Cílem ošetrovatelské péče je udržet člověka co nejdéle soběstačného, zlepšit jeho kvalitu života, zajistit jeho směr nebo životní program v jeho psychických i sociálních aktivitách. Tato práce šetří, zda sestry poskytují holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních (18).

Z dotazníků bylo zjištěno, že sestry pracující u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních mají největší věkové zastoupení v kategorii 36-45 let (36 %) a na druhém místě je věková kategorie 46-55 let (31 %). Z šetření vyplynulo, že nejnižší věkové zastoupení je u sester ve věku do 25 let (3 %). Což může vyplývat z náročnosti a neatraktivnosti práce.

U zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních je nejvíce sester, které mají praxi v oboru 21 let a více (48 %). Skoro totožné výsledky mělo i šetření, jak dlouho sestry pracují přímo ve zdravotně sociálních službách. Nejvíce sester odpovědělo, že ve zdravotně sociálních službách pracují v kategorii od 11 do 20 let (42 %). Tyto výsledky jsou zcela pochopitelné vzhledem k fyzické a psychické zátěži vyplývající ze sesterského povolání. Je důležité, aby sestry měly určité zkušenosti. Sestry pracující u zdravotně postižených dětí patří k nejohroženějším skupinám, pokud jde o syndrom vyhoření. Ten je charakteristický podrážděností, nespokojeností, depresí, ztrátou motivace, cynismem, klesáním tolerance a celou řadou dalších projevů (32).

Překvapily mě výsledky o nejvyšším dosaženém vzdělání sester. Ze 104 sester uvedly 4 sestry (4 %) vysokoškolské vzdělání bakalářského typu. 6 sester (6 %) označilo vyšší odborné vzdělání a žádná ze sester neuvedla magisterské vzdělání. Jiné vzdělání uvedla jedna sestra (1 %). Tyto výsledky ukázaly, že vysokoškolské vzdělání u sester je stále ojedinělé v porovnání se středoškolským vzděláním (89 %).

O něco více sester absolvovalo pomaturitní specializační studium. Z dotazovaných sester uvedlo, že má pomaturitní specializační studium 15 sester (14 %). 3 sestry uvedly specializaci v dětské psychiatrii, 2 sestry pedagogickou psychologii, 2 sestry ARIP, RHB a pediatrii. Specializaci v organizaci řízení, ve fyzioterapii, geriatrii a zdravotním obvodu uvedla vždy jedna sestra.

V dotazníku o registraci sester, jen 2 sestry (2 %) odpověděly, že nemají registraci. A to z důvodu nesplněné požadované praxe pro platnou registraci.

Důležitým údajem dotazovaných jsou informace o pracovní pozici sester. 69 dotazovaných sester (66 %) pracuje ve směnném provozu, 14 sester (14 %) z dotazovaných je na pozici staniční sestry, 10 sester (9 %) je ve funkci vrchní sestry, 7 sester (7 %) uvedlo jinou pozici a 4 sestry (4 %) napsaly, že pracují v ambulanci. Některé zajímavé výsledky od sester manažerek a sester v přímé péči byly porovnány.

Zajímavým výsledkem je informace o zřizovateli zdravotně sociálních služeb, ve kterých pracují dotazované sestry. Většina sester odpověděla, že jejich zřizovatelem je krajský úřad. 8 sester (8 %) uvedlo, že jejich zřizovatelem je společnost s ručením omezeným. V předvýzkumu jsem zjistila, že ostatní zařízení s jinými zřizovateli sice existují, ale zaměstnávají málo sester a ještě ne na pozici sestry. Sestry v těchto zařízeních pracují na pozicích pečovatelek a sociálních pracovníků v přímé obslužné péči. Z tohoto důvodu nebylo možné ověřit platnost hypotézy H 2: Holisticky přistupují sestry ke zdravotně postiženým dětem více v neziskových, než v zařízeních zřizovaných státem. V průběhu šetření byly stanoveny dvě nové hypotézy H 3: Holisticky přistupují sestry ke zdravotně postiženým dětem více v krajských zařízeních, než v zařízeních s.r.o. a hypotéza H 4: Holisticky přistupují ke zdravotně postiženým dětem více sestry manažerky, než sestry pracující v přímé péči o klienty.

Při ověřování hypotéz H3 a H4 byl zkoumaný vzorek 104 sester rozdělen na dvě nestejně velké části. Menší množství odpovědí ve zkoumaném vzorku může být zdrojem statistické chyby.

Překvapivými výsledky jsou informace o účasti sester na semináři či školení o holistické ošetrovatelské péči. 73 sester (70 %) se nezúčastnilo žádného semináře, což se domnívám, že ze 104 dotázaných je situace k zamyšlení. Je paradoxní, že na otázku, zda sestry poskytují ošetrovatelskou péči dle holistické teorie, jich 78 (76 %) odpovědělo kladně, 18 sester (16 %) neumělo odpovědět a 8 sester (8 %) odpovědělo, že neposkytují ošetrovatelskou péči dle holistické teorie. Při osobním pozorování sester jsem zjistila a mohu potvrdit, že sestry zajišťují ošetrovatelskou péči dle holistické teorie. Sestry sledují a zajišťují u klientů jejich vyšší potřeby, zvláště pak pocit bezpečí, jistoty a lásky. Toto šetření potvrzuje hypotézu H 1: Ve zdravotně sociálních zařízeních, u zdravotně postižených dětí jsou potřeby uspokojovány z hlediska holistické teorie. Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči, pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost.

Při vyhodnocování odpovědí, zda se častěji zúčastnily tohoto školení sestry pracující v zařízeních s.r.o., či sestry pracující v krajských zařízeních, vyplynulo z výsledků, že se častěji školení zúčastnily sestry pracující v krajských zařízeních. Ještě více rozdílné byly výsledky, kde se v této problematice porovnávaly sestry manažerky a sestry pracující v přímé péči. Sestry manažerky se tohoto školení zúčastnily v 83 % a sestry pracující v přímé péči jen v 9 %.

Při studiu prací s podobnou problematikou byla nalezena práce, kdy se šetřil holistický přístup ke klientům v nefrologické ambulanci. Ze závěrů této práce vyplynulo, že je o klienty pečováno holisticky a byl zde také kladen důraz na uspokojování bio-psychosociálních potřeb klientů. Jelikož jde o šetření před několika lety, je vidět, že je tato problematika stále sledována a v ošetrovatelské péči diskutována (39).

V grafu č. 11 sestry odpovídají, zda se domnívají, že mají dostatek časového prostoru pro poskytování holistické ošetrovatelské péče. 44 sester (42 %) se domnívá, že nemají dostatek času, 31 sester (30 %) odpovědělo kladně a 29 sester (28 %) nedokáže posoudit danou otázku. Při porovnání sester pracujících v zařízeních s.r.o. a krajských zařízeních sestry pracující v krajských zařízeních odpovídají častěji, že nemají časový prostor pro poskytování ošetrovatelské péče (45 %), oproti sestrám pracujících v zařízeních s.r.o. (14 %).

V otázce, jaké potřeby sestry u klientů upřednostňují, 90 sester odpovědělo, že upřednostňuje fyziologické potřeby, 53 sester psychické potřeby, 31 sester sociální potřeby, 4 sestry upřednostňují kulturní potřeby, 3 sestry uvedly estetické potřeby a jen jedna sestra uvedla spirituální potřeby. Některé sestry uvedly, že upřednostňují 2-3 potřeby z výše uvedených. Při pozorování sester jsem zjistila, že sice většina sester odpověděla, že upřednostňuje fyziologické potřeby, ale nikdy nezapomněly na zajištění potřeb psychických a sociálních. Potřeby jsou důležité, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života (44).

Při šetření, zda sestry upřednostňují psychosociální potřeby klientů, se 63 sester (61 %) domnívá, že psychosociální potřeby klienta neupřednostňuje a 21 sester (20 %) nedokázalo posoudit, zda upřednostňuje psychosociální potřeby. Nejvíce sester uvedlo, že zajišťují individuální přístup, soukromí, klid a spokojenost klienta. Vždy jedna sestra uvedla, že zajišťuje zázemí, jedinečný přístup, začlenění do společnosti a seberealizace

klientů. V této otázce mělo odpovědět 20 sester a odpovědělo jen 11 sester. Při pozorování byla zjištěna milá a vstřícná komunikace s klienty a při každé možné příležitosti snaha klienta pohladit. Pacientova důvěra v ošetrovatelský tým se buduje na základě verbální a neverbální komunikace. Zvládnutí komunikačních technik je nezbytné, pokud chceme přistupovat k pacientům holisticky (23, 29, 50).

Opačné výsledky jsou v upřednostňování biologických potřeb. 66 sester (64 %) upřednostňuje v ošetrovatelské péči biologické potřeby. Z toho 18 sester uvedlo péči o hygienu, 17 sester péči o výživu, 5 sester péči o spánek a odpočinek, 4 sestry napsaly, že upřednostňují péči o základní biologické potřeby, 4 sestry péči o vyprazdňování, 4 sestry komplexní péči a 2 sestry upřednostňují péči o zdravotní stav. 12 sester neuvedlo, jaké upřednostňují biologické potřeby. Při pozorování byly tyto údaje potvrzeny. Povinnost sester spočívá v převzetí role zabezpečení fyziologických potřeb tak, aby děti se zdravotním postižením netrpěly nedostatkem ve výživě a hydrataci (44).

Následující otázky se týkají komunikace. Komunikace patří mezi jednu z nejvýznamnějších dimenzí v ošetrovatelství. Vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem musí být založen na optimální důvěře. Handicapovaní pacienti bývají často považováni za méněcenné partnery pro komunikaci, ostatní lidé s nimi komunikují mnohem méně, ne příliš ochotně a pouze na velmi omezený čas. Při komunikaci s handicapovaným pacientem se sestry musí zorientovat jakým způsobem vést komunikaci. Při šetření, zda sestry absolvovaly kurz, jak komunikovat s osobami se zdravotním postižením 52 sester (50 %) odpovědělo, že se kurzu zúčastnily, 50 sester (48 %) napsalo, že se kurzu nezúčastnily a 2 sestry (2 %) se zúčastnily tohoto kurzu v rámci studia. Z porovnání sester pracujících v zařízeních s.r.o. (29 %) a krajských zařízeních (52 %) vyplývá, že se častěji zúčastnily sestry pracující v krajských zařízeních.

Při šetření, jak sestry vnímají dostatečný časový prostor pro komunikaci s klienty, 81 sester (78 %) odpovědělo, že mají dostatek času pro komunikaci s klienty. 23 sester (22 %) se domnívá, že nemají dostatek času pro komunikaci s klienty. Výsledky, kde byly porovnávány sestry manažerky a sestry pracující v přímé péči o klienta, ukazují, že více sester manažerek si myslí, že mají časový prostor pro komunikaci s klienty (100 %), než sestry pracující v přímé péči (71 %).

Překvapivě 103 sester (99 %) odpovědělo, že věnují dostatek pozornosti klientům

při komunikaci. A jen jedna sestra odpověděla záporně. Tyto výsledky tvrzení se prokázaly při pozorování. Sestry často komunikovaly s klienty, často se snažily mluvit na klienty a příležitostně je držely za ruku a hladily (23,29).

Člověk, zvláště nemocné dítě se během dne může ocitnout v náročných situacích, které jej zatěžují. Pokud nemá dostatek energie adaptovat se na negativní vlivy, narušují jeho rovnováhu, vyvolávají u něho napětí a strach. V těchto situacích se mění prožívání a chování jedince (11). V šetření, zda sestry soustředí pozornost na změnu chování klientů, 101 sester (97 %) odpovědělo kladně a 3 sestry (3 %) odpověděly záporně. 17 sester se soustředí na rozhovor, 10 sester se snaží klienty povzbuzovat, 8 sester se věnuje pozorování klientů při změnách jejich chování, 8 sester upřednostňuje individuální péči, 8 sester se snaží změnit prostředí klientům, 8 sester zjišťuje příčinu změny chování u klientů, 7 sester tuto situaci řeší bazální stimulací, 6 sester odvedením pozornosti, 5 sester poslechem hudby, 3 sestry zajistí změnu v ošetrovatelské péči. Ostatní sestry klientům naslouchají, zaměstnávají je zájmovou činností, snaží se být ke klientům empatické, zajistí jim soukromí, zaměstnávají je zpíváním, hračkou nebo televizí a jedna sestra odpověděla, že se snaží si získat jejich důvěru.

Před výzkumem bylo rozhovorem u sester manažerek zjištěno, že v zařízeních pro děti se zdravotním postižením mají vypracovány standardy pro ošetrovatelskou péči i sociální standardy. Standardy jsou opěrným bodem plánování, realizaci a prověřování kvality služeb. Jsou schválenými kritérii kvality i kvantity. Jejich význam je v rámci výsledku své aplikace. Bylo zjišťováno, zda jsou sestry informovány o zpracování standardů v jejich zařízení. 103 sester (99 %) odpovědělo, že jsou informovány o zpracování standardů v jejich zařízení. 1 sestra (1 %) odpověděla, že neví, zda mají zpracovány standardy ve svém zařízení. Dá se předpokládat, že sestra v zařízení pracuje krátkou dobu.

V šetření, zda jsou sestry seznámeny s obsahem standardů kvality poskytovaných služeb, 88 sester (84 %) odpovědělo ano. 13 sester (13 %) z dotazovaných se dokonce podílelo na tvorbě standardů kvality poskytovaných služeb a 3 sestry (3 %) nejsou seznámeny s obsahem standardů. Jako důvod uvedly, že standardy nejsou vytvořeny a tudíž nejsou k dispozici. V předchozí otázce 103 sester (99 %) odpovědělo, že jsou informovány o zpracování standardů v jejich zařízení. Jen 1 sestra (1 %) odpověděla, že neví, zda jsou v jejich zařízení zpracovány standardy. A v této otázce 3 sestry (3 %)

odpověděly, že nejsou seznámeny s těmito standardy. Což vypovídá o tom, že 2 sestry neodpověděly správně. V následujících šetřeních bylo zjištěno, že standardy kvality poskytovaných služeb se řídí 101 sester (97 %), opakem tohoto šetření je, že 11 sester (11 %) se domnívá, že standardy kvality poskytovaných služeb nejsou v zařízeních nutné.

Na co konkrétně by tyto standardy měly být zaměřeny. 10 sester odpovědělo, že by měly být zaměřeny na kvalitu péče, 6 sester si myslí, že na každodenní poskytující péči, 3 sestry se domnívají, že by měly být zaměřeny na dostatek personálu, 3 sestry uvedly práva klientů, 2 sestry náplň pro dané zařízení a další 2 sestry přístup ke klientům. Jedna sestra se domnívá, že by standardy měly být na zdokonalování podvědomí, další sestra na zdokonalování zařízení a poslední z odpovědí byla, že by standardy kvality poskytovaných služeb měly pomoci při vztazích mezi klienty a personálem, mezi samotným personálem a samotnými klienty (27).

Ošetrovatelský proces je sled ošetrovatelských postupů, vedoucích k uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb nemocného. Vychází z poznání nemocného. 102 sester (98 %) v dotazníku odpovědělo, že ošetrovatelský proces ve svém zařízení používají. 2 sestry (2 %) nedokázaly odpovědět a žádná sestra neodpověděla záporně. V otázce, zda má každý klient svého klíčového pracovníka, který s klienty sestavuje individuální ošetrovatelský plán, všechny dotazované sestry odpověděly kladně. 97 sester (93 %) odpovědělo, že ošetrovatelský plán u jednotlivých klientů průběžně aktualizují a doplňují. Ošetrovatelský plán by měl zahrnovat priority a předepsané intervence vztahující se k dosažení očekávaných výsledků. Předepsané ošetrovatelské intervence by měly umožnit aktivní účast pacienta na ošetřování, jsou zaměřeny na zlepšování, udržování či navrácení optimálního zdravotního stavu. Pokroky nemocného v dosahování optimálního zdravotního stavu jsou určovány pacientem a sestrou společně (44).

V otázce, z jakého důvodu sestry mění ošetrovatelský plán u klientů, 35 sester odpovědělo, že na základě potřeb, 22 sester mění ošetrovatelský plán dle aktuálního stavu klientů, 4 sestry na základě fyzických a psychických změn, 3 sestry po dosažení cílů, 2 sestry dle výsledků a jedna sestra mění ošetrovatelský plán na přání klienta. Na tuto otázku využilo možnost odpovědět jen 67 sester (64 %).

Při šetření, zda by se holistický přístup v ošetrovatelské péči mohl zkvalitnit,

66 sester (63 %) odpovědělo, že by se mohl zkvalitnit holistický přístup v ošetrovatelské péči, 33 sester (32 %) se domnívá, že nemohl a 5 sester (5 %) nedokázalo odpovědět. Z toho 15 sester napsalo, že by se mohl zkvalitnit, kdyby bylo více ošetrojícího personálu, 7 sester by uvítalo méně administrativy, 5 sester individuální péči, 5 sester uvedlo, že by potřebovaly více času na klienta, 4 sestry by zdokonalily tišení bolestí, 3 sestry zajištění bezpečí, 3 sestry vidí zlepšení ošetrovatelské péče v technice zvládání stresu, další 3 sestry v bazální stimulaci, 2 sestry v lidském kvalitním přístupu a jedna sestra by viděla zlepšení ošetrovatelské péče ve spolupráci s rodinou. V této problematice byly porovnávány sestry pracující v zařízeních s.r.o. a krajských zařízeních. Sestry pracující v krajských zařízeních uvádějí častěji, že je potřeba zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči (70 %), oproti sestřím pracujících v zařízeních s.r.o. (14 %). Tímto šetřením byla potvrzena hypotéza H 3: Holisticky přistupují sestry ke zdravotně postiženým dětem více v krajských zařízeních, než v zařízeních s.r.o. Zajímavé výsledky byly i při porovnání sester manažerek a sester v přímé péči. Sestry manažerky odpovídají častěji, že je potřeba zkvalitnění holistického přístupu v ošetrovatelské péči (100 %), než sestry pracující v přímé péči o klienty (49 %). Tímto šetřením byla potvrzena hypotéza H 4: Holisticky přistupují ke zdravotně postiženým dětem více sestry manažerky, než sestry pracující v přímé péči o klienty.

Definovat kvalitní ošetrovatelskou péči není jednoduché. Je to způsobeno rozdílným vnímáním její kvality pacientem, rodinou, sestrou, jejími spolupracovníky, ale i širokou veřejností. Východiskem při určování kvality by měla být spokojenost pacienta (11). Tímto šetřením byl splněn cíl práce: Zjistit, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních z hlediska holistického přístupu.

6. ZÁVĚR

Cíl kvalitní ošetrovatelské péče je podmíněn kvalitní ošetrovatelskou praxí a jejím místem v celkovém systému péče. Definovat kvalitní ošetrovatelskou péči není jednoduché. Pohled na kvalitu ošetrovatelské péče ovlivňují vědomosti, hodnoty, kultura, sociální prostředí a množství jiných faktorů, do kterých patří věk, pohlaví, vzdělání, předcházející zkušenosti a očekávání. Tato práce se zabývá holistickým přístupem při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních. Ošetrovatelská péče by měla vycházet z moudrosti, lásky a pomoci.

Šetření se zúčastnilo 104 sester ze 145 oslovených, pracujících ve zdravotně sociálních službách. V diplomové práci bylo zkoumáno, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních z hlediska holistického přístupu.

Stanoveny byly dvě hypotézy. První hypotéza předpokládala, že ve zdravotně sociálních zařízeních, u zdravotně postižených dětí jsou potřeby uspokojovány z hlediska holistické teorie. Tato hypotéza byla potvrzena. Z našeho šetření vyplynulo, že sestry ovšem nejvíce upřednostňují fyziologické potřeby, následují psychické a sociální. Druhá hypotéza se měla zabývat rozdílem v přístupu sester pracujících v zařízeních neziskových organizací a v zařízeních zřizovaných státem. Tato hypotéza nebyla ověřena, neboť v oslovených neziskových organizacích, jsou zaměstnány sestry na jiných pozicích. Většinou šlo o sociální pracovníky v přímé péči.

Během šetření byly vytvořeny dvě nové hypotézy. Třetí hypotéza zjišťovala rozdíl v přístupu sester pracujících v krajských zařízeních a zařízeních s.r.o. Bylo potvrzeno, že sestry pracující v krajských zařízeních, přistupují více holisticky ke zdravotně postiženým dětem, než sestry pracující v zařízeních s.r.o. Ve čtvrté hypotéze byl porovnáván holistický přístup ke zdravotně postiženým dětem mezi sestrami manažerkami a sestrami pracujícími v přímé péči o klienty. V šetření bylo zjištěno, že sestry manažerky přistupují více holisticky ke zdravotně postiženým dětem, než sestry pracující v přímé péči o klienty.

Výstupem diplomové práce pro praxi je standard ošetrovatelské péče o dětského pacienta/klienta ve zdravotně sociálních zařízeních. O standardech v ošetrovatelství se dnes velmi často diskutuje, ale názory na důležitost a využitelnost standardů pro

ošetřovatelskou praxi jsou rozdílné. Standard je profesionálně odsouhlasená úroveň výkonu. Jde o úroveň minimální péče, která má být poskytnuta.

Život znamená změnu, proto ošetřovatelství, sestry, ani jejich role a činnosti nebudou stagnovat, pokud budou usilovat o pozitivní změny na příslušných úrovních a v příslušných oblastech.

Výsledky diplomové práce budou dále využity ke zkvalitnění holistického přístupu u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
4. BOREK, I. et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
5. CLARK, C., CH. *The holistic nursing approach, to chronic disease*. New York: Springer, 2004. 308 s. ISBN 0-8261-2504-2.
6. ČADILOVÁ, V. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vydání. Praha: Portál. 2007. 248 s. ISBN 978- 80-7367-319-2.
7. DANZER, G. *Psychosomatika*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-456-7.
8. DOSKOČIL, O. *Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu k člověku*. Kontakt, České Budějovice: ZSF JČU, 2005, čl. s 314-317, ISSN 121-4117.
9. DOSSEY, B., M. *Holistic nursing: a handbook for practice*. 5. vydání. Jones a Bartlett learning, 2008. 785 s. ISBN 13-978-0-7637-5429-7.
10. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
11. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. čes. vydání. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
12. FENDRYCHOVÁ, J., VACUŠKOVÁ, M., ZOUHAROVÁ, A. *Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 145 s. ISBN 80-7013-357-0.
13. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

14. GUIDOVÁ, H. *Problematika zajištění ošetrovatelské péče potřeb nemocných v LDN a v domácí péči z pohledu sester*, bakalářská práce, JČU ZSF České Budějovice, 2009 s. 59
15. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.
16. HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2007, 272 s. ISBN 80-247-0143-X.
17. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 4. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 165 s. ISBN 978-80-7367-283-6.
18. Holistická medicína (online) Dostupné z <http://www.volny.cz/homeopatie/holistickamedicina.htm> (cit. 2008-06-08)
19. HUDAK, C., M. *Critical care nursing: a holistic approach*. 9. vydání. Lippincott Williams a Wilkins, 2008. 1408 s. ISBN 978-07-8176-829-0.
20. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
21. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
22. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
23. JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5
24. KLÍMA, J. et al. *Pediatric*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
25. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
26. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 230 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
27. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Riton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.
28. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení speciální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. vydání. Brno: Anag, 2005. 303 s. ISBN 80-72-63-275-2.

29. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
30. LANGMAEIER, J., KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
31. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 148 s. ISBN 978-80-7262-569-7.
32. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení* 1.vyd. Praha: Grada, 2004, s. 248. ISBN 80-247-0585-0.
33. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
34. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství-I. Díl: Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
35. MATĚJ, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: HaH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
36. MUMENTHALER, M., MATTLE, H. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2001. 649s. ISBN 80-7169-545-9.
37. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
38. NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
39. NOVOTNÁ, A. *Holistický přístup ke klientům v nefrologické ambulanci* bakalářská práce, JČU ZSF České Budějovice, 2009. s. 87
40. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha:Grada a.s., 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
41. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
42. STAŇKOVÁ, Marta a kol. *České ošetrovatelství 13*. 1. vyd. Brno: NCO NZO,2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
43. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
44. TRACHTOVÁ, E. Et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

45. TROJAN, S. et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vydání. Praha: Grada a.s., 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
46. VACUŠKOVÁ, M. et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
47. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
48. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie (pro studující ZSF JU)*. 5. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
49. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. *3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007, s. 248. ISBN 978-80-7254-929-0.
50. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
51. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného sociálního zdravotnictví*. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-06.
52. WENDSCHE, P. *Poranění míchy-ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
53. WORKMAN, B, A, Clare, L, B. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada, a.s., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
54. ZACHARDOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
55. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Děti

Holismus

Komunikace

Ošetrovatelská péče

Potřeby

Standardy

Zdravotně sociální zařízení

Zdravotní postižení

9. PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník pro sestry pracující ve zdravotně sociálních zařízeních.

Vážené kolegyně, jsem studentkou 2. ročníku kombinovaného magisterského studia, oboru ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. V mém případě jde o modul pediatrie. Studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Připravuji diplomovou práci na téma: "**Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních**".

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity ke zpracování mé diplomové práce. U každé otázky prosím zakroužkujte jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Bc. Hana Guidová

1. Váš věk

- a) do 25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více let

2. Jaká je Vaše celková praxe sestry?

- a) 0-1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-20 let
- e) 21 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší zdravotnická škola
- c) VŠ-bakalářské studium
- d) VŠ-magisterské studium
- e) jiné

4. Absolvovala jste specializační studium?

- a) ne
- b) ano, uveďte prosím které

.....

5. Jste registrovaná sestra?

- a) ano
- b) ne, důvod.....

6. Jak dlouho pracujete ve zdravotně sociálních službách?

- a) 0-3 let
- b) 4-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-20 let
- e) 21 a více let

7. Jste zde zaměstnaná jako

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) sestra ve směnném provozu
- d) ambulantní sestra
- e) jiné.....

8. Zřizovatelem Vašich služeb je?

- a) krajský úřad
- b) městský úřad
- c) církvev
- d) s.r.o.
- e) soukromá osoba
- f) jiné.....

9. Zúčastnila jste se semináře či školení o holistické ošetrovatelské péči?

- a) ano
 - b) ne
 - c) ano, v rámci studia, uveďte jakého
-

10. Domníváte se, že poskytujete ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Domníváte se, že máte dostatek časového prostoru pro poskytování holistické ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nedokážu posoudit

12. Jaké potřeby u klientů upřednostňujete?

- a) fyziologické
- b) psychické
- c) sociální
- d) spirituální
- e) kulturní
- f) estetické

13. Domníváte se, že pečujete více o psychosociální potřeby klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. V případě, že odpovíte ano, jaké a proč?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Domníváte se, že více pečujete o biologické potřeby klienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. V případě, že odpovíte ano, jaké a proč?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Absolvovala jste kurz, jak komunikovat s osobami se zdravotním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) ano, v rámci studia, uveďte jakého

.....

18. Domníváte se, že máte časový prostor pro komunikaci s klienty?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Věnujete Vaším klientům dostatek pozornosti, při komunikaci?

- a) ano
- b) ne

**20. Soustředíte pozornost k Vaším klientům, při každé změně jejich chování?
(např. smutek, apatie, agrese...)**

- a) ano
- b) ne

21. V případě, že odpovíte ano, jak?

.....
.....
.....
.....
.....

22. Jste informována, zda Vaše zařízení má zpracovány standardy kvality poskytovaných služeb?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

23. V případě, že odpovíte ano, seznámila jste se s nimi?

- a) ano
- b) ano, podílela jsem se na tvorbě standardů kvality poskytovaných služeb
- c) ne

24. V případě, že odpovíte ne, proč?

.....
.....
.....
.....

25. Řídíte se jimi?

- a) ano
- b) ne, uveďte důvod

.....
.....
.....

26. Myslíte si, že jsou tyto standardy při poskytování služeb, Vašeho typu, potřeba?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

27. Pokud ano, na co konkrétně by měly být zaměřeny?

.....
.....
.....
.....
.....

28. Je ve Vašem zařízení aplikován ošetřovatelský proces?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

29. Má každý klient svého klíčového pracovníka, který s ním sestavuje individuální ošetrovatelský plán?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

30. Je ošetrovatelský plán u jednotlivého klienta průběžně aktualizován a doplňován?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

31. V případě, že odpovíte ano, na základě čeho měníte ošetrovatelský plán?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

32. Domníváte se, že by se holistický přístup v ošetrovatelské péči mohl zkvalitnit?

- a) ano
- b) ne

33. Pokud ano, uveďte příklady

.....

.....

.....

.....

Příloha 2. STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP. Č. 1

Název SOP: Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetrovatelský postup
<i>Oblast péče</i>	Domovy pro osoby se zdravotním postižením
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Děti se zdravotním postižením
<i>Místo použití</i>	Zdravotně sociální zařízení
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
<i>Platnost standardu od:</i>	1. 1. 2011
<i>Frekvence kontroly</i>	1 x za 2 roky
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	Bc. Hana Guidová
<i>Odborný garant</i>	náměstek pro ošetrovatelství / hlavní sestra/

Standardní ošetrovatelský postup č. 1

Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče

Úvod

Holistická ošetrovatelská péče vyžaduje orientaci na tělo i psychiku. To znamená, že bere v úvahu jak tělesné, tak psychosociální potřeby člověka. Je nutné, aby sestry chápaly podstatu psycho-sociální interakce a pečovaly o celého člověka, včetně jeho nejbližších ve zdraví i nemoci.

Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči, pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Taková sestra je odhodlána pomáhat lidem, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví, pomáhá při prevenci a redukci chorob nebo poskytuje podporu nevyлéčitelně nemocným.

Je důležité si uvědomit, že tělo a psychika jsou úzce propojeny, nikoli odděleny. Péče o klienty je nejlepší, pokud se při organizaci péče o ně vychází z předpokladu, že onemocnění a s ním související problémy mají multifaktoriální příčiny, např. kvalitu životního prostředí, individuální biologický, sociální a emocionální základ (1, 3).

Indikace

Pro děti se zdravotním postižením, při poskytování ošetrovatelské péče.

Definice standardu

Holistický přístup u poskytování ošetrovatelské péče zahrnuje péči celého člověka. Jeho celistvou bytost včetně všech stránek jeho životního stylu. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které sestry používají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, k realizaci a vyhodnocování ošetrovatelské péče.

Cíl standardu

Seznámit sestry se specifiky péče o děti se zdravotním postižením. Zajistit holistickou péči při ošetrování dětí se zdravotním postižením ve zdravotně sociálních zařízeních.



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Dle zákona č.96/ 2004 Sb. a vyhlášky č. 55/ 2011 Sb.
všeobecná sestra
dětská sestra
všeobecná sestra specialista v rozsahu získané specializace
zdravotnický asistent pod dohledem kompetentní osoby

S2 Pomůcky

Literatura seznamující s holistickou ošetrovatelskou péčí
Literatura seznamující s potřebami dětí se zdravotním postižením
Literatura seznamující s rozdělením zdravotního a mentálního postižení
Literatura seznamující s druhy komunikace a přístup ke komunikaci.

S3 Dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace.

S4 Prostředí

Jednotlivé místnosti a prostory, ve kterých je poskytována zdravotní a ošetrovatelská péče dětem se zdravotním postižením.



KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

- **před výkonem**

- P1 Sestra zná a umí poskytovat ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie.
- P2 Sestra zná a umí ošetrovat děti se zdravotním postižením
- P3 Sestra posoudí aktuální zdravotně sociální stav dítěte.
- P4 Sestra zná rozdělení potřeb zdravotně postižených dětí.
- P5 Sestra si uvědomuje důležitost při zajišťování potřeb dětí.
- P6 Sestra posoudí stav individuálních potřeb dítěte.
- P7 Sestra umí motivovat potřeby dětí.
- P8 Sestra zná důležitost komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u dětí.
- P9 Sestra zná druhy komunikace a komunikaci se všemi typy zdravotního postižení.
- P10 Sestra zjistí anamnestické údaje o dítěti.

- **při / během výkonu**

P11 Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie.

P12 Sestra zajišťuje fyziologické potřeby u dětí.

P13 Sestra zajišťuje psychické potřeby u dětí.

P14 Sestra zajišťuje sociální potřeby u dětí.

P15 Sestra zajišťuje spirituální potřeby dětí.

P16 Sestra zajišťuje kulturní potřeby dětí.

P17 Sestra zajišťuje estetické potřeby dětí.

P18 Sestra soustředí pozornost k dětem, při každé změně jejich chování.

- **po výkonu**

P19 Sestra posoudí a porovná aktuální stav dítěte.

P20 Sestra využívá poznatky o objektivním stavu klienta i ze záznamů poskytované ošetrovatelské péče.

P21 Sestra zhodnotí efektivitu, účelnost poskytované ošetrovatelské péče dle holistické teorie.

P22 Sestra doplní či přepracuje plán dle výsledku předchozích činností.

- **záznam do dokumentace**

P23 Sestra zapíše průběžné a závěrečné hodnocení ošetrovatelské péče, dle holistické teorie.

Komplikace

Sestra nezná poskytování ošetrovatelské péče, dle holistické teorie.

Zvláštní upozornění

Sestra zná důležitost poskytování ošetrovatelské péče, dle holistické teorie.



KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Sestra poskytuje individualizovanou, systematickou a kontinuální ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie.

V2 Jednotlivé postupy ošetrovatelské péče, dle holistické teorie jsou zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci.

Literatura

1. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetřovatelství-teorie*. Přel. V. Tóthová 1. čes. vydání. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
2. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
3. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství-I. Díl: Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
4. MATĚJ, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vydání. Jinočany: HaH, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
5. TRACHTOVÁ, E. Et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. Vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

Zpracovala: Bc. Hana Guidová

Příloha 3. Kontrolní kritéria k auditu "Poskytování ošetrovatelské péče dle holistické teorie"

Pracoviště: Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Datum: 26. 6. 2011

Auditoři: Bc. Hana Guidová

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Je sestra kompetentní pro poskytující ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie kompetentní?	Dotaz na kompetentní osobu		
S2	Seznamuje se sestra s vhodnou literaturou o poskytování ošetrovatelské péči, dle holistické teorie?	Kontrola používaných pomůcek		
S3	Používá sestra ošetrovatelskou dokumentaci?	Pozorování sestry		
S4	Probíhá ošetrovatelská péče, dle holistické teorie ve vhodném prostředí?	Kontrola prostředí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Umí sestra poskytovat ošetrovatelskou péči dle holistické teorie?	Pozorování sestry		
P2	Ošetřuje odborně sestra děti se zdravotním postižením?	Pozorování sestry		
P3	Posuzuje sestra aktuální zdravotně sociální stav dítěte?	Pozorování sestry		
P4	Orientuje se sestra v rozdělení potřeb u zdravotně postižených dětí?	Dotaz na kompetentní osobu		
P5	Uvědomuje si sestra důležitost poskytování potřeb u dětí?	Dotaz na kompetentní osobu		
P6	Posuzuje sestra stav individuálních potřeb dítěte?	Pozorování sestry		
P7	Orientuje se sestra v motivaci potřeb dětí?	Dotaz na kompetentní osobu		
P8	Uvědomuje si sestra důležitost komunikace	Dotaz na kompetentní		

	při poskytování ošetrovatelské péče u dětí?	osobu		
P9	Používá sestra vhodnou komunikaci u zdravotně postižených dětí?	Pozorování sestry		
P10	Zjišťuje sestra anamnestické údaje o dětech?	Pozorování sestry		
P11	Poskytuje sestra ošetrovatelskou péči dle holistické teorie?	Pozorování sestry		
P12	Zajišťuje sestra fyziologické potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P13	Zajišťuje sestra psychické potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P14	Zajišťuje sestra sociální potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P15	Zajišťuje sestra spirituální potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P16	Zajišťuje sestra kulturní potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P17	Zajišťuje sestra estetické potřeby u dětí?	Pozorování sestry		
P18	Soustředí sestra pozornost k dětem při každé změně jejich chování?	Pozorování sestry		
P19	Posuzuje sestra aktuální stav dítěte?	Pozorování sestry		
P20	Využívá sestra poznatky o objektivním stavu klienta i ze záznamů poskytované ošetrovatelské péče?	Pozorování sestry		
P21	Hodnotí sestra efektivitu, účelnosti poskytované ošetrovatelské péče, dle holistické teorie?	Pozorování sestry		
P22	Aktualizuje sestra plán dle výsledku předchozích činností	Pozorování sestry		
P23	Zapisuje sestra průběžné a závěrečné hodnocení ošetrovatelské péče, dle holistické teorie.	Kontrola dokumentace		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Poskytuje sestra individualizovanou, systematickou a kontinuální ošetrovatelskou péči, dle holistické teorie.	Pozorování sestry		
V2	Zaznamenává sestra jednotlivé postupy ošetrovatelské péče, dle holistické teorie do ošetrovatelské dokumentace?	Kontrola dokumentace		

Vyhodnocení výsledků auditu:

Za každé "ANO" 1 bod

Výborná péče – 25-29 bodů

Vyhovující péče – 20-25 bodů

Nekomplexní péče – 15-20 bodů

Nedostatečná péče - 15 a méně bodů