

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Bakalářská práce

2009

Miroslava Minářová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné v nemocničním
zařízení**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Věra Stasková

Autor:
Miroslava Minářová

2009

Feasibilities of improvement in sanitary care for patients in hospitals

The bachelor thesis deals with feasibilities of improvement in sanitary care for patients in hospitals. The paper aims at finding out whether the sanitary care carried out in hospitals corresponds to the needs of the patients and further at identifying factors impeding the provision of sanitary care according to the applicable standard. The paper also aims at suggesting new feasibilities of improvement in sanitary care for patients at bed departments. In view of these goals four research questions were set: 1) Does provision of sanitary care in hospitals correspond to the needs of patients? 2) Are the patients satisfied with the sanitary care provided by the medical staff? 3) What impedes the nurses in provision of quality sanitary care for the patients? 4) Is it feasible to improve the sanitary care for patients in bed departments? The method of qualitative research was applied for collection of research data. The questioning method by means of structured interviews with the patients was chosen. The questionnaire contained 17 closed questions. Further method was an unstandardized interview with the nurses containing 11 open questions. Another method was structured impartial monitoring of patients and nurses. The results were noted and entered into tables. The research file was made up by the in-patients and nurses in the Neuro Surgery Department of the University Hospital in Pilsen. By means of the research the level of sanitary care was surveyed, the impediments to its provision were identified and suggestions for its improvement were formulated. The aims of the research were fulfilled. Based on the analysis of responses in the practical part of the research, hypotheses were set based on the 1st and 2nd questions and based on the 3rd and 4th research questions answers were formulated. H1 – The sanitary care provided in hospitals corresponds to the needs of the patients. H2 – Patients are satisfied with help of medical staff when providing sanitary care. Response 1 – Nurses are impeded in providing quality sanitary care for patients by lack of time and lack of staff. Response 2 – Feasibilities of improvement of sanitary care for patients at bed department are respecting privacy of patients, washing the patients' hands before meals and provision of lifting devices for lying patients. The facts found out can help to realize the importance of sanitary care and to motivate to keep the

existing good level of provision of care at the department the research was carried out at.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné v nemocničním zařízení vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....
podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Věře Staskové za odborné vedení, věnovaný čas, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Hygienická péče.....	4
1.1.1 Historie hygienické péče.....	4
1.1.2 Potřeba hygienické péče	6
1.1.3 Některé faktory ovlivňující hygienickou péči	7
1.2 Proces hygienické péče o nemocné	10
1.2.1 Hodnocení soběstačnosti nemocného sestrou.....	10
1.2.2 Příprava pomůcek k hygienické péči sestrou.....	12
1.2.3 Komunikace s nemocným.....	13
1.2.4 Ranní a večerní hygienická péče	14
1.2.5 Péče o dutinu ústní a chrup.....	16
1.2.6 Mytí vlasů u nemocného.....	17
1.2.7 Péče o nehty a kůži	17
1.2.8 Problematika dekubitů	18
1.2.9 Manipulace s prádlem.....	19
1.3 Duševní hygiena	20
1.4 Kvalita ošetrovatelské péče	22
1.4.1 Pojem kvality péče.....	22
1.4.2 Zajištění kvality ošetrovatelské péče	22
1.4.3 Spokojenost nemocných	23
1.4.4 Metody sledování spokojenosti nemocných.....	24
1.4.5 Uspokojování potřeb nemocného	25
2. Cíle práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíle práce	27

2.2 Výzkumné otázky	27
3. Metodika	28
3.1 Použité metody a techniky	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Výsledky rozhovoru s nemocnými	30
4.2 Výsledky rozhovoru se sestrami	40
4.3 Nejčastější odpovědi sester v tabulkách	45
4.4 Výsledky pozorování nemocných a sester.....	50
5. Diskuze.....	62
6. Závěr	68
7. Seznam použité literatury	70
8. Klíčová slova.....	74
9. Seznam příloh.....	75

Úvod

Hygienická péče je nedílnou součástí komplexní péče a léčby nemocného. Jsou na ní v současné době kladeny stále se zvyšující nároky. V posledním století má význam hygienické péče mnohem větší důležitost než v dřívějších dobách, kdy se ošetřování omezovalo především na lékařské zákroky. Pod vlivem rozvoje bakteriologie a působením průkopnického ošetřujícího personálu ve válečných lazaretech však došlo k výraznému rozvoji hygienické péče. Největší rozmach je však patrný v posledním desetiletí, jelikož se uplatňují nejnovější znalosti a výzkumy, jakož i mnoho prostředků a přípravků k dokonalejšímu poskytování hygienické péče, které dříve vůbec neexistovaly.

Potřeba čistoty a fyzické i duševní hygieny je základní potřebou člověka. Zdravý člověk se o uspokojování těchto potřeb stará sám. Člověk v době nemoci je však často odkázán na ošetřující personál, který se většinou snaží vyhovět potřebám nemocného i stanoveným kritériím standardní hygienické péče. Přístup ošetřujícího personálu při poskytování hygienické péče je nemocným vnímán nejintenzivněji a značně ovlivňuje celkový dojem nemocného z pobytu v nemocničním zařízení. Uspokojování potřeb nemocného je dáno nastavenými parametry každého nemocničního zařízení, personální i materiální vybaveností kliniky nebo oddělení. Při uspokojování potřeb je nutné zároveň přistupovat ke každému nemocnému individuálně podle jeho aktuálního zdravotního stavu a s ohledem na jeho momentální požadavky.

Toto téma jsem si vybrala pro mou bakalářskou práci, protože pracuji v nemocničním zařízení, kde se klade v rámci ošetřovatelské péče na osobní hygienu nemocného velký důraz.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda standardy týkající se hygienické péče o nemocného stanoví postupy a kritéria tak, aby docházelo ke spokojenosti jak u nemocných, tak i u ošetřujícího personálu. Dále jsem svým výzkumem zjišťovala, zda se vyskytují nějaké překážky pro neposkytování standardní hygienické péče a zda existují možnosti zkvalitnění této péče.

1. Současný stav

1.1 Hygienická péče

1.1.1 Historie hygienické péče

Hygienická péče je vnímána jako očista těla i duše, která přináší člověku pocit spokojenosti. Hygiena jako taková představuje vědu o všech faktorech ovlivňujících tělesné i duševní zdraví člověka. Spolu s epidemiologií je hygiena lékařským oborem preventivní medicíny. Základním cílem hygieny je poznat příčiny nemocí, stanovit způsoby odstranění příčin nebo omezit jejich vliv a snížit riziko vzniku onemocnění. Název hygiena vznikl podle řecké bohyně zdraví - Hygieia. Je znázorňována v podobě sličné ženy, jejímž symbolem je had pijící z misky, kterou bohyně drží v ruce (2, 37).

Již ve starém Egyptě byl uctíván kult čistého a zdravého těla. Egypťané prováděli koupele i několikrát denně, nejvíce ve společných lázních, používalo se kromě vody i mléko a na mytí rostlina mýdelnice, otruby nebo rozemleté kaštiny. Hojně se také používaly olejové parfémy a krémy. Ve starém Řecku byla situace obdobná, neboť Egypt měl na Řecko v té době silný vliv. Byl zde pěstován sport, praktikovaly se masáže a hygiena probíhala většinou formou koupelí jako v Egyptě. Římané ve starověku také budovali lázeňská centra. Právě zde bylo vynalezeno mýdlo, které posléze začal k očištění těla i prádla používat v r. 176 n. l. lékař Galénos. Na začátku středověku se hygienické postupy příliš nelišily. Ale se vzrůstajícím vlivem církve se začaly v tehdejší křesťanské Evropě razantně prosazovat názory odporující zdravému rozumu. Tehdejší církve stanovila péči o tělo a vzhled za hřích, časté koupání za rozmařilost. Dokonce mnichům některých řádů bylo povoleno koupat se pouze jednou do roka, špínou tyto řády projevovaly pravou zbožnost. Jediné protiepidemiologické opatření, které se zachovalo po mnoho staletí, bylo používání kadidla jako účinné dezinfekce ovzduší v uzavřených prostorách. Problém hygieny ale vzrostl asi ve 13. století s rozvojem měst, kdy se zvyšoval počet obyvatel i zvířat na stále menším prostoru. Vznikalo více odpadu a mnohem více byla znečišťována voda. První jednoduché vodovody ve městech začaly sice vznikat už ve 14. století, ale znečišťování

vody výkaly a odpadky bylo stálým a dlouho nepostřehnutým problémem. Další faktor byl, že se používané lázně začaly využívat nejenom místo očisty, ale i jako místo k nevázanému veselí. Tak logickým vyústěním celé této situace musely být epidemie moru a syfilis, které začaly koncem 16. století zachvacovat celou Evropu. V této době byla naše země ovlivněná objevy cestovatelů a od nich získávala informace mimo jiné i o kultuře a řešení hygieny v zahraničí. Dle těchto poznatků došlo k rozvoji dokonalejších vodovodů a rozvodů vody do městských kašen a někdy i do domů. Stále, i přes tuto snahu měst, ale přetrvával problém s odpadem a znečišťováním vody. Ještě v 18. století se projevoval silný strach z vody. Tato byla brána jako zdroj morové infekce a postoj k hygieně byl stále velmi negativní. Vzezření těla se upravovalo raději pomocí paruk, parfémů, pudrů a k občasnému mytí se používal spíše alkohol, víno nebo mléko. Teprve s osvícením v 19. století se začalo k hygieně přistupovat opět pozitivně a české domácnosti byly vybaveny koupacími vanami a některé i koupelnami (32).

Průkopnicí hygienické péče o nemocné byla Florence Nightingalová (1820 – 1910), která se intenzivně zajímala o ošetřování nemocných, ale také o zdravé prostředí. Florence Nightingalová byla všestranně vzdělaná anglická ošetřovatelka, která při cestách po Evropě navštěvovala nemocnice a sanatoria, kde získala široké zkušenosti a mnoho poznatků o organizaci a řízení, o hygieně i o práci sester a lékařů. V době Krymské války vedla sestry v lazaretu, kde zavedla hygienická opatření, pravidelné podávání stravy, pravidelné praní prádla a ošetřovatelskou péči. Nasbírané zkušenosti a poznatky publikovala v knize „Poznámky o ošetřovatelství“. Popsala v ní pět základních elementů zdravého prostředí – čistý vzduch, čistá voda, čistota prostředí, světlo a funkční kanalizace. Florence Nightingalová, dáma s lampou, jak ji nazývali zranění vojáci, ovlivnila zdravotní péči a ošetřovatelství v celém světě (18, 25, 28).

V Čechách se stále vzrůstající důležitostí hygienické péče o obyvatelstvo byl v r. 1898 založen Hygienický ústav Lékařské fakulty Univerzity Karlovy (dále jen LF UK), který pod názvem Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK funguje dodnes. Na začátku 50. let byla v Čechách vybudována síť hygienických stanic, které se zabývají vesměs rozborem, měřením a hodnocením faktorů životního prostředí, v dobách svého vzniku měly ještě za cíl vychovávat lékaře pro preventivní lékařské obory (2).

1.1.2 Potřeba hygienické péče

Základní biologickou potřebou člověka je potřeba čistoty a hygieny. Každý jedinec se chrání před infekcí dobrou hygienickou péčí, která je důležitá z hlediska fyzické bezpečnosti i psychické spokojenosti. Potřeba tělesné čistoty se vytváří v podobě hygienických návyků od dětského věku. V období batolecím a předškolním se vytvářejí základní hygienické návyky. Ve školním období se návyky rozšiřují a přizpůsobují se aktuálním potřebám (fyziologické změny v pubertě, menstruace u dívek...). Dospělý člověk už má své pevné nároky a požadavky na hygienickou péči. Ve stáří se tyto nároky často snižují. Mění se životní hodnoty, dochází k omezení tělesné aktivity a může se vytrácet zájem o tělesný vzhled. Dalším faktorem je pohlaví. V naší kultuře se jedná třeba o rozdílné oblékání či používání kosmetických prostředků. Důležitý je i stav a typ kůže, každý typ kůže vyžaduje jinou péči. Rozhodujícím faktorem je pohyblivost i tělesné funkce člověka. Na schopnosti pohybovat se záleží míra soběstačnosti péče o sebe sama. Každý člověk se o svoji hygienu stará sám, má určitou představu, jak by chtěl vypadat, a snaží se na svém zevnějšku pracovat. Hygienická péče je ovlivněná faktory kulturními, sociálními, rodinnými a individuálními. Jestliže u člověka dojde k omezení soběstačnosti, může se narušit jeho sebepojetí a důstojnost (10, 27, 35).

Pro nemocného má hygienická péče několik významů. Význam biologický péče podporující čistotu. Jedná se hlavně o zvýšenou péči o kůži, ale také o vlasy, nohy, nehty, oči, uši, nos. Zvýšená péče o kůži, z důvodu prevence infekce, dekubitů a opruzenin, je nutná hlavně u ležících nemocných. U ostatních pohyblivých nemocných, jejichž kůže je citlivá, špatně prokrvená, křehká a kde často dochází k hnisavým zánětům, je také nutná zvýšená péče jako prevence defektů či zánětů. Dostatečná péče o nohy a nehty je důležitá pro zamezení infekce a nekomplikovanou mobilizaci nemocného. V péči o dutiny ústní, nosní, uši i oči je nutné podporovat čistotu, odstraňovat mikroorganismy, sekrety a exkrementy z těla. Hygienickou péči je nutné provádět denně a vždy, pokud je to třeba.

Další význam hygieny je psychologický. Zlepšuje subjektivní pocity nemocného, navozuje pocit spokojenosti a napomáhá uvolnění. V souvislosti

s hygienickou péčí je sociální význam chápán ve vytváření příjemného prostředí a ovlivnění meziosobních vztahů. Sociální význam je ovlivněn kulturou společnosti i výchovou v rodině.

Pro lidi věřící či patřící ke společenství různých sekt je důležitý význam duchovní (spirituální) hygieny (10, 27, 28).

Z výše uvedeného vyplývá, že hygienická péče je důležitou potřebou člověka. Dodržování osobní hygieny je významnou složkou při upevňování zdraví a předcházení nemocem. Potřeba čistoty patří mezi základní potřeby, které se vytvářejí již od nejtělejšího věku. Zdravý člověk vykonává hygienickou péči denně, ale nemocný člověk není schopen ji dostatečně zvládnout. Proto potřebuje úplnou nebo částečnou pomoc od ošetrovatelského personálu.

Osobní hygiena má velký význam i v prevenci nozokomiálních nákaz a zabraňuje komplikacím, které vznikají z nedostatečné hygieny. K základní hygienické péči patří ranní a večerní umývání, úprava nehtů, mytí vlasů, péče o chrup, celková koupel a péče o kůži (29, 30).

1.1.3 Některé faktory ovlivňující hygienickou péči

Hygienická péče je ovlivněna některými faktory, které s ní úzce souvisí. Uspokojování hygienických potřeb u nemocného je určeno *fyzilogicko – biologickými faktory*, kam patří věk, funkce zaživacího systému, stav a typ kůže, pohyblivost člověka a celkový zdravotní stav. Závislost na pomoci druhých je ovlivněná věkem, kdy největší pomoc při hygienické péči bude potřebovat buď starší člověk s horší pohyblivostí nebo naopak novorozenec či batole. Míra hygienické péče se také zvyšuje v souvislosti s příjmem potravy a vylučováním. Při příjmu potravy se musí brát v úvahu způsob podávání výživy nemocným, zda se jedná o výživu perorální, výživu podanou enterální cestou či cestou parenterální. Míra soběstačnosti při vyprazdňování záleží na tom, zda si je nemocný schopen dojít na toaletu nebo je odkázán na pomoc ošetrojícího personálu při vyprazdňování na lůžku. Dalším faktorem je stav a typ kůže, kdy musíme brát na zřetel, zda nemocný má kůži suchou, se sklonem k častému poškození, nebo normální či mastnou. Zda je při přijetí kůže nemocného v uspokojivém

stavu nebo zda je narušená např. se sklonem k dekubitům, či zda dokonce nepřichází nemocný už s dekubitem nebo jiným defektem kůže. Soběstačnost při hygienické péči samozřejmě velmi ovlivňuje pohyblivost nemocného. Jinak přistupovat se musí k nemocnému naprosto pohyblivému, jinak k nemocnému upoutanému na invalidní vozík nebo na lůžko. Celkový zdravotní stav je dalším faktorem, který ovlivňuje míru hygienické péče. Je třeba zohlednit, zda se jedná o nemocného například s problémy v ústní dutině (ať už jde o ztrátu zubů, nebo záněty dutiny ústní) nebo se jedná o nemocnou v pokročilém či rizikovém těhotenství anebo se může jednat o nemocného s druhotnou diagnózou komplikující aktuální hygienickou péči. Pro určení biologických potřeb je důležité získat od nemocného co nejvíce informací o jeho zvyklostech a návycích hygienické péče v domácím prostředí. V době nemoci jsou tyto potřeby neuspokojené, proto sestra musí umět získat spolupráci nemocného a přesvědčit ho k aktivnímu přístupu a úsilí, čímž přispěje k úspěšnějšímu léčení.

Další faktory, které ovlivňují hygienickou péči, jsou *faktory psychicko – duchovní*. Uspokojování psychických potřeb u nemocného je ovlivněno emocionálním laděním, duševní pohodou, spokojeností a sebekoncepcí. Psychická pohoda a pozitivní ladění nemocného navozuje větší snahu a odhodlání zvyšovat soběstačnost při hygienické péči. Naproti tomu negativní ladění, nespokojenost nebo deprese může v nemocném probouzet apatii, nechť až bránění se hygienické péči. Psychické potřeby jsou zaměřeny na zmírnění a odstraňování bolestí, předcházení a zmírňování strachu a úzkosti, identifikování obav a nejistot z neznámého a dále na zabraňování ztráty sebeúcty. Na dobrém psychickém stavu nemocného se podílí nejen čisté a příjemné prostředí, kdy nemocný leží v čistém lůžku, v čistém prádle, ale i pravidelně prováděná hygienická péče a zúčastněný přístup ošetřujícího personálu. Sestra by měla být k nemocnému trpělivá, umět naslouchat, dostatečně informovat o způsobu léčby a ošetřování, vytvořit klidné prostředí (6, 30).

Uspokojování potřeb nemocného je dále ovlivněno *sociálně – kulturními faktory* a *faktory životního prostředí*. Patří sem civilizace, výchova, hygienické návyky a etnografické vlivy, také geografické podmínky. Hygienické návyky každého jedince jsou utvářeny výchovou v rodině i vlivem společnosti. Jiné hygienické návyky má např.

středoevropan, jiné africký domorodec. Jejich hygienu ovlivňuje nejenom dostupnost hygienických prostředků, ale nejdůležitějším vlivem je zde dostupnost vody. Další hledisko je nadmořská výška a s ní související teploty a vlhkost vzduchu. Naprosto rozdílné podmínky mají třeba lidé žijící za polárním kruhem a jiné lidé žijící u rovníku. Když zůstaneme v našich podmínkách, je zapotřebí si uvědomit také rozdíl mezi tím, z jakého prostředí nemocný přichází. V dřívějších dobách jsme mohli shledat diference v hygienických návycích lidí na venkově a ve městě. V současnosti, kdy došlo ke zkvalitnění údržby vodního hospodářství a rozmachu energetických závodů, je voda a elektřina dostupná na většině našeho území. Díky tomu už mnoho rozdílů mezi hygienou na vesnici a ve městě patrných není a úroveň hygieny je až na výjimky stejná. Některé hygienické návyky mohou být ovlivněny i náboženským vyznáním (např. obřizka), životním stylem a také ekonomickou situací jedince. Bezdomovec má pouze základní nároky a zvyklosti vykonávání hygieny, starší lidé už někdy také snižují své požadavky na osobní hygienu, a naopak se mezi námi mohou vyskytovat jedinci, kteří jsou až chorobně úzkostní na dodržování všech zásad hygieny.

Do hledisek prováděné hygienické péče v ústavních zařízeních musíme také zahrnout materiální a personální vybavení nemocnic či jiných ústavních zařízení. Do materiálního vybavení zahrnujeme, jak vybavenost běžnými hygienickými prostředky, tak i vybavenost pomůckami např. antidekubitárními. Personální vybavenost se posuzuje kvantitativně (počtem ošetřujícího personálu na jednoho nemocného) a kvalitativně (dle úrovně vzdělání ošetřujícího personálu, možností dalšího vzdělávání, přizpůsobování hygienické péče nejnovějším vědeckým poznatkům) (29).

1.2 Proces hygienické péče o nemocné

Před prováděním hygienické péče sestra stanoví, zda nemocný si hygienickou péči provede sám, nebo s pomocí zdravotnického personálu, či je závislý na kompletní pomoci (6, 14).

1.2.1 Hodnocení soběstačnosti nemocného sestrou

Sestra na základě odebrané anamnézy nemocného stanovuje ošetrovatelskou diagnózu a zhodnotí deficit sebepéče.

Soběstačnost znamená schopnost člověka uspokojovat své základní denní potřeby, být nezávislý v oblastech, které vykonává při běžných denních činnostech. V nemocnici je důležité u nemocných provádět hodnocení soběstačnosti a získávat informace o tom, jak se chovají v průběhu celého dne i v noci. Sestra získává informace z dokumentace, z rozhovoru s nemocným i jeho rodinou a ostatními členy ošetrovatelského týmu. Správné hodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti nemocného přispívá k určení ošetrovatelských intervencí, ošetrovatelskému plánu a dalším diagnostickým a léčebným výkonům. Někteří nemocní nesou těžce svou závislost na pomoci jiných. Projevuje se to ve zhoršeném somatickém a psychickém stavu.

Při příchodu nemocného do nemocničního zařízení (v případě potřeby i v průběhu hospitalizace) vždy sestra zhodnotí stupeň soběstačnosti. Pro zjištění stupně soběstačnosti se užívají různé měřící techniky. Nejčastěji se používá test základních všedních činností ADL (Aktivity Daily Living), a to v oblasti hygieny, oblékání a mobility nemocného. Autorem tohoto testu je D.W. Barthel. Provedené činnosti jsou hodnoceny body dle toho, do jaké míry je nemocný schopen jednotlivé úkony zvládnout, 10 bodů - sami bez pomoci, 5 bodů - s pomocí, 0 bodů - neprovedou. Mezi činnosti hodnocené 0 – 10 bodů patří příjem potravy a tekutin, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, dále použití WC a chůze po schodech. Stupnici 0 – 15 bodů používáme při zhodnocení soběstačnosti při přesunu na lůžko a na židli a při chůzi po rovině. Po sečtení bodů vyjde skóre, díky kterému stanovíme stupeň závislosti v základních běžných činnostech.

První skupinu tvoří nemocní, kteří jsou nezávislí na pomoci jiných, jejich skóre se pohybuje mezi 96 a 100 body. Druhá skupina jsou nemocní s lehkou závislostí, kteří při hodnocení dosáhli skóre 65-95 bodů. Třetí skupina nemocných se závislostí středního stupně má skóre 45-60 bodů. Poslední skupina jsou nemocní vysoce závislí, nesoběstační s méně než 40 body (7, 26, 30, příloha 1).

Pokud je nemocný upoután dlouhodobě na lůžko, může to mít negativní následky, které mohou být závažnější než původní onemocnění. Začínají se projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému a následně se přidávají další orgánové systémy. Na základě těchto změn vzniká imobilizační syndrom.

Imobilizační syndrom se projevuje poruchami řady orgánů. V kardiovaskulárním systému u nemocného, který je nucen delší čas setrvávat vleže na lůžku, dochází se změnou polohy k riziku *ortostatické hypotenze*, kdy má tachykardii, mžitky před očima, potí se a snižuje se mu krevní tlak. Další poruchou může být *žilní trombóza* a následně *plicní embolie*. Sestra se zaměřuje na prevenci, kdy nemocnému provede bandáž dolních končetin a dbá na dostatečnou hydrataci nemocného. V respiračním systému u dlouhodobě ležících nemocných dochází ke snížení vitální kapacity plic, hromadění sekretů v dýchacích cestách a následnému vzniku *hypostatické pneumonie*. Sestra aktivně vede nemocného k vykašlávání a k tomu nemocnému napomáhá i polohováním, dále provádí dechovou rehabilitaci. V pohybovém systému při imobilizaci dochází k rychlému ochabování svalů až k atrofii. Sestra v rámci prevence zajistí včasnou rehabilitaci na lůžku, nejdříve pasivní a posléze aktivní. Při dlouhodobém klidu na lůžku může dojít k rozvoji osteoporózy. *Osteoporóza* vzniká v souvislosti s úbytkem vápníku, který se u imobilních nemocných vylučuje močí ve zvýšené míře. U starších nemocných může vlivem nedostatku vitamínu D vznikat *osteomalacie*. Imobilita může způsobit nechutenství, zácpu, ztrátu pocitu žízně, kdy může nastat dehydratace organismu. Z těchto důvodů je nutno nemocnému podávat vyváženou stravu, bohatou na vlákninu, dostatek ovoce a zeleniny a dodržovat pitný režim.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o imobilního nemocného je zvýšená péče o kůži nemocného. Důležité je sledovat kůži i podkoží, neboť vlivem dlouhodobého otlaku kůže při nedostatku pohybu dochází ke zvýšení rizika vzniku proleženin.

Aby nedošlo k imobilizačnímu syndromu, je důležitá prevence všech výše uvedených rizik (17, 22, 30).

Po zhodnocení stupně soběstačnosti se sestra spolu s nemocným rozhodne, jakým způsobem bude provádět hygienickou péči a jaké pomůcky si připraví.

1.2.2 Příprava pomůcek k hygienické péči sestrou

U nemocného na lůžku si vždy připravíme potřebné pomůcky tak, aby byly na dosah, nejlépe na pojízdný stolek. K hygieně dutiny ústní potřebujeme kartáček na zuby, zubní pastu, kelímek s vlažnou vodou, trubičku na pití, emitní misku, dentální niť, ústní vodu a čtverce buničiny. U nemocných nesoběstačných a v bezvědomí se provádí zvláštní péče o dutinu ústní. K základním pomůckám se dále používají dva peány, malé sterilní tampóny nebo vatové štětičky, ústní lopatka, baterka, nádoba s roztoky (heřmánek, řepík lékařský, borglycerin), Skinsept obsahující peroxid vodíku a jelení lůj na ošetření popraskaných rtů. U nemocných, kteří jsou schopni si zajistit hygienu dutiny ústní sami, se ujistíme, zda mají všechny potřebné pomůcky.

Po provedené hygieně dutiny ústní se provádí mytí nemocného na lůžku nebo v koupelně. Po domluvě s nemocným, který je závislý na pomoci a chce provést hygienickou péči v koupelně, si předem připravíme čisté osobní prádlo, dva ručníky a žínky, dále tekuté mýdlo, kartáček na ruce a pemzu, masážní krém, přípravky na ošetření kůže a hřeben. Při mytí ve vaně nebo ve sprše musí být z důvodu bezpečnosti nemocného na dně protiskluzová podložka a na stěně madlo. U ležících nemocných, kteří nemohou opustit lůžko, si připravíme pomůcky na pojízdný vozík - gumové rukavice, umyvadlo, dvě žínky a ručníky, mýdlo, nejlépe tekuté, dále nepromokavou podložku, podložní mísu a nádobku z plastu na mytí genitálu, kartáček na ruce a pemzu, nůžky, masážní krém, emitní misky a čisté osobní a ložní prádlo. Chodící nemocní si hygienickou péči provádí sami. Pouze jim připravíme čisté osobní prádlo, pokud nemají své. V koupelně připravíme a vydezinfikujeme vanu nebo sprchový kout.

Na mytí vlasů nebo pokožky hlavy u nemocného na lůžku, si připravíme velkou nepromokavou podložku, klínový polštář, ručníky, umyvadlo a džbán, šampón, emitní misku, irigátor nebo nafukovací vaničku, vysoušeč vlasů a hřeben. U nemocného, který

je částečně závislý na pomoci ošetrovatelského personálu, můžeme provádět mytí vlasů u umyvadla. Připravíme si židli, nepromokavou podložku, ručník, šampón a vysoušeč vlasů. Ke všem pomůckám si připravíme pojízdný vozík s pytlí na špinavé prádlo. Péči o vlasovou část hlavy je nutné věnovat stejnou měrou i nemocným, kteří jsou schopni přepravy do sprchového koutu či vany, a přitom vyžadují dopomoc ošetřujícího personálu. Při provádění hygienické péče o nemocného, by měla mít sestra vždy jednorázovou nepromokavou zástěru a gumové rukavice. Po ukončení hygienické péče všechny pomůcky umyjeme a vydezinfikujeme (15, 24, 30, příloha 2).

1.2.3 Komunikace s nemocným

Při vykonávání hygienické péče musí sestra nejenom provádět osobní hygienu a jiné úkony související s nemocným, ale velice důležitá je i úroveň jednání s nemocným. Komunikace ošetrovatelského personálu s nemocným je to, co nemocný subjektivně vnímá nejvíce a nezdědka podle toho hodnotí dojem z celé hospitalizace. Komunikace obecně je chápána jako výměna informací, pocitů či zkušeností mezi lidmi. Jedná se o nástroj, kterým se uskutečňuje interakce – vzájemné reakce – mezi lidmi. Nemocný, přicházející do nemocničního prostředí, prožívá stres z odloučení od rodiny, strach z nemoci nebo operace, obavu z omezení pracovního výkonu apod. Díky těmto i jiným faktorům se může u některých lidí komunikační schopnost zhoršit. Profesionální sestra by měla u každého nemocného jeho situaci zhodnotit a pomoci mu navázat a rozvíjet kontakt, a tím rozšířit jeho sociální kompetence (31).

Komunikace se podle způsobu dorozumívání dělí na *verbální a nonverbální*. Již při prvním kontaktu s nemocným i při každém rozhovoru se používají oba typy. *Verbální* komunikaci dělíme na tři skupiny – sociální, specifickou a terapeutickou. Při běžných činnostech spojených s nemocným, jako je pomoc při stravování, při úpravě lůžka nebo při provádění hygienické péče se používá sociální komunikace. Sestra nenásilně navazuje kontakt s nemocným a tím snižuje jeho zábrany, které někdy ztěžují komunikaci. O specifickou komunikaci se jedná v případech, že nemocnému potřebujeme sdělit důležité informace ohledně postupu vyšetření, léčení, rehabilitace, či vysvětlení změny výživy. Terapeutické komunikaci musí předcházet sociální

komunikace, protože nemocný už musí mít důvěru k sestře, která mu rozhovorem nabízí oporu a povzbuzení. Tato empatie je velice důležitá ve chvílích, kdy nemocný musí přijmout zásadní informaci o jeho onemocnění a rozhodnout o dalším postupu léčení, kdy je postaven před změnu dosavadního života z důvodu onemocnění apod.

Nonverbální komunikace sděluje druhému míru vnímání vzájemného rozhovoru, vyjadřuje projev zájmu o mluvené sdělení druhého, empatii, či respekt k němu. Nonverbální komunikaci u nemocných v komatózním stavu nebo nemocných s afazií využívá ošetřující personál mnohem více než verbální. I při poskytování hygienické péče je nutné vnímat nonverbální projevy nemocného, nejčastěji jsou vnímána gesta (vědomá i nevědomá) a pohledy očí (délka, četnost, úhel pohledu, mrkání apod.). U lidí v komatózním stavu jsou často využívány dotyky (haptika), kdy se s nemocným provádí hygienická péče nebo rehabilitace na základě bazální stimulace (3, 31).

1.2.4 Ranní a večerní hygienická péče

Před začátkem hygienické péče se přesvědčíme, zda jsou v pokoji nebo v koupelně zavřená okna a nikde není průvan. Při každém provádění hygienické péče na pokoji je důležité vždy zajistit intimitu umístěním zástěny k lůžku nemocného. Chodící nemocní si hygienickou péči mohou zajistit sami. Sestra pouze dbá, aby byla koupelna uklizená, vana či sprchový kout čistý a vydezinfikovaný. Připraví nemocnému čisté prádlo a potřebné pomůcky. V koupelně je nutné, aby měl nemocný v dosahu signalizační zařízení pro přivolání sestry.

Nemocní, kteří jsou částečně soběstační provádějí, hygienickou péči s pomocí zdravotnického personálu u umyvadla nebo v koupelně. Všechny potřebné pomůcky a čisté prádlo jim ošetřující personál připraví na dosah ruky.

U nemocných, kteří jsou ležící a zcela nesoběstační, provádí hygienickou péči ošetřující personál na lůžku nebo v koupelně. Nemocného seznámíme s postupem hygienické péče. Zajistíme vhodné fyzikální prostředí – teplotu pokoje či koupelny. K nemocnému na lůžku si připravíme umyvadlo s vodou a další potřebné pomůcky. Nemocnému svlékneme kabátek a přikryjeme hrudník ručníkem, aby neležel nahý. Mytí začíná lehce vyždímanou žínkou bez mýdla na obličej. Oči myjeme rohy žínky od

vnitřních koutků k vnějším. Poté obličej utřeme do sucha. Dále pokračujeme namydlenou žínkou na uši, krk, hrudník, břicho a obě paže, které po opláchnutí osušíme. Nemocnému pomůžeme otočit se na bok a umyjeme záda. Po osušení ručníkem záda namasírujeme a poté, pokud nemocný chce, namažeme masážní emulzí. Dochází ke zlepšení prokrvení pokožky a navození příjemného pocitu nemocného. Nemocnému oblečeme čistý kabátek. Dále umyjeme nohy. Všímací si kůže na nohou, jestli není popraskaná, suchá nebo s nějakým defektem. Nakonec ošetříme kůži na nohou změkčujícím krémem. Vodu v umyvadle vyměníme za čistou, pod nemocného dáme podložní mísu a zvláštní žínkou omyjeme genitál. Pomocí irigátoru oplachujeme genitál a na závěr osušíme. Po ukončení hygieny je vhodné ošetřit kůži, která je nejvíce ohrožená vznikem proleženin, ochrannými prostředky (tělové mléko, olejový spray nebo ochranná pěna). Součástí ranní hygieny u mužů je holení. Po dokončení úpravy nemocných, všechny použité pomůcky odneseme a vydezinfikujeme. Nemocnému vyměníme ložní prádlo a upravíme lůžko.

U nemocných, kteří mají deficit sebezpečí, se snažíme vytvořit nemocnému optimální podmínky pro osobní hygienu, například - teplotu vody, jakou má rád, pomůcky na hygienickou péči snadno dosažitelné, zajistíme nemocnému soukromí a povzbudíme ho k samostatnému a aktivnímu zvládnutí osobní hygieny.

U ležících nemocných je možné používat k celkové koupeli přenosnou vanu – ARJO. Nemocného na lůžku odvezeme do koupelny, kde ho z lůžka přemístíme do přenosné vany. Vana je vybavena otvorem napojeným na odpadní výlevku, což usnadňuje odtok vody při sprchování nemocného. Další možností je nafukovací vana, kterou můžeme používat přímo na lůžku nemocného. Z lůžka vše odstraníme, nemocného vysvlečeme a podsuneme pod něj nafukovací vanu. Okraje vany napustíme vzduchem a na otvor v dolní části vany napojíme hadici, která odvádí vodu ven. Napustíme vanu a nemocného umyjeme. Můžeme použít i přenosnou sprchu. Z vany pak odstraníme vodu a vypustíme vzduch. Nemocného osušíme, odstraníme nafukovací vanu, oblečeme a lůžko upravíme (11, 23, 30, příloha 3).

1.2.5 Péče o dutinu ústní a chrup

Chodící nemocný při provádění péče o dutinu ústní pomoc sestry zpravidla nepotřebuje, péči zvládne sám obvyklým čištěním zubů. Také ležící pohyblivý nemocný si zuby vyčistí sám, sestra mu pouze musí připravit stolek, na který postaví kelímek s vodou, zubní pastu s kartáčkem, emitní misku a ručník pod bradu.

Pokud ležící nemocný není schopen provést samostatně hygienu dutiny ústní, potřebuje pomoc ošetřujícího personálu. Nejdříve, pokud je to možné, nemocného posadíme a kolem krku mu dáme ručník. Pomocí trubičky dáme nemocnému vypláchnout ústa a obsah zachycujeme do emitní misky. Kartáčkem a pastou opatrně čistíme horní zuby od dásní dolů a dolní od dásní nahoru, jak po zevních tak i vnitřních plochách. Čistíme krouživými pohyby a podle potřeby necháme nemocného vypláchnout ústa. Vhodné je použít ústní vodu. Pokud má nemocný zubní protézu, vyjme ji pomocí čtverců mulu a důkladně vyčistíme kartáčkem s pastou pod tekoucí vodou. Čistý umělý chrup na noc vložíme do sklenice s vodou, do které dáme tabletu na čištění umělého chrupu. O dutinu ústní pečuje ošetrovatelský personál minimálně 2x denně. U nesoběstačných nemocných, například po mozkové mrtvici, po úrazech, po operaci a v bezvědomí se provádí zvláštní péče o dutinu ústní. Nemocným se v dutině ústní hromadí hleny, na sliznici se tvoří povlaky a jazyk je rozpraskaný. Ošetřující personál si připraví tampony namočené v heřmánku nebo vatové tyčinky napuštěné léčivými roztoky. Existují další přípravky na čištění dutiny ústní, jako například Stopangin, Chlorhexidin nebo Skinsept. Pomocí peánu jimi čistíme jazyk od kořene ke špičce. Dále vytíráme dutinu ústní a plochy zubů. Tampóny se mění podle potřeby. Popraskaný jazyk a rty se potírají vatovou štětičkou napuštěnou borglycerinem. U nemocných v bezvědomí je vhodné používat speciální odsávací cévku na konci vybavenou molitanem či kartáčkem, který se namočí do roztoku či zubní pasty a konec cévky se napojí na odsávačku. Dutinu ústní kartáček čistí a zároveň odsává sekret ven. Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí minimálně 5x denně (8, 10, 15, 23, příloha 4).

1.2.6 Mytí vlasů u nemocného

K osobní hygienické péči patří i čisté a upravené vlasy. Mytí vlasů se provádí jednou za týden nebo podle potřeby nemocného. Chodící nemocní si umývají vlasy sami podle potřeby, k čemuž využívají buď sprchu nebo vanu, záleží na vybavenosti oddělení.

Částečně soběstační nemocní provádějí mytí vlasů za pomoci ošetřujícího personálu. Sestra připraví všechny potřebné pomůcky k ruce nemocného. Nemocného posadíme na židli k umyvadlu nebo do sprchy či vany, kolem krku mu dáme nepromokavou podložku a ručník. A podle potřeby mu pomáháme při mytí vlasů.

U ležících a nemocných v bezvědomí se mytí vlasů provádí na lůžku nebo v pojízdné vaně ARJO. Při mytí vlasů v pojízdné vaně ARJO použijeme sprchu, jinak postup mytí je stejný jako v kapitole 1.2.4. Při mytí vlasů na lůžku postupujeme tak, že odstraníme polštář a pod nemocného vložíme klín. Pod záda mu dáme ručník a nepromokavou podložku. Na lůžko položíme umyvadlo a vlasy spláchneme vodou pomocí irigátoru nebo džbánu. Naneseme šampon a krouživými pohyby masírujeme kůži po celé hlavě. Poslední spláchnutí musí být důkladné. Po skončení mytí vlasy vysušíme ručníkem nebo fénem a učešeme. Upravíme lůžko a uklidíme pomůcky, viz kapitola 1.2.2 (23, 28).

1.2.7 Péče o nehty a kůži

K hygienické péči o nemocného dále patří péče o nehty. Sestra nemocnému upravuje nehty u rukou jednou týdně a u nohou jednou za 14 dní. Nehty u rukou stříhá do obloučků a na nohou rovně. Cílem je udržet nehty krátké a čisté. Suchou a popraskanou kůži na nohou namažeme vhodným krémem.

Péče o kůži je velmi důležitá, neboť z nedostatečné hygieny vzniká povrchní poškození kůže. Proto je důležité minimálně jednou denně kontrolovat stav kůže. U inkontinentních nemocných dochází k poruše povrchu kůže častěji kvůli vlhku a přítomnosti bakterií, proto by měla být kontrolována místa u nemocných, kde se dotýkají dvě kožní řasy. V těchto místech dochází k zadržování tepla a vlhka, tam nejčastěji vzniká opruzenina, dochází k poškození kůže a kůže je macerována.

Nejtypičtější projevy jsou začervenání, pálení a zduření pokožky. Nemocný udává bolest. Místa vzniku opruzenin jsou podpažní jamky, u silných žen pod prsy, kožní záhyby na břicho, na vnitřních stranách stehen, mezi hýžděmi, u obézních lidí na zátylku a pod krkem. Příčina vzniku vlhkých míst jsou funkce a vlastnosti vlastního těla, snížená pohyblivost, obezita, ale i přidružená onemocnění. K předcházení opruzeninám patří pravidelné a šetrné omývání (u ohrožených míst omýváme bez mýdla) a dobré osušení. Nakonec je vhodné kůži promazat tělovým mlékem nebo olejovým sprayem. Pokud již došlo k poškození kůže, používají se obvazové materiály pro vlhké hojení (např. hydrogely, hydrokoloidy, polyuretanová filmová krytí, hydropolymery a polyuretanové pěny), které umožňují fyziologický proces hojení. Důležitá je také prodyšnost materiálů, na kterých nemocný leží, aby se pokožka nezapařila a mohla volně dýchat (5, 15, 16, 23).

1.2.8 Problematika dekubitů

Nedílnou součástí hygienické péče a jmenovitě péče o kůži je prevence, eventuálně léčba, dekubitů. Poškozením kůže a podkožních tkání vzniká dekubitus – proleženina. K proleženině dochází tlakem na měkkou tkáň, kde dochází k nedostatečnému prokrvení, pokožce a svalům chybí kyslík a to způsobí odumření tkáně. Nejvíce postižená místa jsou v křížové oblasti, na kyčelní kosti, kolenech, v oblasti kotníků, pat, genitálu, na palcích u nohou, dále hřebeny lopatek, loketní klouby, uši a týlní krajina. Na vzniku dekubitů se podílejí zevní a vnitřní faktory.

Mezi zevní faktory patří intenzita a doba působení tlaku na postižených místech, mechanické vlivy - stříhové, při nesprávné manipulaci s nemocným a tření způsobuje poškození kůže a tím dochází k riziku infekce. V úvahu musíme brát také chemické vlivy, kdy působením potu, moči a stolice dochází k porušení povrchové vrstvy kůže, proto je třeba dbát na včasné omytí znečištěné pokožky čistící pěnou a následné důkladné osušení.

Vnitřní faktory zahrnují věk, pohlaví, tělesnou hmotnost, nepohyblivost, cévní příčiny, nedostatečnou výživu a dehydrataci a inkontinenci (9, 16, 21).

V rámci prevence sestra dbá na pravidelné kontrolování ohrožených míst, polohování nemocných minimálně po dvou hodinách, na mobilizaci nemocného a samozřejmě na důsledné provádění péče o kůži. Pokožka se musí důkladně očistit od nečistot a bakterií. Používá se celá řada kosmetických prostředků na omytí kůže, kde dbáme na pH. Patří sem čistící pěny s obsahem parafinových rozpouštědel, olej ve spreji nebo kožní ochranné krémy s přísadou zinku. Lůžkoviny a osobní prádlo nemocného se musí udržovat v čistotě a suchu, prostěradlo a podložky vypnuté. Strava by měla být bohatá na bílkoviny, vitamíny a dostatek tekutin. Dále je nutné používání antidekubitárních pomůcek a vhodných prostředků na promaštění pokožky. Sestra sleduje kůži nemocného a vše zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Dekubity mají čtyři stupně vývoje. Prvním stupněm je zarudnutí kůže, pokožka je oteklá, teplá a nebolestivá, nemocný cítí pálení. Sestra sleduje při provádění hygienické péče stav pokožky, reaguje na sebemenší změny a tím může předejít začervenaní pokožky. U druhého stupně již dochází k poškození pokožky a k tvorbě puchýřů, nemocný pociťuje bolest. Třetí stupeň je odumření podkožní tkáně a vytváří se hluboký vřed, který je pokryt černohnědou krustou. Objevuje se teplota a vzniká zánět. Čtvrtý stupeň dekubitů je nekróza, rozpadlá, otevřená rána až na kost (9, 16).

Informace o provedení celkové hygienické péče sestra zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Záznamy slouží k tomu, aby byl přehled o provedeném hygienickém výkonu a tím je zajišťována pravidelná péče o nemocného. Jedná se o výkony – péče o dutinu ústní, celková koupel, mytí vlasů, stříhání nehtů, přehled o vyprazdňování nemocného, výměna ložního prádla, zajišťování pitného režimu a preventivní opatření proti vzniku dekubitů (23, 27).

1.2.9 Manipulace s prádlem

Lůžkoviny a osobní prádlo nemocných vyměňujeme podle potřeby nebo minimálně jednou týdně. Při výměně prádla odstraníme všechny předměty a odstranitelné biologické výměšky. S prádlem nesmíme třepat, protože je kontaminováno mikroorganismy a musíme s ním zacházet jako s infekčním materiálem. V žádném případě nesmíme odhazovat špinavé prádlo na podlahu, ale do přistaveného

vozíku s pytlemi. Při manipulaci s prádlem musíme dodržovat existující předpisy, aby se předešlo šíření nozokomiálních nákaz. Při práci s čistým a použitým prádlem se manipulační cesty nesmí křížit. Čisté prádlo, které se denně dováží z prádelny na oddělení, je ukládáno do předem vydezinfikovaných skříní nebo místností, které jsou k tomu určeny. Ošetřující personál, který je v kontaktu se špinavým prádlem, používá ochranný oděv, rukavice, ústenku a dodržuje zásady osobní hygieny. Špinavé použité prádlo ukládáme do určených pytlů a třídíme je podle druhů. Pytle s použitým prádlem skladujeme v místnosti, která je k tomu určená. Tato místnost musí být chladná, často větraná a každý den dezinfikovaná. Pytel se špinavým prádlem zajistíme páskem, aby se zabránilo vysypání obsahu pytle při transportu. Každý den odváží pověřený zaměstnanec špinavé prádlo do prádelny. Po ukončení manipulace s prádlem je povinen ošetřující personál provést hygienickou dezinfekci rukou. Každé zdravotnické zařízení si vytváří vlastní standard pro manipulaci s čistým a špinavým prádlem (13, 20, 27, 34).

1.3 Duševní hygiena

Při splnění všech požadavků ošetrovatelské péče nesmíme opomenout hygienu duševní, která se také na úrovni poskytované péče velkým dílem podílí.

Duševní hygiena – psychohygiena – je nauka o tom, jak si upevňovat a chránit duševní zdraví, jak zvyšovat odolnost člověka vůči různým škodlivým vlivům. Psychohygiena cílevědomě upravuje životní styl a podmínky pro život tak, aby co nejméně nepříznivě ovlivnily jedince, ale navíc i posílily duševní kondici a rovnováhu člověka. V případě, že nelze zabránit psychickým obtížím, je psychohygiena nástrojem, který učí, jak obtíže nejlépe zvládat. Z pohledu nemocného je nejdůležitější částí psychohygieny komunikace s ošetřujícím personálem, dále možnost udržovat své duševní zdraví pomocí různých technik (v našich podmínkách většinou ve spolupráci s logopedickým či psychologickým odborníkem), využití relaxace nebo meditace. Pro duševní hygienu dlouhodobě hospitalizovaného nemocného by mělo být samozřejmé respektování zvyklostí spojených s jeho vyznáním a umožnění pravidelného setkávání s duchovním, bude-li si to nemocný přát. V nemocničním prostředí má však největší podíl na duševní hygieně nemocného komunikace s ošetřujícím personálem.

O duševní hygienu by se měl každý jedinec starat hlavně sám, ovšem v krizových životních situacích, jakou je i nemoc, by měl být vždy nápomocen ošetřující personál a v závažnějších případech by měli být přizváni ke spolupráci nejenom psychologičtí odborníci, ale také logopedi, kteří se snaží podporovat nemocného různými stimulacemi v duševní aktivitě. Duševní hygienu zlepšuje - dostatečná doba spánku, správná výživa, dostatek pohybu a správné dýchání, správné hospodaření s časem (rozdělení na práci a odpočinek), relaxační a autoregulační cvičení (12, 33, 36).

Na způsob chování člověka mají velký vliv jeho povahové rysy. Podle způsobu chování, reakcí a jednání nemocného se můžeme i při poskytování hygienické péče setkat s několika povahovými typy nemocných, se kterými je komunikace složitější. Úzkostný typ nemocného podléhá snadno vnitřní panice, stydí se, bojí se učinit rozhodnutí, sestra by měla i při hygienické péči navázat s nemocným klidnou konverzací, při níž ho bude povzbuzovat a motivovat. Agresivní typ používá často ironii, sarkasmus, ostrou kritiku, je podezřivý a vztahovačný, zaujímá nepřátelský postoj vůči obecně uznávaným hodnotám, autoritám či zvyklostem. Pedanterní typ nemocného se vyznačuje pořádkumilovností, precizností, dodržováním veškerých předpisů a směrnic. Nepřístupný typ nemocného je samotářský, na vstřícnost druhých reaguje odměřeností a ironií někdy i vulgaritou. Histriónský typ nemocného se vyznačuje teatrálním chováním, snaží se ovlivňovat ostatní, manipulovat s lidmi, má sklon k rozbíjení předmětů, a někdy se projevuje agresí i autoagresí. Jako neúčinnější komunikace se všemi těmito problémovými typy nemocných se jeví komunikace asertivní, kdy se uplatňuje asertivní přístup a znalost asertivních technik (31).

1.4 Kvalita ošetrovatelské péče

1.4.1 Pojem kvality péče

Pojetí kvality ošetrovatelské péče je ovlivněno nastavením hodnot společnosti, dále individuálním hodnocením každého, koho se právě týká, a dále i legislativou a dalšími materiály, které ji definují a určují postupy jejího zkvalitňování.

Kvalitní péče je taková péče, která je účinná k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného a měla by efektivně využívat veškeré možné zdroje - technickou vybavenost, pomůcky a prostředky i vědecké poznatky. Při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče se využívá také mezioborové spolupráce a v poslední době do ošetrovatelského procesu zapojuje také samotného nemocného.

Kvalitní péči lze hodnotit kvantitativními nebo kvalitativními prostředky. Za kvantitativní hodnotící údaje se považují ty, které jsou měřitelné. Za kvalitativní hodnotící údaje jsou považovány údaje dané hierarchií hodnot a jejich soudy, dále subjektivní pohled všech zúčastněných. Nemocný posuzuje nejčastěji, zda poskytnutá zdravotní péče odpovídala jeho očekávání. Personál hodnotí naplnění potřeb tak, jak jsou dány profesionály, zda byla v souladu s vypracovanými postupy využita vhodná technika a dostupné prostředky. Management zase sleduje nejekonomičtější a zároveň nejproduktivnější využití poskytnutých zdrojů. Konkrétní stanovení kvality ošetrovatelské péče je vymezeno pomocí standardů, o kterých se zmiňuji v následující kapitole (4, 6, 30).

1.4.2 Zajištění kvality ošetrovatelské péče

Zásady zajištění kvality péče jsou stanoveny definovanými cíli a profesionálními hodnotami, dále definicí kvality, kterou požadujeme, a vypracováním standardů pro ošetřování. Systém zajištění kvality ošetrovatelské péče je uskutečňován několika významnými kroky. Nejdůležitější je průběžné hodnocení praxe a pružné odstraňování vzniklých problémů v souladu s dohodnutou normou. Další součástí je stanovit konkrétní kroky s pomocí hodnocení kvality péče (ošetrovatelský audit), což se označuje za cyklus zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Neméně důležité je určení,

co je cílem a jak má být cíle dosaženo. K určení a ke zhodnocení dosažení cíle je třeba vytvářet specifické ošetrovatelské standardy (4).

Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Ošetrovatelské standardy se týkají kvalifikace a kategorií ošetrovatelského personálu, personálního obsazení pracoviště, potom realizace ošetrovatelského procesu, vedení ošetrovatelské dokumentace, stanovení pracovních postupů a vybavení. Ošetrovatelské standardy slouží zároveň ke zhodnocení měřitelných kritérií. Zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a povinností je vypracovat i vlastní ošetrovatelské standardy, které musí respektovat rámcové standardy Ministerstva zdravotnictví.

Význam ošetrovatelských standardů je ve stanovení závazných norem pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Pomocí standardů může probíhat objektivní hodnocení poskytované péče. Standardy mají sloužit k ochraně zdravotnického personálu, který může prokázat na základě dodržení příslušného standardu nebo směrnice, že z jeho strany nedošlo k pochybení. A navíc nemocným poskytují pocit jistoty a důvěry v nastavení pravidel standardních postupů jejich ošetřování (4, 30, příloha 8).

1.4.3 Spokojenost nemocných

Sledování spokojenosti nemocných nám umožňuje zjistit, jak nemocní subjektivně vnímají poskytovanou péči a mají - li uspokojené nebo neuspokojené potřeby. Spokojenost nemocných je důležitým (ne jediným) ukazatelem kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Počátkem 90. let minulého století se začala v České republice sledovat spokojenost pacientů, což znamenalo revoluční změnu v přístupu k nemocnému, zmodernizování a zkvalitnění poskytované kompletní péče nemocným. Najednou nebylo důležité pouze hledisko léčebného procesu, viděného a striktně naordinovaného lékařem a ošetrujícím personálem, ale začalo se zjišťovat a hodnotit subjektivní vnímání léčebné péče nemocným. Nemocný tak dostal možnost vyjádřit svou spokojenost či nespokojenost s léčebným postupem a začaly se brát ohledy na specifické požadavky nemocného (právo na doprovod dítěte v nemocnici nebo přítomnost otce u porodu jsou typickým příkladem změny postojů kdysi tak

strohých a chladných pravidel v nemocničních zařízeních). Byly vypracovány studie spokojenosti nemocných a na základě jejich vyhodnocení byla nastavena nová kritéria pro poskytování a hodnocení ošetrovatelské péče. Vznikaly zde první poznatky, výzkumné metody a výsledky sledování. Orientace na nemocného je součástí managementu kvality zdravotní péče (nemocný je dnes brán jako zákazník), ale zároveň jde o uspokojování potřeb lidským a etickým přístupem, což je ovlivněno také hlubokými humanistickými kořeny v medicíně. Spokojenost nemocného může dílčím způsobem ovlivňovat klinický efekt léčby. Spokojený nemocný lépe spolupracuje, je aktivnější v průběhu léčby, důvěřuje více lékařům a ošetřujícímu personálu a lépe přijímá jejich doporučení. Na hodnocení kvality péče o nemocné se využívají programy „Quality Assurance“, které mají různou podobu. Záleží vždy na managementu zdravotnického zařízení, jakou podobu programu si k zajišťování kvality zvolí. Systém akreditace nemocnic ukládá jako jednu z podmínek pro získání akreditace pravidelné sledování a vyhodnocování spokojenosti nemocných (19).

1.4.4 Metody sledování spokojenosti nemocných

Nejpoužívanější metodou je dotazníkové šetření. Dotazník je formulář tvořený otázkami, které se vztahují k určité problematice šetření. V dotazníku se používají uzavřené otázky, které nabízí možné varianty odpovědí, dále jsou to otázky otevřené a polouzavřené. Další formou otázek jsou škály. Je to stupnice 5ti bodová, kdy respondent odpovídá známkou od 1 do 5ti – kdy známkou 1 vyjadřuje nejvyšší spokojenost a známkou 5 úplnou nespokojenost (obdoba školního známkování).

Při sledování spokojenosti nemocných se, jako další metoda, používá rozhovor individuální. Je to nestrukturovaný rozhovor volný, který není předem připravený a je závislý na průběhu komunikace mezi tazatelem a respondentem. Dále se používá strukturovaný standardizovaný rozhovor, který postupuje podle předem připravených a přesně v určitém pořadí formulovaných otázek, podobá se proto dotazníku. Další rozhovor, který se používá, je skupinový. Ten může být se skupinou respondentů vybranou náhodně nebo cíleně. Pokud se rozhodneme pro rozhovor, je nutné si zajistit souhlas nemocných a dohodnout se, jakým způsobem rozhovor provedeme. Rozhovor si

můžeme nahrávat na magnetofonový záznam nebo písemně zaznamenávat, vždy se souhlasem nemocného (1, 19).

Ke zjišťování spokojenosti nemocných se také používá technika pozorování. Pozorování se využívá u kvalitativního výzkumu. Tato metoda se zaměřuje na zkoumání malých skupin. Využívá se i v ošetrovatelství při sledování potřeb nemocných, při šetření předávání informací nemocným i mezi ošetřujícími personálem, nebo při zmapování vybavení ošetrovacích jednotek či provozu oddělení. Pozorování je buď nezúčastněné nebo zúčastněné. Nezúčastněné je takové, že pozorovatel nic nevykonává, nezasahuje, jen pozoruje děj a vše si zaznamenává do pozorovacího archu. Zúčastněné pozorování znamená, že pozorovatel se stává sám na určitou dobu součástí pozorovaného jevu (1, 19).

1.4.5 Uspokojování potřeb nemocného

Každý člověk je individualita, každý má jedinečné vlastnosti, svoje názory, postoje a potřeby. Obecně pojem potřeby vyjadřuje něčeho nedostatek nebo přebytek. Je to stav organismu, který je charakterizován změnou rovnováhy organismu. Člověk ji nutně potřebuje ke svému životu a vývoji. Potřeby jsou základní motivační silou, jak udržet stálost vnitřního prostředí uvnitř organismu a mezi organismem a prostředím. Jsou velmi nutné a užitečné, souvisejí se zachováním a s kvalitou našeho života. Při prožívání nedostatku potřeby je ovlivněn psychický stav člověka. Jedinec se cítí být ohrožen a neuspokojené potřeby u něho vyvolávají neklid, strach a emoce. Lidské potřeby se během života mění a jsou určovány kulturou. Toto definování pojmu potřeby se vztahuje i na potřebu hygienické péče o nemocného. Uspokojení potřeb spojených s hygienickou péčí navozuje u nemocného rovnováhu organismu, jak po fyzické stránce, tak i po psychické. Pravidelné provádění hygieny podporuje celkově zlepšení fyzického zdravotního stavu, napomáhá předcházení infekcím a komplikacím. Pro duševní rovnováhu má hygienická péče také nezanedbatelný význam, neboť nemocný se po provedené očištění cítí vždy spokojenější. Podstatou celého procesu hygienické péče je tedy uspokojování všech potřeb nemocného spojených s fyzickou i duševní

hygienou. Na základě toho, zda jsou u nemocného uspokojovány veškeré jeho potřeby, lze subjektivně zhodnotit kvalitu poskytované péče (23, 29, 30).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat, zda hygienická péče prováděná v nemocničním zařízení odpovídá potřebám nemocných.
2. Identifikovat faktory vedoucí k neposkytování hygienické péče dle platného standardu.
3. Navrhnout možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

1. Odpovídá prováděná hygienická péče v nemocničním zařízení potřebám nemocných?
2. Jsou nemocní spokojeni s prováděnou hygienickou péčí s pomocí zdravotnického personálu?
3. Jaké překážky brání sestřám v poskytnutí kvalitní hygienické péče o nemocné?
4. Je možné zkvalitnit hygienickou péči o nemocné na lůžkovém oddělení?

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Ke sběru dat byly použity kvalitativní výzkumné techniky. K naplnění cílů byla použita metoda dotazování u sester a nemocných a dále technika pozorování.

První použitou metodou byla metoda dotazování, technikou strukturovaného rozhovoru s nemocnými na základě předem připravených otázek. Před vlastním šetřením byl proveden předvýzkum u 2 nemocných formou hloubkového rozhovoru, během něhož byl použit i Barthelův index k hodnocení úrovně soběstačnosti. Bylo však zjištěno, že vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocných, k jejich únavě a ke snížené schopnosti spolupráce bylo nutné změnit formu rozhovoru z hloubkového na strukturovaný. Rozhovor byl veden individuálně a zcela anonymně. Obsahoval 17 uzavřených otázek. Většina otázek byla zaměřena na spokojenost nemocných s prováděním hygienické péče. Otázka 17 zjišťovala, zda by chtěli nemocní navrhnout nějakou změnu v poskytování hygienické péče (příloha 5).

Druhou použitou metodou byl nestandardizovaný rozhovor se sestrami. Obsahoval 11 otevřených otázek, které se týkaly znalosti a používání Standardu osobní hygieny FN Plzeň, hodnocení procesu prováděné hygienické péče a dále návrhů na zlepšení. Rozhovor byl veden individuálně a zcela anonymně (příloha 6).

Pro dokreslení problematiky byla použita technika strukturovaného neúčastněného pozorování nemocných a sester. Pozorování bylo zaměřeno na provádění hygienické péče, proces hygienické péče, dostatek pomůcek na hygienickou péči, péči o kůži, lůžko a dodržování intimity nemocného. K této technice byl použit záznamový arch, který sloužil k následnému zapisování výsledků. Před vlastním pozorováním byl proveden jednodenní předvýzkum, kdy bylo zaznamenáváno pozorování do záznamového archu. Během tohoto předvýzkumu došlo k přehodnocení v zadání záznamů některých oblastí pozorování hygienické péče a bylo nutno přistoupit k mírným úpravám v záznamovém archu. Vlastní pozorování probíhalo 8 dní na lůžkovém oddělení (příloha 7).

Výzkumná část byla provedena během měsíce února 2009.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty výzkumu tvořili hospitalizovaní nemocní na neurochirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Bylo osloveno 6 nemocných, kteří byli dlouhodobě upoutáni na lůžko, dle Barthelova indexu vykazovali vysoký stupeň závislosti na ošetřujícím personálu, přesto byli ochotni spolupracovat na této výzkumné práci. Další výzkumný soubor tvořilo 7 sester, které přímo pečovaly o tyto nemocné na neurochirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Výzkumné šetření bylo provedeno na základě souhlasu náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a souhlasu vedení neurochirurgického oddělení. O pozorování sester byla informována pouze vrchní sestra oddělení, po ukončení pozorování bylo sestřám sděleno, v jaké oblasti byly pozorovány.

4. Výsledky

Tato kapitola je členěna do podkapitol dle sledovaných souborů. V první podkapitole jsou popisovány výsledky strukturovaného rozhovoru s nemocnými, v druhé podkapitole jsou zaznamenány výsledky nestandardizovaného rozhovoru se sestrami a třetí podkapitola je doplněna strukturovaným nezúčastněným pozorováním nemocných a sester.

4.1 Výsledky rozhovoru s nemocnými

Sběr dat probíhal na podkladě strukturovaného rozhovoru se 6-ti nemocnými, kteří byli dlouhodobě upoutáni na lůžko a zcela závislí na ošetřujícím personálu. Odpovědi nemocných byly zaznamenávány písemně a zpracovány do tabulek. V tabulkách jsou uváděny pouze ty varianty odpovědí, které nemocní uváděli.

Tabulka 1 Barthelův test základních všedních činností

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
vysoký stupeň závislosti – 25 bodů	1						1
vysoký stupeň závislosti – 35 bodů		1	1	1	1	1	5

Tabulka demonstruje zhodnocení stupně závislosti nemocných. U 6ti nemocných je vysoký stupeň závislosti, z toho 5 nemocných dosáhlo hodnoty 35 bodů a 1 nemocný hodnoty 25 bodů.

Tabulka 2 Pohlaví nemocných

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
Muž		1	1			1	3
Žena	1			1	1		3

Tabulka popisuje pohlaví 6ti nemocných. 3 nemocní jsou muži a 3 nemocní jsou ženy.

Tabulka 3 Spokojenost nemocných se soukromím při provádění osobní hygieny

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
velmi spokojen/a – škála 1				1			1
méně spokojen/a – škála 2	1		1				2
těžko říci – škála 3		1			1		2
méně nespokojen/a – škála 4						1	1

V tabulce je popisována spokojenost se soukromím nemocných při provádění osobní hygieny. 1 nemocný se cítil velmi spokojený, méně spokojeni byli 2 nemocní, těžko říci odpověděli 2 nemocní a méně nespokojen se cítil 1 nemocný.

Tabulka 4 Spokojenost nemocných s časovou dotací na vykonání hygienické péče

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, doba je optimální	1			1	1		3
ne, potřebuji více času		1				1	2
někdy ano			1				1

Tabulka demonstruje odpovědi nemocných na spokojenost s dostatkem času na vykonání hygienické péče. 3 nemocní odpověděli, že doba je optimální, 2 nemocní by potřebovali více času a 1 nemocný by v některých případech potřeboval také více času.

Tabulka 5 Spokojenost nemocných s teplotou vody při mytí za asistence ošetřujícího personálu

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, vždy				1			1
Někdy	1	1					2
mám možnost si požádat o změnu teploty vody			1		1	1	3

Tato tabulka popisuje odpovědi nemocných na spokojenost s teplotou vody při mytí za asistence ošetřujícího personálu. 1 nemocný uvedl, že je vždy spokojen, 2 nemocní byli někdy spokojeni a 3 nemocní uvedli, že si mohou požádat o změnu teploty vody.

Tabulka 6 Spokojenost nemocných s teplotou v pokoji při provádění hygienické péče

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, teplota je optimální	1	1		1	1		4
ne, při koupeli mi je zima						1	1
vadí mi průvan			1				1

Tato tabulka ukazuje odpovědi nemocných na spokojenost s pokojovou teplotou při provádění hygienické péče. 4 nemocní odpověděli, že teplota je optimální, 1 nemocný uvedl, že dvakrát mu byla při koupeli zima a 1 nemocnému vadil průvan.

Tabulka 7 Ošetřující personál provádí rozhovor nemocných o jejich zvyklostech při provádění hygienické péče

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, provádí rozhovor	1		1	1	1	1	5
ne, neprovádí rozhovor		1					1

V tabulce jsou demonstrovány odpovědi nemocných na otázku, zda byl proveden rozhovor o zvyklostech při provádění hygienické péče s ošetřujícím personálem. Ano odpovědělo 5 nemocných a s 1 nemocným rozhovor proveden nebyl.

Tabulka 8 Respektování zvyklostí a potřeb nemocného při provádění hygienické péče v nemocnici

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, jsou respektovány mé zvyklosti a potřeby	1		1	1	1		4
někdy nejsou respektovány		1				1	2

Tabulka popisuje odpovědi nemocných na otázku, zda jsou respektovány zvyklosti a potřeby nemocných při provádění hygienické péče v nemocnici. Ano, jsou respektovány, odpověděli 4 nemocní, 2 nemocní uvedli, že jejich zvyklosti a potřeby někdy nejsou respektovány.

Tabulka 9 Dostatek pomůcek na hygienickou péči z pohledu nemocného

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, mám dostatek pomůcek	1	1	1	1	1	1	6

Z tabulky vyplývá, že všech 6 nemocných má dostatek pomůcek na hygienickou péči.

Tabulka 10 Umožnění nemocných si umýt ruce před jídlem

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, mám možnost si umýt ruce			1		1		2
ne, nemám možnost si umýt ruce	1	1		1		1	4

Tabulka popisuje odpovědi nemocných na otázku, zda mají možnost si umýt ruce před jídlem. Ano, odpověděli 2 nemocní, ne, odpověděli 4 nemocní.

Tabulka 11 Umožnění nemocných si umýt ruce po jídle

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, je mi umožněno si umýt ruce	1	1	1	1	1	1	6

Tabulka popisuje odpovědi nemocných na otázku, zda mají možnost si umýt ruce po jídle. Ano, odpovědělo všech 6 nemocných.

Tabulka 12 Použití plenkových kalhotek u nemocných

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ano, používám	1		1				2
ne, nepoužívám		1		1	1	1	4

Tabulka demonstruje odpovědi nemocných na otázku, zda používají plenkové kalhotky. Ano, odpověděli 2 nemocní, ne odpovědělo 4 nemocní.

Tabulka 13 Četnost výměny plenkových kalhotek u nemocných

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ráno	1		1				2
při vyprazdňování	1		1				2

Tato tabulka rozvíjí odpověď ano z tabulky 12, kde 2 respondenti používali plenkové kalhotky. Respondenti N1 a N3 odpověděli na otázku, že výměna plenkových kalhotek je jim prováděna ráno a při vyprazdňování.

Tabulka 14 Způsob vyprazdňování nemocných

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
na podložní míse		1		1	1	1	4
jiné: plenkové kalhotky	1		1				2

Tato tabulka popisuje odpovědi nemocných na otázku, jakým způsobem se vyprazdňují. 4 nemocní odpověděli, že se vyprazdňují na podložní míse a 2 nemocní, že používají plenkové kalhotky.

Tabulka 15 Umytí nemocného po vyprázdnění

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
hned, jak kdy			1	1	1	1	4
musíte čekat	1	1					2

Tabulka demonstruje odpovědi nemocných na otázku, zda musí čekat na umytí po vyprázdnění. 4 nemocní uvedli, že byli umyti hned, nebo jak kdy, 2 nemocní museli čekat, než je ošetřující personál umyl.

Tabulka 16 Důvod čekání nemocného na umytí po vyprázdnění

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
ošetřující personál byl zaneprázdněný a neměl na mě dostatek času	1						1
nikdo si mě nevšiml		1					1

Tabulka rozvíjí odpovědi z tabulky 15 odpovědi pouze u nemocných, kteří museli čekat na umytí po vyprázdnění. Respondent N1 uvedl, že ošetřující personál byl zaneprázdněný a neměl na něj dostatek času. Respondent N2 uvedl, že si ho nikdo nevšiml. Ostatní respondenti N3, N4, N5 a N6 uvedli, že nemuseli čekat na umytí po vyprazdňování.

Tabulka 17 Navrhované změny poskytované hygienické péče v nemocničním zařízení nemocnými

N = nemocný	N1	N2	N3	N4	N5	N6	Σ
aby měly sestry více času na nemocné	1	1				1	3
nemusel bych se mýt 2x denně			1				1
omezení hlasitého hovoru sester		1				1	2
vadí mi ošetřovatel muž					1		1
více intimity při hygienické péči		1			1	1	3
ne, vše mi vyhovuje				1			1
celkově spokojený se zdravotnickým personálem	1	1	1		1	1	5

Tabulka popisuje odpovědi nemocných na otázku, zda by něco chtěli změnit v poskytování hygienické péče v nemocničním zařízení. 3 nemocní by uvítali, kdyby sestry měly více času na nemocné. 1 nemocný vyjádřil nadbytečnost mytí 2krát denně. 2 nemocní uvedli, že je při vykonávání hygienické péče rušil hlasitý hovor ostatních sester. 1 nemocná poukázala na to, že při poskytování hygienické péče jí vadilo, že byl přítomen ošetřovatel muž. Více intimity při provádění hygienické péče by uvítali 3 nemocní. 5 nemocných, kteří navrhovali změny poskytované hygienické péče, vyjádřili celkovou spokojenost se zdravotnickým personálem. Naprosto vyhovující hygienickou péči zhodnotil 1 nemocný.

4.2 Výsledky rozhovoru se sestrami

Rozhovor byl proveden se 7 sestrami, pracujícími na neurochirurgickém oddělení fakultní nemocnice v Plzni. V době výzkumu pečovaly o nemocné, se kterými byl proveden strukturovaný rozhovor. Se sestrami byl proveden nestandardizovaný rozhovor.

Rozhovor – sestra 1

Sestra 1 *zná standard* na osobní hygienu a ví, kde ho najde, v případě nejasností. Standard využívá v plném rozsahu. Vždy se snaží hygienický režim přizpůsobovat podmínkám nemocného a v případě zájmu ze strany rodiny umožňuje příbuzným podílet se na *hygienické péči*. Denně se věnuje nemocnému z hlediska poskytování hygienické péče ráno přibližně 45 minut a dále asi 3x denně 10 minut dle potřeb nemocného. S poskytnutými pomůckami k hygienické péči na oddělení je spokojená a plně vše využívá, včetně plenkových kalhotek. Dále tato sestra uvedla, že při ranní hygienické péči, která je nejobsáhlejší, úzce spolupracuje s ostatním *ošetřujícím personálem*. Po zbytek dne využívá spolupráci s ošetřujícím personálem dle potřeby nemocného. Jako *překážku*, která by jí bránila v poskytování hygienické péče dle jejich představ, uvedla pouze nemocné s vysokým intrakraniálním tlakem. Nemocnicí dané standardy týkající se hygienické péče nemá tendence měnit, jejich znění shledává, jako vyhovující, stejně tak i možnosti dané oddělením jsou plně vyhovující.

Rozhovor – sestra 2

Sestra 2 *standard* na osobní hygienu označila jako *základní návod* na poskytování hygienické péče u nemocného, který zná a řídí se jím. Uvádí, že jej lze nalézt v nemocničním informačním systému, kde je dostupný všem, a bez výjimek jej dodržuje. Nemocného nenutí provádět osobní hygienu v době, kdy to vyhovuje jí, ale přizpůsobuje se potřebám nemocného. Vždy záleží na individuální domluvě, pokud se nemocný necítí dobře nebo nechce právě hygienu provádět, domluví se s ním na vhodnější době. Pokud má rodina zájem o spolupodílení se na hygienické péči, vždy je jí to umožněno. Potom se snaží dle stavu nemocného rodinu v této oblasti edukovat, jak

hygienickou péči provádět nebo ji provede společně s rodinným příslušníkem. *Hygienické péči* vždy věnuje tolik času, kolik a jak často potřebuje nemocný, zpravidla asi 30 minut. Ohledně pomůcek k hygienické péči má sestra na oddělení běžné prostředky, dále využívá pojízdnou vanu ARJO pro ležící nemocné. Zmiňuje se také o vybavenosti sprchových koutů madly a sedátky pro nemocné, kteří jsou schopni s doprovodem dojít a s pomocí hygienu provést. Plenkové kalhotky používá pouze u inkontinentních nemocných. *S ošetřujícím personálem* spolupracuje vždy. Jako *nedostatek* při ideálním poskytování hygienické péče hodnotí občasný nedostatek jednorázových podložek a po některém víkendu chybějící prádlo, neboť po víkendu dodává prádelna až v odpoledních hodinách. Celkovou úroveň hygienické péče vidí jako dobrou a znění standardu vystihuje optimálně kvalitu péče o nemocné.

Rozhovor - sestra 3

Sestra 3 je se standardem osobní hygieny seznámena a ví, kde ho najít, v případě, že by potřebovala něco „osvěžit“. Tímto *standardem se* v zásadě *řídí*, ale přiznává, že má občas tendenci držet se svých návyků, které nejsou vždy ve shodě se standardem. Při provádění *hygienické péče* se snaží vycházet z potřeb nemocných, přihlíží k jejich fyzické výkonnosti a bere ohled na jejich návyky z domova. Pokud projeví rodina zájem o pomoc při hygienické péči, umožňuje to, i když přiznává, že občas je to náročné spojit s léčebným programem nemocného. Pokud rodina pečuje o nemocného, stejně se tato sestra snaží na provádění hygienické péče dohlížet a případně pomoci. Časový rozsah věnovaný hygienické péči přizpůsobuje stavu nemocného, zohledňuje diagnózu nemocného. Obvykle však provádí péči u ležících nemocných 2x denně, ráno a večer, přibližně po půl hodinách, dále se řídí potřebami nemocného. Z toho ráno koupel na lůžku, nebo někdy ve vaně ARJO a večer na lůžku. Minimálně 1x denně vyměňuje ložní prádlo, obvykle ráno při koupeli, během dne dle potřeby. Uvádí, že všechny pomůcky k hygienické péči má k dispozici v dostatečném množství. Dostatek má i plenkových kalhotek, které používá, ale více dává přednost jednorázovým podložkám, protože díky plenkovým kalhotkám dochází snáze k opruzeninám a jiným poškozením kůže. Ve spolupráci *s ošetřovatelským personálem*

záleží na jeho schopnosti a zodpovědnosti. Většinou u ležících nemocných přenechává provedení osobní hygieny jen na nich a provádí pouze kontrolu. V případě obavy, že by mohlo dojít k nějakým komplikacím, provádí hygienickou péči pouze sama. S kolegyněmi sestrami si vždy vypomáhají dle potřeby. Jako *překážku* v optimálním poskytování hygienické péče uvádí občasný nedostatek času, někdy nedostatek fyzických sil sester a nemožnost sehnat relevantní pomoc. Také poukazuje na nemožnost respektování studu nemocného z důvodu stavebního uspořádání oddělení. Ve věci zlepšení by sestra uvítala více času a více pomocného personálu, navrhuje více motivovat rodinu k pomoci. Ve standardu nemá potřebu něco měnit.

Rozhovor - sestra 4

Sestra 4 *zná standard* na osobní hygienu a ví, kde ho najde. Plně a vždy ho dodržuje. *Hygienickou péči* přizpůsobuje potřebám nemocného. Pokud je nemocný nestabilní s vysokým intrakraniálním tlakem, neprovádí péči obvykle, nesmí dojít k žádným prudkým změnám polohy nemocného, pouze ho tedy otírá a provádí bazální stimulaci. Při projevení zájmu vždy umožňuje rodině zapojit se do hygienické péče. Denně sestra sama věnuje této péči asi půl hodiny na jednoho nemocného, přičemž využívá vždy *pomoc ošetřujícího personálu*. Pokud probíhá péče ve vaně doba poskytování se prodlužuje asi na 1 hodinu a dále během dne dle potřeb nemocného. Z pomůcek nejvíce využívá přenosnou vanu ARJO minimálně obden, plenkové kalhotky používá pouze u nemocných s průjmovým onemocněním. Standardní hygienickou péči nemůže poskytnout v plném rozsahu pouze nestabilním nemocným, po těžkém traumatu. Jako *možné zlepšení* navrhuje méně nemocných na pokoji, více času na nemocného a lepší zajištění intimity nemocných. Standard osobní hygieny, dle jejího názoru, splňuje představy o provádění hygienické péče na oddělení a není třeba jej měnit.

Rozhovor – sestra 5

Sestra 5 se vyjadřuje s tím, že je *seznámena dobře se standardem* osobní hygieny a v rámci provozu a vytížení se snaží se jím plně řídit a ví, kde ho najde. I když přiznává, že ne vždy je možné dodržet vše do důsledku z důvodu časové tísně nebo stavu nemocného (jako příklad uvádí nestabilizované nemocné). Hygienický režim vždy přizpůsobuje nemocným i rodině nemocného, v případě, že rodina projeví zájem účasti na *hygienické péči*. Dále vždy bere ohled i na alergie nemocného, domlouvá se i s rodinou, když chtějí upřednostnit jejich mycí prostředky před ústavními. Spolupráci umožňuje příbuzným nemocných raději při návštěvách (většinou hlavně holení nebo péče o nehty), ale celkovou hygienickou péči raději dělá sama. Časově vytížená hygienickou péčí je tato sestra přibližně tak 45 minut denně, při péči o 2 nemocné se čas prodlužuje na asi 1,5 hodiny. Dále provádí hygienickou péči dle potřeby nemocného. Z pomůcek, které využívá, jmenuje hlavně přenosnou vanu ARJO, dále jednorázové žínky, k hygieně dutiny ústní Skinsept a další běžné prostředky. Plenkové kalhotky používá pouze pro nemocné s vleklými průjmy, jinak dává přednost jednorázovým podložkám, které jsou vzdušnější. *S ošetřujícím personálem* spolupracovat musí, při polohování nemocných v bezvědomí je nutná pomoc 4 lidí, taktéž při otáčení v ose nemocných s postižením páteře. Návrh *na zlepšení* udává kvalitnější matrace, ty stávající mají povrch, který brzo popraská, a dále by uvítala zvedák na nemocné. Uvědomuje si však, že tyto požadavky jsou finančně náročné a zatím asi nerealizovatelné. Se standardem vcelku souhlasí, jen uvádí, že by nepreferovala každodenní mytí nemocných, neboť při častém mytí někdy vznikají vyrážky.

Rozhovor – sestra 6

Sestra 6 uvádí *znalost standardu* osobní hygieny a ví, kde ho najde. Vždy se jím řídí a využívá ho také v době nástupní praxe sester a nižšího zdravotnického personálu k osvojení dovedností k provádění hygienické péči o nemocné. Hygienickou péči se snaží přizpůsobovat nemocným, ale uvádí, že ne vždy to lze, vzhledem podmínkám oddělení, zmiňuje také problém poskytování péče nemocným odlišné kultury. Pokud je

zájem ze strany rodiny, umožňuje vždy příbuzným podílet se na hygienické péči. *Hygienickou péči* u nemocných vykonává denně asi 30 minut ráno, pak 30 minut večer a kdykoliv během dne dle požadavků nemocného. Velmi vítanou pomůckou, kterou hodně využívá, je přenosná vana ARJO. Plenkové kalhotky využívá pro nemocné minimálně, dává přednost jednorázovým podložkám. *Ošetřující personál* je nepostradatelný i pro tuto sestru, s jejich pomocí vykonává jak ranní hygienickou péči tak i polohování nemocných a další péči. Jako překážku k ideální péči uvádí pouze kulturní rozdíly, jinak je vždy schopná se s nemocným či příbuznými domluvit. Jako možné zlepšení by uvítala služby odborníků jako třeba manikéra či pedikéra. Standard je dostačující dle sestry a slouží jako základní šablona pro poskytování péče, v důsledku ale záleží na každém jedinci, na jeho schopnostech, aby dokázal zorganizovat čas a práci, aby rámcově daný postup provedl co nejefektivněji.

Rozhovor – sestra 7

Sestra 7 *standard zná* a ví, kde ho najde. Vždy ho dodržuje, pouze při velmi stresových situacích je nutno se přizpůsobit. Většinou se snaží přizpůsobit také potřebám nemocných i rodině nemocného, má-li rodina zájem o spolupodílení se na *hygienické péči*. Ranní hygieně se sestra věnuje zhruba 20 minut, dále až 4x denně dalších 15- 20 minut dle potřeby nemocného. Vítaným pomocníkem je pro sestru přenosná vana ARJO, jednorázové podložky, které využívá mnohem častěji než plenkové kalhotky. *S ošetřujícím personálem* spolupracuje jak v oblasti předávání si informací o nemocném, tak v oblasti pomoci při polohování a jiných úkonem s nemocným spojených. Jako *překážky* uvádí nedostatek prostoru okolo lůžka, nedostatek času a hlavně chybění pomůcek na zvedání a přesun váhově těžkých nemocných. Ve standardu nemá potřebu něco měnit.

4.3 Nejčastější odpovědi sester v tabulkách

Tabulka 18 Znalost a využití standardu hygienické péče sester

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
znám standard hygienické péče	1	1	1	1	1	1	1	7
vím, kde ho najdu	1	1	1	1	1	1	1	7
základní návod na poskytování hygienické péče je dostupný všem		1						1
standard využívá	1			1	1	1		4
standardem se řídí		1	1		1	1	1	5

Tabulka popisuje nejčastější odpovědi sester na znalost a využití standardu hygienické péče. Z celkového počtu 7 sester byla zaznamenána 7x odpověď, že znají standard hygienické péče všechny sestry. Odpověď, že ví, kde ho najde, byla uvedena 7x. 1x byla zaznamenána odpověď, že je to základní návod na poskytování hygienické péče (S2). 1x byla uvedena odpověď, že je dostupný všem (S1). 4x byla zaznamenána odpověď, že standard využívá (S1, S4, S5, S6). 5x byla uvedena odpověď, že standardem se řídí (S2, S3, S5, S6, S7).

Tabulka 19 Přizpůsobení hygienického režimu potřebám nemocných a umožnění rodině podílet se na hygienické péči nemocných

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
režim přizpůsobuje potřebám nemocných	1	1	1	1	1	1	1	7
umožňuje rodině podílet se na spolupráci	1	1	1	1	1	1	1	7
rodinu edukuje		1						1

Tabulka uvádí počet odpovědí na otázku, zda sestry přizpůsobují hygienický režim potřebám nemocných. Z celkového počtu 7 sester, bylo 7x uvedeno, že se přizpůsobují potřebám nemocných. 7x bylo uvedeno, že umožňují rodině podílet se na hygienické péči nemocných. 1x byla zaznamenána odpověď, že rodinu edukuje (S2).

Tabulka 20 Čas věnovaný denně hygienické péči nemocnému

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
ranní hygiena – 45 min.	1				1			2
ranní hygiena – 30 min.		1	1	1		1		4
ranní hygiena – 20 min.							1	1
hygienickou péči dle potřeby nemocných během dne	1	1	1	1	1	1	1	7
hygiena večer - 30 min.			1			1		2

Z tabulky vyplývá, kolik času sestry věnují hygienické péči nemocných. Z celkového počtu 7 odpovědí, bylo 1x uvedeno 20 minut (S7), 4x uvedeno 30 minut (S2, S3, S4, S6), 2x uvedeno 45 minut (S1, S5). 2x bylo uvedeno, že sestry vykonávají hygienickou péči večer 30 minut (S3, S6). 7x bylo zaznamenáno, že hygienickou péči sestry provádí během dne dle potřeby nemocných.

Tabulka 21 Používání hygienických pomůcek a plenkových kalhotek

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
dostatek pomůcek	1	1	1	1	1	1	1	7
vana ARJO	1	1	1	1	1	1	1	7
jednorázové podložky	1	1	1	1	1	1	1	7
plenkové kalhotky má k dispozici, ale používá omezeně	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabulka popisuje odpovědi sester, zda mají dostatek pomůcek k hygienické péči nemocných a zda používají plenkové kalhotky pro nemocné. 7x bylo uvedeno, že mají dostatek pomůcek. 7x bylo uvedeno, že používají vanu ARJO a jednorázové podložky. Plenkové kalhotky má k dispozici také všech 7 sester, ale používají je omezeně.

Tabulka 22 Spolupráce s ošetřujícím personálem

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
ano, spolupracuje	1	1	1	1	1	1	1	7

Tabulka ukazuje odpovědi sester na otázku, zda spolupracují s ošetřujícím personálem při poskytování hygienické péče nemocným. 7x bylo odpovězeno, že spolupráce probíhá vždy, a to i několikrát denně.

Tabulka 23 Překážky a návrhy na zlepšení hygienické péče

S = respondent - sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
překážka – zdravotní stav (vysoký intrakraniální tlak)	1							1
překážka – občasný nedostatek jednorázových podložek		1						1
překážka – nedostatek času			1	1		1	1	4
zajištění více intimity			1	1				2
více pomocného personálu			1					1
možnost mít zvedák na nemocné					1		1	2
mít kvalitnější matrace					1			1
možnost služby odborníků (manikúra, pedikúra)						1		1

Z tabulky vyplývají překážky v poskytování hygienické péče a návrhy na zlepšení hygienické péče. Z celkového počtu 7 odpovědí, bylo 4x uvedeno, že je nedostatek času na nemocné (S3, S4, S6, S7). 1x bylo uvedeno, že překážkou je i zdravotní stav nemocného (S1). 1x bylo uvedeno, že je občasný nedostatek jednorázových podložek (S2). 2x byla zaznamenána odpověď, že by měla být více zajištěna intimita nemocných (S3, S4). 1x bylo uvedeno, že by mohlo být více pomocného personálu (S3). 2x bylo uvedeno, že by bylo dobré mít zvedák na nemocné. (S5, S7). 1x bylo uvedeno, že by měli být kvalitnější matrace (S5). 1x byla zaznamenána odpověď, že by uvítali možnost služby manikúry a pedikúry (S6).

4.4 Výsledky pozorování nemocných a sester

Nezúčastněné pozorování probíhalo v průběhu 8 dnů v měsíci únoru na neurochirurgickém oddělení. Pozorovanou skupinu tvořilo 6 nemocných, kteří byli upoutáni na lůžko a zcela závislí na ošetrovatelském personálu. Dále pozorovanou skupinou byly sestry, které se staraly přímo o pozorované nemocné. Pozorování bylo zapisováno do záznamového archu, který sloužil k zaznamenávání výsledků. Výsledky pozorování jsou dány do tabulek, podle jednotlivých pozorovacích oblastí. V tabulkách je uvedena absolutní četnost výskytu úkonů u pozorovaných nemocných po jednotlivých dnech.

Tabulka 24 Provádění hygienické péče

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- před každým provedením hygienické péče proveden rozhovor sestry o zvyklostech nemocného	0	1	1	0	0	0	1	0
- pouze při prvním kontaktu proveden rozhovor sestry o zvyklostech nemocného	3	2	3	3	2	2	1	2
- po domluvě s ošetřujícím personálem zapojena rodina do hygienické péče	3	2	2	2	2	3	2	2
- zapojení rodiny při večerní hygienické péči	2	1	2	2	1	2	2	1
- zapojení sanitáře/ky do hygienické péče	5	4	4	5	6	5	6	4
- zapojení další sestry do hygienické péče	5	5	5	5	4	5	5	5
- zapojení ošetřujícího personálu do hygien. péče o nemocného na zavolání a při znečištění	4	4	3	3	4	4	3	4
- zapojení ošetřujícího personálu při každé hygienické péči - ranní	6	6	6	6	6	6	6	6
- zapojení ošetřujícího personálu při hygienické péči - večerní	6	6	6	6	6	6	6	6

Pozorování bylo zaměřeno na provádění hygienické péče. V 2., 3. a 7. dni pozorování byl proveden rozhovor sestry s nemocným o jeho zvyklostech v provádění hygienické péče před každým provedením hygienické péče u 1 nemocného, 1., 4., 5., 6. a 8. den u žádného nemocného. V 1., 3. a 4. dni byl proveden rozhovor sestry s nemocným pouze při prvním kontaktu u 3 nemocných a v 2., 5., 6. a 8. dni u 2 nemocných, 7. den u 1 nemocného. Dále bylo pozorováno, že rodina se zapojuje do hygienické péče po domluvě s ošetřujícím personálem v 2., 3., 4., 5., 7. a 8. dni u 2 nemocných a v 1. a 6. dni pozorování u 3 nemocných. Při večerní hygienické péči se

v 1., 3., 4., 6. a 7. dni zapojila rodina u 2 nemocných. V 2., 5. a 8. dni se zapojila rodina u 1 nemocného. Při provádění osobní hygieny nemocného bylo vyzorováno v 1., 4. a 6. dni, že sanitář/ka se zapojuje u 5ti nemocných, v 2., 3. a 8. dni u 4 nemocných v 5. a 7. dni u 6 nemocných. 1. – 4. den a 6. – 8.den pozorování se zapojuje sestra u 5ti nemocných a 5.den u 4 nemocných. Na zavolání a při znečištění se v 1., 2., 5., 6. a 8. dni ošetřující personál zapojuje u 4 nemocných a v 3., 4. a 7. dni u 3 nemocných. Při každé hygienické péči ráno a večer se v 1. – 8. dni zapojuje ošetřující personál u 6ti nemocných.

Tabulka 25 Proces hygienické péče

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- dostatek jednorázových žínek při ranní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- dostatek ručníků při ranní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- dostatek tekutého mýdla při ranní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- dostatek jednorázových žínek při večerní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- dostatek ručníků při večerní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- dostatek tekutého mýdla při večerní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- příprava hygienických pomůcek před ranní hygienickou péčí	4	3	4	3	5	6	6	5
- příprava hygienických pomůcek v průběhu ranní hygienické péče	2	3	2	3	1	0	0	1
- využití osobních pomůcek nemocného při ranní hygienické péči	1	2	2	3	2	3	2	2
- provádění hygienické péče na lůžku - ráno	5	6	6	6	6	6	6	6
- provádění hygienické péče na lůžku - večer	4	6	5	5	6	5	5	5
- použití přenosné vany při ranní hygienické péči	1	0	0	0	0	0	0	0
- použití přenosné vany při večerní hygienické péči	2	0	1	1	0	1	1	1
- provádění hygienické péče dutiny ústní - ráno	6	6	6	6	6	6	6	6
- provádění hygienické péče dutiny ústní - večer	6	6	6	6	6	6	6	6
- provádění hygienické péče u nemocného v bezvědomí – 5xdenně	3	2	2	3	3	3	4	4

Při vlastním procesu hygienické péče bylo pozorováno, že 1. - 8. den mají sestry na ranní a večerní hygienickou péči dostatek jednorázových žíněk, ručníků a tekutého mýdla pro všech 6 nemocných. Při ranní hygienické péči 1. a 3. den bylo pozorováno, že 4 sestry si připravily pomůcky před zahájením hygienické péče, 2. a 4. den si pomůcky připravily 3 sestry, 5. a 8. den si pomůcky připravilo 5 sester, 6. a 7. den si pomůcky připravilo 6 sester. 1. a 3. den si v průběhu hygienické péče pomůcky připravovaly 2 sestry, 2. a 4. den si pomůcky připravovaly 3 sestry, 5. a 8. den si pomůcky připravovala 1 sestra, 6. a 7. den si nikdo nepřipravoval pomůcky v průběhu hygienické péče. 1. den 1 sestra využívala i osobní pomůcky nemocného, 2., 3., 5., 7. a 8. den využívaly osobní pomůcky 2 sestry, 4. den využívaly osobní pomůcky 3 sestry a 6. den využívaly osobní pomůcky nemocného 3 sestry. 1. den bylo pozorováno, že osobní hygienická péče byla prováděna ráno na lůžku u 5ti nemocných, 2. - 8. den byla prováděna u 6ti nemocných. Večerní hygienická péče na lůžku byla 1. den prováděna u 4 nemocných, 2. a 5. den byla prováděna u 6ti nemocných, 3., 4., 6. - 8. den u 5ti nemocných. 1 den byla u 1 nemocného při ranní hygienické péči použita přenosná vana (ARJO), 2. - 8. den u žádného nemocného. Při večerní hygienické péči byla 1. den použita přenosná vana (ARJO) u 2 nemocných, 3., 4., 6. - 8. den u 1 nemocného, 2. a 5. den u žádného nemocného. Hygienická péče dutiny ústní byla prováděna 1. - 8. den při ranní a večerní hygienické péči u 6ti nemocných. U nemocných v bezvědomí byla 1., 4., 5. a 6. den pozorování prováděna hygienická péče dutiny ústní 5krát denně u 3 nemocných, 2. a 3. den byla prováděna u 2 nemocných, 7. a 8. den byla prováděna u 4 nemocných.

Tabulka 26 Holení vousů, mytí vlasů, mytí rukou a péče o nehty

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- holení vousů při ranní hygienické péči	3	2	3	2	2	2	2	2
- holení vousů dle potřeby nemocného	0	1	1	1	1	0	0	1
- nemocný nemá potřebu si umýt vlasy	5	4	4	5	0	0	0	1
- mytí vlasů po nabídnutí nemocnému	1	0	0	1	0	1	1	0
- umytí rukou nemocného dle potřeby	2	3	3	2	3	4	2	2
- umytí rukou nemocného před jídlem	2	0	2	3	2	0	0	3
- umytí rukou nemocného po jídle	6	6	5	6	5	5	5	6
- umytí rukou nemocného po použití podložní mísy	0	0	3	3	2	1	0	3
- péče o nehty dle potřeby nemocného	2	3	2	1	3	2	2	1
- péče o nehty provedená rodinou při návštěvě	1	1	0	1	1	0	0	1

1. a 3. den pozorování při ranní hygienické péči sestry prováděly holení vousů u 3 nemocných, 2., 4., 5. – 8. den u 2 nemocných. 2., 3., 4., 5. a 8. den bylo holení provedeno podle potřeby u 1 nemocného, 1., 6. a 7. den u žádného nemocného. 1. a 4. den pozorování 5 nemocných nemělo potřebu si mýt vlasy, 2. a 3. den tuto potřebu neměli 4 nemocní, 5. – 7. den žádný nemocný neměl potřebu si umýt vlasy a 8. den 1 nemocný neměl potřebu si umýt vlasy. 1., 4., 6. a 7. den využil nabídky mytí vlasů 1 nemocný, 2., 3., 5. a 8. den nevyužil nabídky žádný nemocný. 1., 4., 7. a 8. den bylo pozorováno u 2 nemocných mytí rukou dle potřeby, 2., 3. a 5. den u 3 nemocných, 6. den u 4 nemocných. Mytí rukou před jídlem bylo 1., 3. a 5. den umožněno u 2 nemocných, 4. a 8. den 3 nemocným a 2., 6. a 7. den žádnému nemocnému. 1., 2., 4.

a 8. den pozorování bylo mytí rukou po jídle umožněno všem 6ti nemocným, 3., 5. – 7. den umožněno 5ti nemocným. Po použití podložní mísy mytí rukou využili 3., 4. a 8. den 3 nemocní a 5. den 2 nemocní, 6. den 1 nemocný, 1., 2. a 7. den nevyužili žádní nemocní. Péče o nehty dle potřeby nemocného byla 1., 3., 6. a 7. den provedena u 2 nemocných, 2. a 5. den u 3 nemocných a 4. a 8. den u 1 nemocného. 1., 2., 4., 5. a 8. den péči o nehty prováděla rodina u 1 nemocného. 3., 6. a 7 den péče o nehty nebyla prováděna rodinou u žádného nemocného.

Tabulka 27 Použití zástěny při vykonávání hygienické péče včetně péče o lůžko

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- použití zástěny na pokoji při ranní hygienické péči	6	6	5	4	4	6	6	5
- použití zástěny na pokoji při večerní hygienické péči	6	6	4	5	5	4	4	4
- použití zástěny na pokoji při znečištění nemocného	4	3	3	3	2	1	3	2
- výměna ložního prádla při ranní hygienické péči	6	6	6	6	6	6	6	6
- výměna ložního prádla při polohování	3	4	4	4	3	3	2	4
- výměna ložního prádla při znečištění a dle potřeby nemocného	3	4	4	3	4	3	4	5

1., 2., 6. a 7. den pozorování byla použita zástěna na pokoji při ranní hygienické péči u 6ti nemocných, 3. a 8. den u 5ti nemocných a 4. a 5. den u 4 nemocných. Při večerní hygienické péči byla využita zástěna na pokoji 1. a 2.den u 6ti nemocných, 3., 6. - 8. den u 4 nemocných a 4. a 5. den u 5ti nemocných. 1. den pozorování byla použita zástěna na pokoji při znečištění u 4 nemocných, 2., 3., 4. a 7. den u 3 nemocných, 5. a 8. u 2 nemocných, 6. den u 1 nemocného. 1. – 8. den pozorování byla provedena výměna čistého prádla u 6ti nemocných vždy při vykonávání hygienické péče. Při polohování nemocného byla provedena výměna čistého prádla na lůžku 1., 5. a 6. den u 3 nemocných, 2., 3., 4. a 8. den u 4 nemocných, 7. den u 2 nemocných. Výměna čistého prádla při znečištění a dle potřeby nemocného na lůžku byla 1., 4. a 6. den provedena u 3 nemocných, 2., 3., 5. a 7. den u 4 nemocných, 8. den u 5ti nemocných.

Tabulka 28 Péče o kůži a prevence dekubitů

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- při ranní hygienické péči je pečováno o kůži – osušením a masážními krémy	6	6	6	5	6	6	6	6
- při večerní hygienické péči je pečováno o kůži – osušením a masážními krémy	6	6	6	5	6	6	6	6
- péče o kůži je prováděna na přání nemocného	1	1	2	0	2	1	1	0
- polohování nemocných á 2 hodiny	4	4	4	4	4	3	4	4
- používání ATD pomůcek	4	4	4	4	4	3	4	4
- veden záznam v ošetřovatelské dokumentaci o provedené péči o kůži - ráno	4	4	4	4	4	3	4	4
- veden záznam v ošetřovatelské dokumentaci o provedené péči o kůži - večer	4	4	4	4	4	3	4	4

1. – 3. den a 5. – 8. den pozorování bylo po ranní hygienické péči pečováno o kůži u 6ti nemocných osušením a použitím masážních krémů. 4. den bylo pečováno o kůži osušením a použitím masážních krémů u 5ti nemocných. 1. – 3. den a 5. – 8. den při večerní hygienické péči byla provedena péče o kůži u 6ti nemocných osušením, 4. den u 5ti nemocných. 1., 2., 6. a 7. den byla na přání nemocného provedena péče o kůži u 1 nemocného, 3. a 5. den u 2 nemocných a 4. a 8. den u žádného nemocného. 1. - 5. den a 6. a 7. den pozorování byla provedena prevence dekubitů polohováním á 2 hodiny a používáním ATD pomůcek a byl též pravidelně veden záznam o provedené péči o kůži v ošetřovatelské dokumentaci u 4 nemocných ráno i večer, 6. den u 3 nemocných.

Tabulka 29 Péče o genitál a výměna plenkových kalhotek

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- při ranní hygienické péči provedena výměna plenkových kalhotek	3	3	2	0	0	0	3	3
- není třeba plenkových kalhotek	3	3	4	6	6	6	3	3
- výměna plenkových kalhotek po vyprázdnění nemocného	3	3	2	0	0	0	3	2
- pravidelná kontrola sester u nemocných s plenkovými kalhotky	3	3	2	0	0	0	3	3
- při ranní hygienické péči je provedena péče o genitál	6	6	6	6	6	6	6	6
- při večerní hygienické péči je provedena péče o genitál	6	6	6	6	6	6	6	6
- při výměně plenkových kalhotek je péče o genitál	3	3	2	0	0	0	3	2

1., 2., 7. a 8. den pozorování byla prováděna výměna plenkových kalhotek při ranní hygienické péči u 3 nemocných, 3. den u 2 nemocných a 4. – 6. den nikdo neměl plenkové kalhotky. 1., 2., 7. a 8. den nebylo třeba dávat plenkové kalhotky 3 nemocným (ze 6ti pozorovaných nemocných), 3. den nebylo třeba dávat 4 nemocným (ze 6ti nemocných) a 4. – 6. den neměl žádný nemocný plenkové kalhotky (ze 6ti nemocných). Po vyprázdnění nemocného byla 1., 2. a 7. den provedena výměna plenkových kalhotek u 3 nemocných, 3. a 8. den u 2 nemocných, 4.- 6. den neměl žádný nemocný plenkové kalhotky. 1., 2., 7. a 8. den pozorování prováděly sestry kontrolu plenkových kalhotek u 3 nemocných a 3. den u 2 nemocných. 1. – 8. den bylo při ranní a večerní hygienické péči pečováno o genitál u všech 6ti nemocných. 1., 2. a 7. den byla provedena péče o genitál při výměně plenkových kalhotek u 3 nemocných, 3. a 8. den u 2 nemocných, 4. – 6. den pozorování neměl žádný nemocný plenkové kalhotky.

**Tabulka 30 Komunikace a podpora soběstačnosti nemocného ošetřujícím
personálem**

D = den	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
- při ranní hygienické péči je podporována soběstačnost nemocného	6	6	6	6	6	6	6	6
- při večerní hygienické péči je podporována soběstačnost nemocného	6	6	6	6	6	6	6	6
- při ranní hygienické péči je nemocný tázán na alergie na mycí prostředky	4	3	2	2	2	3	3	2
- při večerní hygienické péči je nemocný tázán na alergie na mycí prostředky	0	0	2	2	0	0	0	1
- alergie je zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci	0	0	2	2	2	1	0	0
- komunikace sestry s nemocným vždy při hygienické péči	3	3	3	2	2	3	3	2
- na komunikaci s nemocným při hygienické péči není dostatek času	3	3	3	4	4	3	4	4

Při pozorování 1. – 8. den byla podporována soběstačnost nemocného při ranní a večerní hygienické péči u všech 6ti nemocných. 1. den pozorování byl při ranní hygienické péči proveden dotaz na alergie nemocného na mycí prostředky u 4 nemocných, 2., 6. a 7. den u 3 nemocných a 3., 4., 5. a 8. den u 2 nemocných. Při večerní hygienické péči byl dotaz na alergie nemocného proveden u 2 nemocných 3. a 4. den, 8. den u 1 nemocného, 1., 2., 5., 6. a 7. den pozorování nebyl proveden dotaz na alergie u žádného nemocného. Záznam nemocného na alergie na mycí prostředky v ošetrovatelské dokumentaci byl 3., 4. a 5. den u 2 nemocných, 6. den u 1 nemocného a 1., 2., 7. a 8. den u žádného nemocného. 1. – 3. den a 6. a 7. den pozorování se při hygienické péči nemocného vždy sestra snaží komunikovat se

3 nemocnými a 4., 5. a 8. den se 2 nemocnými. 1., 2., 3. a 6. den nemá sestra dostatek času na komunikaci se 3 nemocnými a 4., 5., 7. a 8. den se 4 nemocnými.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda hygienická péče v nemocničním zařízení odpovídá potřebám nemocných, dále identifikovat faktory vedoucí k neposkytování hygienické péče dle platného standardu a navrhnout možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení. Výzkumný soubor tvořilo 6 hospitalizovaných nemocných a 7 sester pracujících na neurochirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Výzkum probíhal metodou strukturovaného rozhovoru s nemocnými, nestandardizovaného rozhovoru se sestrami a strukturovaným nezúčastněným pozorováním nemocných a sester. Pozorování trvalo 8 dní.

Výzkumný soubor nemocných byl tvořen 3 muži a 3 ženami (tabulka 2). Všechny 6 nemocných mělo vysoký stupeň závislosti dle skórovacího systému Barthelové, z toho 5 nemocných dosáhlo hodnoty 35 bodů a 1 nemocný hodnoty 25 bodů (tabulka 1). U takto vysoce závislých nemocných došlo k omezení sebepéče a soběstačnosti. Při pozorování bylo zjištěno, že všech 7 sester vždy podporovalo u nemocného jeho soběstačnost při vykonávání hygienické péče (tabulka 30). Soběstačnost vyjadřuje dle Heřmanové (7), zda je nemocný schopen vykonávat jednotlivé aktivity sám nebo s pomocí druhé osoby. Je vhodné právě u takového typu nemocných posilovat soběstačnost, sebeúctu a k dobrému stavu také přispívá udržování sociálního kontaktu s rodinou. Na úspěchu léčby se velkou měrou podílí i sám nemocný, svou ochotou spolupracovat na uzdravení, snahou o soběstačnost, aktivitou. A právě k rozvoji těchto faktorů často může napomoci rodina nemocného (30). V rozhovoru všech 7 sester potvrdilo, že se vždy snaží uspokojit požadavky také ze strany rodiny a spolupracovat s ní (tabulka 19).

Dále jsme se zabývali otázkou, zda poskytované soukromí při provádění hygienické péče je pro nemocného vyhovující. Z rozhovoru s nemocnými vyplynulo, že velmi spokojený se cítil pouze 1 nemocný, ostatní uvedli menší spokojenost nebo menší nespokojenost (tabulka 3). Důvodem částečné nespokojenosti bylo hlavně chybění zástěn na některých pokojích. V podobném poměru bylo vyjádřeno i hodnocení sester, které také poukázaly na nedostatečné stavební úpravy a chybění zástěn (tabulka 23). Z výsledků pozorování vyplynulo, že zástěny u nemocných sestry většinou

používají (tabulka 27). Domníváme se tedy, že zajištění intimity nemocného má rezervy a je zde možné pro praxi navrhnout zlepšení.

Rozhovorem s nemocnými bylo zjištěno, že s časem věnovaným vykonávání hygienické péče byli 3 respondenti spokojeni, 3 respondenti by potřebovali více času (tabulka 4). Zajímavé je, že stejně byla časová dotace hodnocena 4 sestrami, které uvedly, že by na péči o nemocného uvítaly více času (tabulka 20). Pozorováním bylo zjištěno, že se sestry vždy snaží držet postupů daných standardy, avšak pro nedostatek času dochází často jen k samému vykonání úkonů a není čas na obsáhlejší komunikaci s nemocným (tabulka 30). O významu komunikace s nemocným není třeba polemizovat, je to důležitá součást celé ošetrovatelské péče, kterou nemocný potřebuje a měla by se jí každá sestra cíleně věnovat zvláště u ležících nemocných.

Překvapivé zjištění bylo v otázce mytí rukou, kdy všech 6 nemocných uvedlo, že mají možnost si umýt ruce po jídle (tabulka 11), avšak před jídlem 4 respondentům tato možnost dána nebyla (tabulka 10). Tento nedostatek byl potvrzen i v pozorování, kdy také průměrně 4 nemocným denně nebylo umožněno si před jídlem ruce umýt (tabulka 26). Zde si dovoluujeme souhlasit s Tóthovou (28), která uvádí ve své publikaci, že ležícím a soběstačným nemocným má být umožněno umýt si ruce před jídlem. Odstranění tohoto nedostatku vidíme jako další možnost zkvalitnění hygienické péče.

Za povšimnutí stojí výsledky šetření, kdy jsme se zabývali pokojovou teplotou při mytí nemocného. 4 nemocní byli spokojeni, nespokojenost u 1 nemocného byla zaznamenána v době, kdy byla porucha ústavního vytápění a 1 nemocný poukázal na průvan, kdy sanitárka ponechala omylem pootevřené dveře (tabulka 6). Zabezpečení nemocného před průvanem je důležité, neboť, jak uvádí Zloch (37), nadměrné proudění vzduchu může způsobit celkové prochladnutí, a to hlavně u zpocených osob. Ze šetření dále vyplynulo, že k tomuto pochybení došlo jednorázovým selháním lidského faktoru, jinak výsledky ukázaly, že v této oblasti vždy sestry dbají na stabilní teplotu pokoje.

Zajímavé výsledky přinesly odpovědi na otázku, zda ošetřující personál provádí rozhovor s nemocnými o jejich zvyklostech při provádění hygienické péče. Při rozhovoru s nemocnými bylo zaznamenáno, že ošetřující personál hovořil s 5ti respondenty. Pouze s 1 nemocným prvotní rozhovor proveden nebyl, při přijetí tohoto

nemocného nebyl dostatek času (tabulka 7). Při pozorování bylo zjištěno, že u 3 nemocných proběhl tento rozhovor pouze při prvním kontaktu, zřídka před každým provedením hygienické péče (tabulka 24). I samy sestry uvedly, že se ve většině případů snaží rozhovor o zvyklostech s nemocným dělat hlavně při přijetí nemocného a další informace se snaží získávat i od rodinných příslušníků nemocného. Sestry však konstatovaly, že nejsou výjimkou situace, kdy díky stresu a malé časové rezervě nemohou provést rozhovor vždy tak, jak by vyhovoval jim i nemocnému. Často se jedná jen o účelný rozhovor mapující nejdůležitější údaje ohledně zvyklostí a dotaz na alergie na mycí a dezinfekční prostředky. Domnívám se, že pouze účelný rozhovor není dostatečný pro ideální ošetrovatelskou péči a že je zapotřebí vést s nemocným rozhovor zúčastněný s dostatkem empatie. I Beran (3) zdůrazňuje důležitost dostatku času na nemocného a uvádí, že hlavně na první setkání s novým nemocným bychom měli mít více času, abychom ho pod vlivem časové tísně nemuseli přerušovat hned po několika slovech. Rychlý sled otázek a přerušování odpovědí může vést u nemocného k pocitu nejistoty, zda byla jeho odpověď adekvátní. Jak dále vyplývá z tabulky 8, 4 nemocní uvedli, že jsou respektovány jejich zvyklosti a potřeby, 2 nemocní udali, že někdy respekt jejich potřeb ze strany ošetřujícího personálu nepocítily. Celkově tedy nemocní vyjádřili spokojenost s hygienickou péčí a ošetřujícím personálem a respektem jejich potřeb zvyklostí.

Na základě analýzy odpovědí v praktické části výzkumu byla stanovena na 1. výzkumnou otázku hypotéza. H 1 - Prováděná hygienická péče v nemocničním zařízení odpovídá potřebám nemocných.

Dále jsme se zaměřili na oblast spolupráce s rodinou. Z výsledků rozhovoru se sestrami vyplynulo, že pokud má rodina zájem, tak všech 6 dotazovaných sester umožňuje jí podílet se na hygienické péči, konzultují s nimi i potřeby nemocného, některé sestry se snaží být příbuzným nápomocny prostřednictvím edukace (tabulka 19). Pozorování nám potvrdilo stejné výsledky. Příbuzní, kteří vyjádřili zájem o účast na péči, se o nemocného starali přes den a někdy i při večerní hygieně. Měli možnost přinést osobní hygienické prostředky, které mohou nemocnému vyhovovat lépe než ústavní. Jednalo se o 2 nemocné. Rodina se často ve spolupráci s ošetřujícím

personálem aktivně podílí na uzdravování nemocného (tabulka 24). Jak zmiňuje Zacharová (36), fungující rodinné vztahy jsou významné pro úspěšnou léčbu nemocného. Myslím si, že pro nemocného má veliký přínos, mohou-li se mu věnovat i příbuzní, avšak nemělo by to vést k tomu, aby na ně sestra přenesla veškerou zodpovědnost nejenom za fyzickou ale i za duševní hygienu nemocného. Ovšem nutno podotknout, že ne vždy má sestra dostatek času k tomu, aby se věnovala nemocnému i po stránce psychické, což nám potvrdilo i pozorování (tabulka 30).

Pozitivní výsledky přineslo zjišťování dostatku pomůcek na hygienickou péči, kdy všech 6 nemocných uvedlo dostatečné zajištění pomůckami (tabulka 9). Taktéž sestry při rozhovoru udaly, že až na výjimky mají dostatek jednorázových pomůcek i ostatního vybavení (tabulka 21). Nejčastěji jsou používány jednorázové podložky a žínky. Dostatek je vždy i plenkových kalhotek pro nemocné, ovšem sestry je používají značně omezeně, většinou jen u nemocných s průjmy, což se nám potvrdilo i v pozorování (tabulka 29). Jak jsme zjistili z rozhovoru se sestrami, při častém používání plenkových kalhotek dochází k opruzeninám a tím i k ohrožení pokožky nemocného (tabulka 21). Sestrami velmi oceňovaná a často využívaná je i přenosná vana ARJO (tabulka 21). I při pozorování bylo potvrzeno, že tuto vanu i další pomůcky, které mají sestry k dispozici, plně využívají (tabulka 25). Ovšem dále sestry poukázaly na absenci zvedacích zařízení pro ležící nemocné (tabulka 23). I z tohoto důvodu jsou sestry velice závislé na spolupráci s ostatním ošetřujícím personálem, úzce spolupracují s ostatními sestrami i sanitárkami/sanitáři, což vyplynulo jak z rozhovoru se 7 sestrami tak z výsledků pozorování (tabulka 22, 24). Domníváme se, že zvedací zařízení by bylo velkým přínosem ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a zároveň k usnadnění práce sester. Není totiž výjimkou, že si sestra díky déletrvajícím těžké fyzické zátěži přivodí vlastní zdravotní problémy. Uvědomujeme si však, že získání zvedacího zařízení je finančně velmi náročné.

Další zjištění přineslo pozorování v otázce péče o kůži a prevence dekubitů. Použití masážních krémů a pečlivé osušení po umytí bylo při ranní i večerní hygienické péči provedeno vždy u všech 6ti sledovaných nemocných, což bylo zaznamenáno v pozorování (tabulka 28). U 2 nemocných nebylo nutné provádět prevenci dekubitů,

protože ačkoliv se jednalo o ležící nemocné, byli schopni samostatného pohybu na lůžku, sestra je pouze upozorňovala na změnu polohy. V rámci prevence dekubitů bylo pravidelně prováděno polohování á 2 hodiny a používaly se antidekubitární pomůcky u 4 nemocných, kteří tuto prevenci vyžadovali. Denně byl u všech 4 nemocných zaznamenáván stav kůže do ošetrovatelské dokumentace. Dle mého názoru je nejdůležitější pravidelné polohování nemocných, na které by měl být kladen při poskytování ošetrovatelské péče důraz. I Kozierová (10) upozorňuje, že u nemocného, který nemůže měnit přirozeně polohu, dochází ke snížení cirkulace krve a tím k omezenému zásobení kůže základními živinami, důležitými pro její ochranu. Jak dále uvádí Mikšová (15), péče o kůži je velmi důležitou součástí hygienické péče, protože, pouze zdravá, hydratovaná a neporušená kůže plní ochrannou schopnost.

Co se týče znalosti a používání standardu hygienické péče, všech 7 sester zná standard, všechny sestry uvedly, že se standardem řídí nebo ho využívají, některé sestry i v rámci praktické výuky studentů. Potvrzuje se tak poslání standardu, že má určovat závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči, která může být díky standardu objektivně hodnocena. Dále má standard význam pro bezpečí nemocných, neboť jim zajišťuje základní kvalitní péči a nakonec slouží i jako ochrana sester před neoprávněným postihem, když prokáží, že postupovaly dle platného standardu (4). Především se zněním standardu všechny sestry souhlasily a nic by na něm neměnily (tabulka 18).

Nejvíce podnětné výsledky přineslo šetření v oblasti překážek a navrhovaných zlepšení v poskytování hygienické péče. Nemocní i sestry se shodně vyjádřili, že by uvítali více času na vykonávání hygienické péče i na komunikaci s nemocným (tabulka 17, 23). Důležitost časové rezervy na nemocného byla zmíněna výše, proto se k této problematice již nebudeme podrobněji vracet, pouze bychom chtěli zdůraznit, že se jedná o zásadní podmínku splnění kvalitní ošetrovatelské péče. Další navrhované změny, které byly na podkladě výsledků rozhovoru s nemocnými i sestrami, se týkaly dokonalejšího zabezpečení intimity nemocného při hygienické péči, dále možnosti pořízení zvedacího zařízení na ležící nemocné. Z rozhovoru s nemocnými bylo tedy dále zjištěno, že nemocné ženě vadí vykonávání hygienické péče ošetřovatelem mužem

(tabulka 17). Pravdou je, že v posledních letech se zvyšuje počet mužského ošetřujícího personálu, takže může opravdu častěji docházet k situacím, kdy to může být nemocné ženě nepříjemné. Bylo by proto vhodné brát ohled na požadavky nemocných i v tomto směru. Překážkou pro optimální poskytování hygienické péče může být samozřejmě zdravotní stav nemocného, kterému se sestry vždy přizpůsobují. U nemocných s vysokým intrakraniálním tlakem však sestry upozornily na nemožnost provádět standardní hygienickou péči. K těmto nemocným musí přistupovat zcela specificky. Potěšující bylo zjištění, že pro některé sestry je tato diagnóza jedinou překážkou, kdy nemohou vykonat hygienickou péči dle svých představ. 5 nemocných, kteří navrhovali dílčí změny, vyjádřilo v rozhovoru i přesto celkovou spokojenost se zdravotnickým personálem.

Na základě analýzy odpovědí v praktické části výzkumu byla na 2. výzkumnou otázku stanovena hypotéza. H 2 - Nemocní jsou spokojeni s pomocí zdravotnického personálu při poskytování hygienické péče.

V možnostech zlepšení péče sestry dále navrhovaly vyšší počet pomocného personálu, využívání služeb odborníků v oblasti manikúry a pedikúry, zmínily také lepší materiální zabezpečení, konkrétně kvalitnější matrace a vždy dostatečné množství jednorázových pomůcek (k nedostatku dochází pouze výjimečně). K návrhu vyššího počtu pomocného personálu bych ráda dodala, že se jedná o subjektivní pocit sester i nemocných. Oficiálně stav pomocného personálu na sledovaném neurochirurgickém oddělení JIP odpovídá stanoveným kritériím zdravotní pojišťovny, avšak stanovené minimální personální vybavení nemůže zohlednit např. dlouhotrvající pracovní neschopnost nebo mateřskou dovolenou, kdy pracovník zůstává započítáván ve stavu personálu na oddělení.

Na základě analýzy odpovědí v praktické části výzkumu byly zformulovány odpovědi na 3. a 4. výzkumnou otázku. Odpověď 1 – K zajištění poskytování kvalitní hygienické péče nemocným brání sestrám nedostatek času a nedostatek personálu. Odpověď 2 – Možnosti ve zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení jsou respektování intimity nemocných, mytí rukou nemocným před jídlem a pořízení zvedacího zařízení pro ležící nemocné.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala možnostmi zkvalitnění hygienické péče o nemocné v nemocničním zařízení. Hygienická péče je podstatnou součástí celkové ošetrovatelské péče a v současnosti se na ní rapidně zvyšují nároky.

Cílem této práce bylo zjistit, zda hygienická péče prováděná v nemocničním zařízení odpovídá potřebám nemocných, dále identifikovat faktory vedoucí k neposkytování hygienické péče dle platného standardu a navrhnout možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení. Cíle výzkumu byly splněny. Na základě těchto cílů, byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala potřebami nemocných, zda jim odpovídá prováděná hygienická péče v nemocničním zařízení. Druhá otázka zjišťovala spokojenost nemocných s prováděním hygienické péče s pomocí zdravotnického personálu. Třetí otázka byla věnována překážkám bránícím sestřím v poskytnutí kvalitní hygienické péče o nemocné. Čtvrtá otázka zjišťovala možnosti zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení.

Ke sběru dat byla použita metoda kvalitativního výzkumu, která zahrnovala strukturovaný rozhovor s nemocnými, nestandardizovaný rozhovor se sestrami a strukturované nezúčastněné pozorování nemocných a sester. Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní nemocní a sestry pracující na neurochirurgickém oddělení Fakultní nemocnice v Plzni.

Na základě analýzy odpovědí v praktické části výzkumu byly stanoveny na 1. a 2. výzkumnou otázku hypotézy. H 1 - Prováděná hygienická péče v nemocničním zařízení odpovídá potřebám nemocných. H 2 - Nemocní jsou spokojeni s pomocí zdravotnického personálu při poskytování hygienické péče.

Na základě analýzy odpovědí v praktické části výzkumu byly zformulovány odpovědi na 3. a 4. výzkumnou otázku. Odpověď 1 – K zajištění poskytování kvalitní hygienické péče nemocným brání sestřím nedostatek času a nedostatek personálu. Odpověď 2 – Možnosti ve zkvalitnění hygienické péče o nemocné na lůžkovém oddělení

jsou respektování intimity nemocných, mytí rukou nemocným před jídlem a pořízení zvedacího zařízení pro ležící nemocné.

Výsledky bakalářské práce budou prezentovány se souhlasem vrchní sestry na semináři neurochirurgického oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Zjištěné skutečnosti mohou být prospěšné v uvědomění si důležitosti hygienické péče a dále v motivaci udržet stávající dobrou úroveň poskytování péče na oddělení, kde bylo šetření prováděno.

7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BENCKO, V. et al. *Hygiena. Učební texty k seminářům a praktickým cvičením*, 2. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 204 s. ISBN 80-7184-551-5.
3. BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-246-0659-3.
4. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty páva pacientů*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
5. DANĚŠ, L. *Opruzení – intertrigo* [cit. 2008-12-07] Dostupné z WWW: http://www.zdrava-rodina.cz/zr/07_99/zr07_20.htm .
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. Přel. V.Tóthová. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 221 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. HEŘMANOVÁ, J., ZVONÍČKOVÁ, M. *Diagnóza. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou*. Praha: 2006, roč. 2, č. 8, s. 295-297. ISSN 1801-1349.
8. KOČMANOVÁ, M., GRÉGROVÁ, E. *Orální zdraví a hygiena – součást ošetřovatelské péče*. Sestra. Praha: 2007, roč. 17, č.11, s. 34-35. ISSN 1210-0404.
9. KOUTNÁ, A. *Proleženina – informace o vzniku onemocnění*. [cit. 2008-12-07] Dostupné z WWW: <http://www.hojeni21.cz/prolezenina-info.php>.

10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. Přel. Krišková A., Musilová M., Závodná V. 1. vydání. Martin: Osvěta, 1995. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
11. KRIŠKOVÁ, A. a kolektiv. *Ošetrovatel'ské techniky*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
12. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
13. Manipulace s prádlem. [cit.2009-01-15] Dostupné z WWW (intranetu FN Plzeň) http://pavla/asp/rizena_dokumentace/ .
14. MASTLIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
15. MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
16. MIKULA, J., MULLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
17. MINAŘÍKOVÁ, P. Imobilizační syndrom. In: *Mimořádná příloha Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č.9, s. 4-5. ISSN 1210-0404.
18. PAVLÍKOVÁ, S.. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Přel. H. Horová. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s . ISBN 80-247-1211-3.
19. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

20. PAZDZIORA, E. Prádlo a textilní zdravotnické prostředky. In: *Mimořádná příloha Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č.4, s. 5-7. ISSN 1210-0404.
21. PEJZNOCHOVÁ, I. *Dekubity – ošetřování a prevence*. Florence. Praha: Galén, 2007. roč. 3, č. 5, s. 236-237. ISSN 1801-464x.
22. PEJZNOCHOVÁ, I. *Ošetřovatelská péče o imobilního pacienta*. Florence. Praha: Galén, 2007. roč. 3, č. 10, s. 424. ISSN 1801-464x.
23. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
24. SLOUPOVÁ, H. *Hygienická péče u dospělého klienta*. [cit. 2009-01-24] Dostupné z WWW: <http://www.eamos.cz/> .
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vydání. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 275 s. ISBN 80-246-0477-9.
28. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JČU, 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.

29. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
30. UNIVERZITA KARLOVA. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
31. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. VONDRUŠKA, V. *Intimní historie*. 1. vydání. Brno: MOBA, 2007. 256 s. ISBN 978-80-243-2672-6.
33. VOSEČKOVÁ, A. *Psychologie zdraví a duševní hygiena*. [2008-12-08] Dostupné z WWW http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL6_2003/04.pdf .
34. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky vzniku, předcházení a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče [cit. 2009-02-11] Dostupné z WWW http://www.bmt.cz/Data/files/legislativa/vyhl_195_2005.pdf .
35. WORHMAN, B. A. *Klíčové dovednosti sester*. Přel. M. Zvoníčková. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
36. ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
37. ZLOCH, Z. et al. *Kapitoly z hygieny*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 160 s. ISBN 80-246-0269-5.

8. Klíčová slova

Hygienická péče

Komunikace

Kvalita ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče

Sestra

Soběstačnost nemocného

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Barthel index

Příloha 2 – Pomůcky k hygienické péči

Příloha 3 – Vana ARJO

Příloha 4 – Zubní kartáček

Příloha 5 – Rozhovor s nemocnými

Příloha 6 – Rozhovor se sestrami

Příloha 7 – Pozorování nemocných a sester

Příloha 8 – Standard osobní hygienické péče nemocného

Příloha 1 – Barthel index

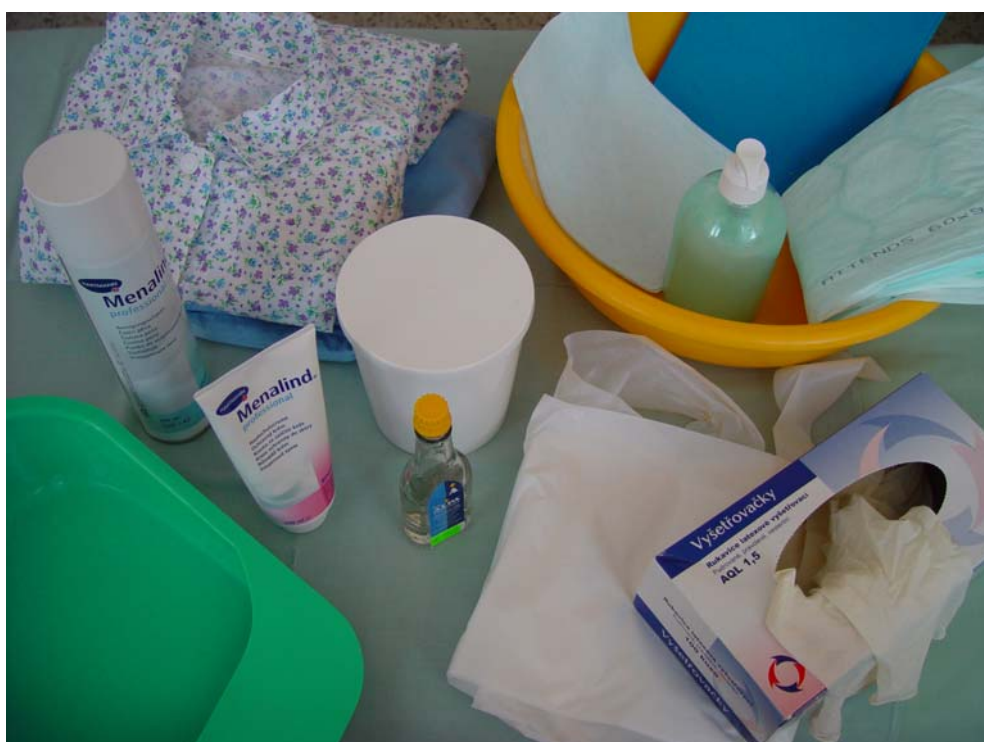
**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: Dostupné z WWW [http://is.muni.cz/th/174363/pdf_b/Pr. c. 2 Bartheluv test.doc](http://is.muni.cz/th/174363/pdf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc)

Příloha 2 – Pomůcky k hygienické péči



Zdroj: vlastní archiv

Příloha 3 – Vana ARJO



Zdroj: vlastní archiv

Příloha 4 – Zubní kartáček



Zdroj: vlastní archív

Příloha 5 – Rozhovor s nemocnými

1. Barthelův test
2. Jakého jste pohlaví?
 - muž
 - žena
- 3.. Jste spokojen/a s mírou soukromí při provádění osobní hygieny?

1----2----3----4----5
velmi spokojen/a nespokojen/a
4. Jste spokojen/a s časovou dobou na vykonání hygienické péče?
 - ano, doba je optimální
 - ne, potřebuji více času
 - někdy ano
5. Jste spokojen/a s teplotou vody při mytí v případě, že Vám asistuje při hygieně ošetřující personál?
 - ano, vždy
 - někdy
 - mám možnost si požádat o změnu teploty vody
6. Jste spokojen/a s teplotou v pokoji při provádění hygienické péče?
 - ano, teplota je optimální
 - ne, při koupeli je mi zima
 - vadí mi průvan
7. Hovořil s Vámi někdo o Vašich zvyklostech v provádění hygienické péče?
 - ano
 - ne
8. Odpovídá provádění hygienické péče v nemocnici Vaším potřebám a zvyklostem?
 - ano, jsou respektovány mé zvyklosti a potřeby
 - někdy nejsou respektovány
9. Máte vždy k dispozici pomůcky na mytí (mýdlo, ručník, žínku..) ?
 - ano
 - ne
10. Je Vám umožněno si umýt ruce před každým jídlem?
 - ano, je mi umožněno
 - ne, není mi umožněno

11. Je Vám umožněno si umýt ruce po každém jídle?
- ano, je mi umožněno
 - ne, není mi umožněno
12. Používáte plenkové kalhotky?
- ano, používám
 - ne, nepoužívám
13. Pokud ano, jak často vám je ošetřující personál mění ?
- pravidelně
 - ráno
 - večer
 - při vyprazdňování
14. Pokud ne, jakým jiným způsobem se vyprazdňujete ?
- na míse
 - jiné: plenkové kalhotky
15. Po vyprázdnění Vás ošetřující personál umyje :
- hned
 - musím čekat
16. V případě, že odpověď je „ musíte čekat“, uveďte důvod: ...
17. Chtěl/a byste něco změnit v poskytování hygienické péče v nemocničním zařízení?
- otevřená odpověď:

Příloha 6 – Rozhovor se sestrami

1. Znáte váš standard na osobní hygienu?
2. Do jaké míry postupujete dle standardu osobní hygieny?
3. Přizpůsobujete hygienický režim potřebám, podmínkám nemocných?
4. Umožňujete rodině podílet se na hygienické péči nemocných?
5. Kolik času věnujete na vykonání hygienické péče nemocných?
6. Máte pomůcky k hygienické péči a pokud ano, využíváte je? (vanu ARJO, aj.)
7. Používáte plenkové kalhotky pro nemocné?
8. Do jaké míry nebo jakým způsobem spolupracujete s ošetřujícím personálem při poskytování hygienické péče nemocným?
9. Víte o nějakých překážkách, které brání v poskytování hygienické péče dle vašich představ?
10. Vylepšily byste něco při provádění hygienické péče u nemocných?
11. Změnily byste něco ve standardu vašeho zdravotnického zařízení?

Příloha 7 – Okruhy oblastí v pozorování nemocných a sester

1. Provádění hygienické péče

- a) Proveden rozhovor sestry a nemocného o jeho zvyklostech v provádění hygienické péči.
- b) Zapojení rodiny do hygienické péče o nemocného.
- c) Zapojení ošetřujícího personálu do hygienické péče nemocného.

2. Proces hygienické péče

- a) Dostatek hygienických pomůcek k provedení hygienické péče.
- b) Příprava hygienických pomůcek sestrou v průběhu hygienické péče nemocného.
- c) Provádění osobní hygieny nemocného na lůžku, v přenosné vaně.
- d) Provádění hygienické péče o dutinu ústní.
- e) Holení vousů, mytí vlasů, mytí rukou a péče o nehty

3. Použití zástěny při vykonávání hygienické péče včetně péče o lůžko

4. Péče o kůži a prevence dekubitů

5. Péče o genitál a výměna plenkových kalhotek

6. Komunikace a podpora soběstačnosti nemocného ošetřujícím personálem

Příloha 8 – Standard osobní hygieny nemocného



SNL/DOS/DYS/001/01

Oblast: Individualizovaná péče Platnost od: 16.12.2004
 Název standardu: **OSOBNÍ HYGIENA PACIENTA** Kontrola / prodlouženo do: 16.12.2007
 Skupina, o kterou se pečuje: všichni pacienti Sestavil: komise pro tvorbu standardů
 Určeno pro: sestry, ošetrovatelky Kontaktní osoba: Ivana Musilová, kl. 2415,
 musilova@fnplzen.cz
 Místo použití: lůžková oddělení FN Schválil: Bc. Andrea Vobořilová

Stanovený standard: Pacientovi bude umožněna/prováděna osobní hygiena dle individuálních potřeb.

kód	STRUKTURA	kód	PROCES	kód	VÝSLEDKY
S1	Na stanici je k dispozici přiměřeně vyhřátá a vhodně vybavená koupelna splňující bezpečnostní normy.	P1	Sestra při přijetí pacienta zhodnotí soběstačnost v oblasti hygieny a alergie na mycí prostředky. Problémy zaznamená do oš. plánu.	V1	Pacient vypadá čistě, upraveně a vyjadřuje spokojenost s poskytnutou péčí.
S2	Pro imobilní pacienty jsou zajištěny na pokoji zástěny.	P2	Sestra informuje pacienta o umístění koupelny, režimu a organizace práce na odd. a o způsobu spolupráce pacienta s oš. týmem.	V2	U pacienta byla maximálně podporována soběstačnost a prováděna edukace v oblasti hygieny.
S3	Pro imobilního pacienta má sestra k dispozici: potřebné pomůcky k provedení osobní hygieny.	P3	Oš. personál zajistí pacientovi dostatečnou intimitu v průběhu celého výkonu.		
S4	Sestra zná správnou techniku manipulace s pacientem, rizika při provádění hygieny a omezení, u kterých je nutný souhlas lékaře, zásady prevence vzniku dekubitů	P4	Oš. personál provádí u imobilních pacientů mytí vlasů 1x 7-10 dnů, stříhání nehtů nejméně 1x týdně, holení vousů 1x 2 dny.		
		P5	Oš. personál provádí výměnu lůžkovin podle potřeby min. 1x týdně.		
		P6	Oš. personál podporuje maximálně soběstačnost pacienta ev. provádí nácvik základních úkonů v osobní hygieně.		
		P7	Oš. personál zaznamená provedenou hygieny u nesoběstačného pacienta a všechny pozitivní/negativní reakce.		

Kontrolní kritéria ke standardu OSOBNÍ HYGIENA PACIENTA

METODA		kód	KONTROLNÍ KRITÉRIA	datum sledování						
pohledem na zástěny		S1	a) Dosahuje teplota v koupelně rozmezí 20 - 23°C? b) Jsou v koupelně k dispozici vhodné židle, madla?							
pohledem na zástěny		S2	Jsou na stanici k dispozici zástěny?							
dotazem na S/P		S3	Má pacient k dispozici žínky, ručník, mýdlo, holení, hřeben, nůžky na nehty?							
pohledem na pomůcky		S4	Sestra vyjmenuje stavy, u kterých musí být zvláště opatrná při manipulaci s pacientem.							
dokumentace, dotazem na P		P1	Sestra správně určila soběstačnost P, alergie na mycí prostředky. Zjištěné problémy zaznamenala do dokumentace P.							
dotazem na P		P2	Je pacient informován o umístění koupelny, režimu a organizaci práce na odd. a o způsobu spolupráce s oš. týmem?							
dotazem na S, sledováním		P3	Má P zajištěnou intimitu v průběhu koupele?							
sledováním		P4	Má P myté vlasy, stříhané nehty a prováděné holení dle určené frekvence?							
dotazem na P, sledováním, dokumentace		P5	Je prováděna výměna lůžkovin dle potřeby, nejméně však 1x týdně?							
dotazem na P, sledováním, dokumentace		P6	a) Podporuje sestra maximální soběstačnost P? b) Jsou využívány maximální schopnosti pacienta?							
sledováním, dotazem sestry		P7	a) Byla zaznamenána hygienická péče u nesoběstačného P? b) Zaznamenala sestra hodnocení pacienta (pokroky v soběstačnosti, negativní reakce apod.)?							
předvedení techniky pacientem		V2	Pacient je schopen v rámci svých možností udržovat hygienu.							
Bodové hodnocení: ano - 1 bod ne - 1 bod x - nelze hodnotit				Celkem bodů:						

Zdroj: Dostupné z WWW (intranetu FN Plzeň) http://pavla/asp/rizena_dokumentace/