



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy v domovech pro seniory a možnosti jejich řešení

Vypracoval: Mgr. Blanka Pěchotová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název bakalářské práce: Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v domovech pro seniory a možnosti jejich řešení

Teoretická východiska

Stárnutí populace je fenoménem, který charakterizuje současný demografický vývoj ve všech vyspělých ekonomikách, včetně České republiky. Nárůst obyvatelstva seniorského věku ponese s sebou i nutnost zabývat se nejen systémem důchodovým a zdravotním, ale i sociální péčí o skupinu tzv. velmi starých, kteří mají své specifické potřeby. Společné principy zdravotně sociální péče může naplnit pouze aktivní model péče, který vychází z dlouhodobé zkušenosti zdravotně sociální péče ze zahraničí, ale i poznatků moderní vědy, geriatry, gerontologie a sociálního lékařství. Prezentuje adekvátní stanovení diagnózy a terapie u seniora nejen prostřednictvím komunitních sester, terénních pracovníků, ale i ústavní péčí v domově pro seniory.

Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který řeší problémy nemocných, jež může profesionálně ovlivnit sestra, která má v domově pro seniory své nezastupitelné místo, neboť zodpovídá za zdravotní stav všech klientů, nejen seniorů závislých na péči.

Narůstání poznatků v ošetrovatelství a jejich rozvoj vyústil do vzniku standardizovaného jazyka a jednotného označování diagnóz v řadě evropských zemí. Vznik klasifikovaného systému NANDA představuje taxonomii ošetrovatelských diagnóz, které jsou seřazeny podle aktuálních lidských reakcí, jež tvoří funkční vzorce zdraví. Spektrum používaných ošetrovatelských diagnóz je poměrně široké, neboť u seniorů se vyskytuje mnoho ošetrovatelských problémů, a proto se nejčastější ošetrovatelské diagnózy vztahují jak k tělesným, tak k psychickým a sociálním potřebám klientů. Ošetrovatelskou diagnózu stanovují sestry ve spolupráci s klienty, aby pomocí ošetrovatelských intervencí vedla k dosažení pozitivních výsledků. Za ošetrovatelskou diagnózu je sestra zodpovědná, a pokud je dobře zformulovaná, poukazuje na diagnostické kompetence a požadovanou odbornost sestry.

Cíle práce

Cílem práce bylo zmapovat nejčastější ošetrovatelské diagnózy používané v domově pro seniory a intervence k těmto ošetrovatelským diagnózám. Ke zmapování byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské diagnózy klientů ve vybraném domově pro seniory? Jaké jsou intervence u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz?

Použité metody

Ke zjištění informací byl využit kvalitativní výzkum, metoda dotazování pomocí nestandardizovaného hloubkového rozhovoru. Výzkumné šetření bylo provedeno v únoru 2014 v G – centru Tábor, domov pro seniory. Rozhovory byly zapsány do poznámkového bloku a posléze přepsány. Při zpracování výsledků byla použita metoda kódování za účelem vyhledávání nejčastějších slovních spojení, na jejichž základě byly vytvořeny kategorie a k nim podkategorie, shrnuté do schémat.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo 10 sester domova pro seniory v rozmezí 43-57 let, pracujících na pozici všeobecných sester a staniční sestry. Rozhovorům předcházelo seznámení sester s tématem bakalářské práce a účelem výzkumu a písemný souhlas ředitelky zařízení.

Výsledky

Ze zpracovaných rozhovorů po analýze dat vzniklo 8 kategorií: Ošetrovatelský proces, Využívání ošetrovatelského procesu, Ošetrovatelský proces v praxi, Fáze ošetrovatelského procesu, Ošetrovatelské diagnózy, Intervence, Dokumentace ošetrovatelské péče, Poskytování péče. K jednotlivým kategoriím byly přiřazeny podkategorie, ve kterých jsou zakódována slovní spojení, a vše je znázorněno v přehledných schématech. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry mají povědomí o metodě ošetrovatelského procesu, který nejčastěji charakterizovaly jako uspokojování potřeb klienta. Tuto metodu využívají v každodenní praxi. Při hodnocení vycházely z pozitiv a negativ této metody jak pro sestry, tak pro klienty. Z kladných stránek jmenovaly např. kvalitní péči a účast klienta, z negativních především nárůst administrativy. Z výzkumu vyplynulo, že při stanovování ošetrovatelské diagnózy využívají sestry

především počítačový program Cygnus, jenž obsahuje diagnózy s kódy podle Taxonomie NANDA II. Rovněž nejčastější intervence sestry vybírají z nabídky počítačového programu, který jim na jedné straně, podle jejich mínění, práci usnadňuje, ale na druhé straně je zatěžuje časovou náročností, co se týče administrativy. Z výsledků se jeví jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské intervence seřazené podle fyziologických, psychických a sociálních potřeb:

snížený srdeční výdej – měření fyziologických funkcí, sledování celkového stavu klienta a účinek podaných léků, *inkontinence moči* – sledování známek infekce a stavu kůže, zajištění optimální hydratace, aplikace léků dle ordinace lékaře, edukace klienta, *porušená kožní integrita* – sledování hojení ran, péče o rány, aplikace léků, edukace klienta, optimální hydratace, *zhoršená tělesná pohyblivost* – edukace klienta o bezpečnosti, cvičení s dopomocí, protahování svalů, *zhoršená pohyblivost na lůžku* – polohování, edukace klienta o manipulaci s polohovacím lůžkem, *dehydratace* – sledování stavu kůže a sliznic, sledování bezpečí v případě zmatenosti, sledování bilance tekutin; *zhoršená verbální komunikace* – používání obrázkových karet, posouzení duševního stavu, pátrání v anamnéze po onemocněních postihujících řeč, *porucha smyslového vnímání* – kontrola funkčnosti kompenzačních pomůcek, sledování projevů chování, zajišťování kontrol u odborného lékaře, *chronická zmatenost* – zajištění dohledu a bezpečného prostředí, sledování projevů chování; *sociální izolace* – zajištění podnětů (televize, rádio, společenské akce), povzbuzování klienta, získání rodiny pro spolupráci, *nedostatek zájmových aktivit* – seznamování a motivace klienta, zhodnocení trávení volného času, používání metod pozitivního přesvědčování, *riziko osamělosti* – hodnocení stupně úzkosti, zvýšeného nervového napětí, kontrola kvality spánku, chuti k jídlu a ztráty soustředění, nabídka společenských aktivit.

Závěr

Cílem moderního ošetrovatelství je vysoká kvalita poskytované péče a aktivní účast klienta v ní, vyjádřena v konečné fázi uspokojením jeho potřeb s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení zdraví a zmírnění fyzické i psychické bolesti.

Praktickým výstupem bakalářské práce je brožura nejčastějších ošetrovatelských diagnóz a jejich intervencí v domově pro seniory , G – centrum Tábor.

Klíčová slova: ošetrovatelský proces, senior, ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelská intervence , domov pro seniory, počítačový program Cygnus

Abstract

Title of the Bachelor thesis: The most frequent nursing diagnoses in homes for the elderly and the possibilities of their solution

Theoretical Foundations

Population aging is a phenomenon that characterizes the current demographic trends in all developed economies, including the Czech Republic. The increase in the elderly population brings with it the need to address not only the pension and health care system, but also social care for the so-called very old group, who have their own specific needs. The common principles of health and social care can only be fulfilled by both an active model of care that is based on long-term experience with health and social care abroad, as well as knowledge of modern science, geriatrics, gerontology and social medicine. It presents an adequate diagnosis and therapy for seniors not only through the nursing community and outreach workers, but also institutional care homes for the elderly.

The method of modern nursing is the nursing process, which solves the problems of patients which can be influenced by professional nurses who have an irreplaceable position in homes for the elderly, as they are responsible for the health of all clients, not just the elderly dependent on care.

An increase in knowledge in nursing and its development has resulted in the creation of a standardized language and uniform labeling of diagnoses in many European countries. The emergence of the NANDA classification system represents a taxonomy of nursing diagnoses, which are sorted according to actual human responses which form functional health patterns. The spectrum of nursing diagnoses used is quite broad, as in the elderly there are many nursing problems, and therefore nursing diagnoses most frequently relate to both the physical, psychological and social needs of clients. Nursing diagnoses are determined by nurses in collaboration with clients, using nursing interventions to achieve positive results. Nurses are responsible for the diagnosis, and if it is well-defined it illustrates the diagnostic skills and required expertise of the nurses.

The objectives of the thesis

The objective of the thesis was to map out the most frequent nursing diagnoses used in homes for the elderly and nursing interventions for these diagnoses. The following research questions were chosen for mapping: What are the most common nursing diagnoses of clients in the selected nursing homes? What are the intervention for the most common nursing diagnoses?

The methods used

For gaining information, qualitative research by the interviewing method using non-standardized in-depth interviews was used. The research was conducted in February 2014 in the G - center in Tábor, a home for the elderly. Interviews were recorded in a notebook and then transcribed. When processing the results, encoding methods for searching for the most common phrases were used, on the basis of which categories and their subcategories were created, summarized in diagrams.

The research sample

The research sample consisted of 10 nurses from the home for the elderly in the range of 43-57 years, employed as nurses and ward sisters. The interviews were preceded by familiarizing the nurses with the topic of thesis and research purposes, and written consent of the Director of the facility.

Results

After analyzing the data from the processed interviews, 8 categories were created: The nursing process, using the nursing process, the nursing process in practice, the phases of the nursing process, nursing diagnoses, interventions, documentation of nursing care and care provided. Subcategories were assigned to the individual categories, in which phrases are encoded, and everything is shown in clear diagrams. The interviews revealed that the nurses are aware of the method of the nursing process, which was most often characterized as meeting the needs of the client. This method is used in everyday practice. The evaluation was based on the positives and negatives of this method for both nurses and clients. Positive aspects designated included for example high-quality care and client participation while negative aspects especially consisted in the growth of administration. The research showed that in the determination of nursing diagnoses,

nurses particularly used the computer program Cygnus, which contains diagnoses with codes according to the NANDA II Taxonomy. Also, the most common intervention of nurses are selected from a computer program that in their opinion, on the one hand makes the job easier, but on the other hand is time-consuming in terms of administration., The most frequent nursing diagnoses and nursing interventions can be observed in the results, classified by physiological, psychological, and social needs:

decreased cardiac output - measuring physiological functions, monitoring the overall condition of the client and the effect of the administered drugs, *urinary incontinence* - looking for signs of infection and skin condition, ensuring optimal hydration, medication as prescribed by a physician, client education, *impaired skin integrity* - monitoring wound healing, care of wounds, medication administering, client education, optimal hydration, *impaired physical mobility* - educating clients about safety, exercises with assistance, flexing muscles, *impaired mobility in bed-positioning*, educating clients about the handling of adjustable beds, *dehydration* - monitoring the condition of the skin and mucous membranes, monitoring of safety in the event of confusion, monitoring of fluid balance; *impaired verbal communication* - using flashcards, assessment of mental status, search history of the disease affecting speech, *impaired sensory perception* - checking the functionality of assistive devices, monitoring behaviors, providing checks by a specialist, *chronic confusion* - securing supervision and a safe environment, monitoring behavior symptoms; *Social isolation* - providing stimulation (television, radio, social events), encouraging the client, obtaining the cooperation of the family, *lack of extracurricular activities* -introduction and motivation of the client, evaluation of leisure time activity, using positive methods of persuasion, *loneliness risk* - assessment of the degree of anxiety, increased nervous tension, checking sleep quality, appetite, and loss of concentration, offer of social activities

Conclusion

The aim of modern nursing is the high quality of the care provided and the client's active participation in it. It is expressed in the final phase by the satisfaction of their needs with respect to the individual's quality of life, leading to maintaining health and alleviating physical and mental pain.

The practical outcome of the Bachelor thesis is a pamphlet of the most common nursing diagnoses and their interventions in a home for the elderly, G – center, Tábor.

Keywords: nursing process, senior, nursing diagnosis, nursing interventions, home for the elderly, the computer program Cygnus

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedenými v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12.srpna 2014

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení a konzultace na této bakalářské práci.

Obsah	12
Úvod	15
1 Současný stav	17
1.1 Ošetrovatelský proces	17
1.2 Ošetrovatelská diagnóza	19
1.2.1 Odlišnosti ošetrovatelské diagnózy od lékařské diagnózy	20
1.2.1.1 Výhody ošetrovatelské diagnózy	21
1.2.1.2 Typy ošetrovatelských diagnóz	21
1.2.1.3 Formulování ošetrovatelských diagnóz	23
1.2.1.4 Běžné ošetrovatelské omyly	24
1.2.1.5 Klasifikace ošetrovatelských diagnóz	25
1.2.2 Klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz NANDA International	26
1.2.2.1 NANDA Taxonomie I	27
1.2.2.2 NANDA Taxonomie II	28
1.2.3 Klasifikační systém intervencí a výsledků ošetrovatelské péče	29
1.2.3.1 Klasifikační systém NIC	30
1.2.3.2 Klasifikační systém NOC	31
1.2.3.3 Aliance NNN	31
1.3 Domovy pro seniory	32
1.3.1. Pojem senior, stárnutí a stáří	33
1.3.2. Změny způsobené stářím	34
1.3.3 Geriatrické syndromy	37
1.4 Ošetrovatelský proces u seniorů v pobytovém sociálním zařízení	39
1.4.1 Ošetrovatelské diagnózy u seniorů	40
1.4.2 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u seniorů v NANDA doménách	41
2 Cíle práce	46
3 Metodika	47
3.1 Metodika výzkumu	47
3.1.1 Etapy výzkumu	47
3.1.2 Zpracování výsledků výzkumu	48
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	48
3.3 Charakteristika prostředí výzkumu	49
3.3.1 Informační systém Cygnus	49

4 Výsledky	51
4.1 Kategorizace hloubkových rozhovorů se sestrami	51
4.1.1 Kategorie „Ošetřovatelský proces“	51
4.1.2 Kategorie „Využívání ošetřovatelského procesu v domově pro seniory	52
4.1.3 Kategorie „Ošetřovatelský proces v praxi	54
4.1.4 Kategorie „Fáze ošetřovatelského procesu“	58
4.1.5 Kategorie „Ošetřovatelské diagnózy“	59
4.1.6 Kategorie „Intervence“	63
4.1.7 Kategorie „Dokumentace“	65
4.1.8 Kategorie „Poskytování péče	66
5 Diskuse	68
6 Závěr	80
7 Seznam použité literatury	82
8 Přílohy	86

Seznam použitých zkratek

GS	-	geriatrický syndrom
ADL	-	test základních denních činností podle Barthelové
MMSE	-	test kognitivních funkcí krátká škála mentálního stavu
PL	-	praktický lékař
IADL	-	test instrumentálních denních činností
NANDA	-	klasifikace ošetrovatelských diagnóz
NIC	-	klasifikace ošetrovatelských intervencí
NOC	-	klasifikace ošetrovatelských výsledků
OMAHA	-	ošetrovatelský klasifikační systém pro komunitní zdraví
ICNP	-	mezinárodní klasifikace ošetrovatelské praxe
CCC	-	klasifikační systém klinické péče
NMDS	-	základní soubor ošetrovatelských dat
NNN	-	společná jednotná struktura pro systémy NANDA, NOC, NIC

Úvod

Počátek 3. tisíciletí je charakterizován několika sociálními fenomény, které určují chod naší společnosti. Patří mezi ně i problematika stáří, stárnutí a života seniorů. V následujících letech pak bude tato problematika z politických, ekonomických i sociálních důvodů stále aktuálnější. Stárnutí a stáří je jevem celospolečenským, ale i zcela individuálním. Statistická data vypovídají o tom, že populace v Evropské unii, včetně České republiky, stárne. Období stáří a stárnutí je provázáno změnami v různých oblastech života jedince, a proto je tato etapa mnohdy chápána jako období nemoci, nemohoucnosti, samoty (Dvořáčková, 2012).

Proto je postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem spíše negativní – ageistický. Vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuelně až odporem ke starým lidem (Vágnerová, 2000).

Mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku. Vzhledem k tomu nepociťuje se starými lidmi sounáležitost a chápe je jako příslušníky podřadnější kategorie, s nimiž nemá nic společného. Pokud má dojít ke změně těchto stereotypů, neobejde se to bez analýzy životních potřeb a pochopení problémů současných seniorů. Co se týká služeb využívaných seniory, je nutné, aby poskytovatelé těchto služeb znali nejen jejich potřeby, ale i faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů. Je zřejmé, že v seniorském věku se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví a vnímání osobní i společenské pohody. Pokud již pro seniora není možné, nebo dokonce bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před velmi náročné rozhodnutí – strávit zbytek života v ústavním zařízení. Domovy pro seniory představují jeden z článků péče o seniory a jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost nebo zdravotní postižení, chronické duševní onemocnění nebo některý typ demence. Z těchto důvodů jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Vzhledem k prodlužující se střední délce života a ke stárnutí populace bude počet seniorů, kteří tento druh služeb potřebují, přibývat. Je proto nutné, aby kvalita poskytovaných služeb byla na takové úrovni, aby poskytla seniorům nejen spokojený, ale především důstojný život (Dvořáčková, 2012).

Ve vztahu k ošetrovatelství je vnímání kvality života velmi důležité, protože přímo souvisí s poskytováním péče. Je celostním vnímáním života v jeho hlubším slova smyslu (Olišarová, Dolák a Tóthová, 2012). Otázka kvality zdravotní péče se tak stále více dostává do popředí zájmu veřejnosti i zdravotníků. Na tomto procesu se musejí aktivně podílet i sestry, které musí stát v čele při definování kvality ošetrovatelské péče (Staňková, 2006).

Měli bychom si proto položit otázku, jaké chceme stáří pro sebe a pro své rodiče a co je nezbytné k naplnění této naší představy učinit. S tím souvisí i komplexní péče, jež je seniorům v sociálních zařízeních poskytována. Zajišťují ji především včasné rozpoznání problémů klientů a rychlá individuální a odborná ošetrovatelské péče. Proto jsem si zvolila téma bakalářské práce – „Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v domovech pro seniory a možnosti jejich řešení,“ protože si myslím, že i klienti v domovech pro seniory mají právo na plánovanou péči zajištěnou ošetrovatelským procesem, který je specifickým znakem moderního ošetrovatelství. Ostatně tento požadavek vychází i z koncepce ošetrovatelství MZ České republiky, z něhož plyne, že profesionálové v oboru ošetrovatelství jsou povinni pracovat metodou ošetrovatelského procesu (Marečková, 2006).

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci (Pochylá, 2005).

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio- psycho- sociální, bytostí holistickou. Termín holismus je odvozen z řeckého slova, které znamená celek. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné části z celku vede k poruše jiné části, popř. celého systému. (Trachtová, 2013).

Mezi hodnoty, na nichž se zakládá moderní ošetrovatelství, patří uznání a respektování každé bytosti, chápání člověka v jeho komplexnosti, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby udržovat zdraví po celý život, přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči (Tóthová a kol., 2009).

Hlavním cílem ošetrovatelství je podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka, zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Pochylá, 2005).

Moderní ošetrovatelství vyžaduje změny v organizaci a poskytování ošetrovatelské péče, které povedou k poskytování plánovité ošetrovatelské péče vycházející z individuálních problémů a potřeb každého pacienta (Tóthová a kol., 2009).

Lidskou potřebu lze definovat jako stav charakterizovaný silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti bio- psycho- sociální nebo duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné a velmi úzce souvisí nejen se zachováním, ale především s kvalitou života (Šamánková a kol., 2011).

Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, jenž umožňuje systematický specifický způsob individuálního přístupu k ošetřování každého nemocného klienta v nemocniční i terénní péči (Tóthová a kol., 2009).

Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. V evropské literatuře se nejčastěji uvádí pětifázový

proces, se kterým se proto setkáváme v ošetrovatelské praxi i v České republice. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu zahrnují: posouzení, diagnostiku (stanovení ošetrovatelské diagnózy), plánování navržených opatření, realizaci opatření, vyhodnocení efektu poskytnuté péče (Staňková, 2005a).

Slovo „proces“ je tedy míněno jako průběh ošetrovatelské činnosti, kontinuální a cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem (Tóthová a kol., 2009). Základním důvodem, proč využívat techniku ošetrovatelského procesu v oblasti naplňování lidských potřeb, je fakt, že je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Dílčí kroky ošetrovatelského procesu se osvědčily zejména tím, že lze takto vytvořit strukturu, podle které můžeme bezpečně postupovat s dodržením celistvosti v poskytování péče (Šamánková a kol., 2011). Povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu byla zakotvena do legislativních norem ČR, do Konceptce ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9 /2004), do vyhlášky č. 424/2004 Sb. (Plevová a kol., 2011).

Posuzování (1.fáze ošetrovatelského procesu) zahrnuje sběr informací a hodnocení zdravotního stavu pacienta, třídění a záznam údajů. Komplexní, přesná a úplná databáze těchto informací je východiskem pro realizaci dalších fází (Tóthová a kol., 2009).

Diagnostika (2. fáze ošetrovatelského procesu) je charakterizována jako analyticko – syntetický proces, který ústí do výběru a formulace ošetrovatelské diagnózy, jež je východiskem pro plánování a realizaci ošetrovatelského procesu (Plevová a kol., 2011). Stanovení ošetrovatelské diagnózy nesmí být formální. Sestry by měly hovořit o diagnózách (problémech) svých nemocných na denních schůzkách pracovních týmů a hledat optimální řešení (Šamánková a kol., 2011).

Plánování (3.fáze ošetrovatelského procesu) je proces vytyčení ošetrovatelských strategií, intervencí, s cílem prevence, redukce, eliminace pacientových problémů vyjádřených ve formulaci ošetrovatelských diagnóz. Tato fáze zahrnuje čtyři základní kroky: 1. krokem je vytyčení priorit ošetrovatelských diagnóz (vyžadují okamžitou pozornost). 2. krokem je formulace cílů a výsledných kritérií (dosažitelná změna ve zdravotním stavu pacienta po realizaci ošetrovatelské péče a kdy bude problém vyřešen). 3. krokem je plánování ošetrovatelských intervencí (výběr intervence je

ovlivněn těmito podmínkami - intervence musí být bezpečná, odpovídat věku, zdravotnímu stavu a potřebám pacienta, respektovat jeho práva, odpovídat pořadí důležitosti, být slučitelná s jinými léčebnými metodami, odpovídat platné legislativě, být založena na klinických zkušenostech a vědeckých důkazech). 4. krok je sestavení písemného plánu ošetrovatelské péče (záznam do ošetrovatelské dokumentace a jiných formulářů vyplývajících ze specifik konkrétních pracovišť) (Plevová a kol., 2011).

Realizace (4. fáze ošetrovatelského procesu) je charakterizována jako provedení plánu péče, resp. jako provedení ošetrovatelských intervencí v klinické praxi s cílem dosažení stanoveného výsledku (cíle ošetrovatelské péče) zaznamenaného v plánu (Plevová a kol., 2011).

Proces realizace probíhá v několika krocích, a to: opětovné posouzení momentálního stavu pacienta, nepřetržité pozorování pacienta a v případě nutnosti změna postupu, realizace ošetrovatelských intervencí, záznamy do ošetrovatelské dokumentace (Tóthová a kol., 2009).

Vyhodnocení (5. fáze ošetrovatelského procesu) zjišťuje, zda došlo k dosažení vytyčených cílů. Tento proces probíhá v několika krocích: získat údaje o reakcích pacienta na ošetrovatelské zásahy a porovnat je s výslednými kritérii (ve 3.fázi), posoudit, zda došlo k dosažení cílů, poté buď ukončit ošetrovatelský proces, nebo v případě nesplnění (nebo částečného splnění) cílů, revidovat a modifikovat plán ošetrovatelské péče (Tóthová a kol., 2009).

1.2 Ošetrovatelská diagnóza

Specifické problémy pacienta se v ošetrovatelské praxi stále častěji označují jako ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelská diagnóza je tedy nový fenomén, jehož význam se zvyšuje s rozšiřující se vědomostní základnou ošetrovatelství a v rámci nové terminologie je třeba jej používat (Herdman, 2010).

Kvalita ošetrovatelské péče závisí na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetrování, měla by v první fázi ošetrovatelské péče získat o pacientovi co nejvíce potřebných informací. Zhodnocení nemocného na základě shromáždění a

vytřídění informací umožňuje sestře rozhodnout proč, kdy, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného (Staňková, 2005b).

S termínem „ošetřovatelská diagnóza“ začalo být tedy zřejmé, že sestry jsou diagnostičky, které používají diagnostické uvažování ve spolupráci s pacienty, aby identifikovaly nejlepší diagnózy, jež by pomocí ošetřovatelských intervencí vedly k dosažení pozitivních výsledků u pacienta (Herdman, 2010).

Sestry si musí vyvinout diagnostické kompetence tak, aby se mohly stát dobrými diagnostičkami, tj. interpretovat diagnostické údaje tak, aby poskytly potřebné služby (Herdman, 2010).

Stanovení ošetřovatelské diagnózy (z řeckého „diagignoskein“ = rozeznávat, označovat, odlišovat) tvoří druhou fázi ošetřovatelského procesu. „Znamená verbalizaci pacientových problémů a potřeb, které může ovlivnit správně zvolená (naplánovaná) ošetřovatelská péče“ (Staňková, 2005b, s.24).

Proces analýzy a syntézy získaných poznatků, diagnostický proces, má 4 fáze, při nichž se uplatňuje objektivita, kritické myšlení, rozhodování, induktivní a deduktivní usuzování. Proto stát se dobrým diagnostikem vyžaduje rozvoj odborných a osobních dovedností a vlastností (Staňková, 2005b).

Diagnostický proces má tyto 4 fáze: utřídění a vyhodnocení informací, stanovení zdravotních problémů pacienta a potřeb ošetřovatelské péče, formulování ošetřovatelské diagnózy, priority diagnóz (Staňková, 2005b).

1.2.1 Odlišnost ošetřovatelské diagnózy od lékařské diagnózy

Ošetřovatelská diagnóza je závěr provedený sestrou na základě systematického sběru informací o nemocném. Zahrnuje pouze ty oblasti, které je sestra schopná a má kompetence ovlivnit. Za ošetřovatelskou diagnózu je sestra odpovědná i přes to, že se na jejím utváření podílejí i jiní zdravotníci. Ošetřovatelská diagnóza může popisovat nejen současné zdravotní problémy, ale i ty, které lze očekávat. Ošetřovatelská diagnóza nekopíruje diagnózu lékařskou, ale doplňují se navzájem. „Například sestra není kompetentní diagnostikovat diabetes mellitus, zatímco lékař je vzdělán a oprávněn nemoc označit“ (Staňková, 2005b, s.24).

Ošetrovatelská diagnóza určuje, jak nemoc zasahuje do života člověka, mění jeho soběstačnost, jaké má problémy. Ošetrovatelská diagnóza se mění podle změn pacientových reakcí a provázejí ji samostatné ošetrovatelské činnosti (plánování, hodnocení péče) (Staňková, 2005b).

Lékařská diagnóza vyjadřuje chorobu, kterou lékař určil na základě různých diagnostických vyšetření. Lékař má právo tuto chorobu a chorobné procesy léčit. Tedy centrem lékařské diagnózy je chorobný proces a jeho léčení. Usměňuje medicínskou léčbu i závislé činnosti sestry. Je doplňkem k ošetrovatelské diagnóze. Má dobře vyvinutý jednotný klasifikační systém přijatý lékařskou profesí (Tóthová a kol. ., 2009).

Cílem ošetrovatelské diagnózy je dosáhnout maximálního stupně psychické a fyzické pohody pacienta (Staňková, 2005b).

1.2.1.1 Výhody ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy mají výhody jak pro sestry, tak i pro pacienty a členy zdravotnického týmu. Usnadňují komunikaci mezi sestrami a členy zdravotnického týmu. Identifikují stav zdraví pacienta, jeho zdravotní problémy, vitalitu. Posilují ošetrovatelský proces a poskytují směr pro plánování ošetrovatelských zásahů. Ulehčují péči v případě, že je pacient přemístěn na jinou jednotku nebo do jiného zařízení. Usměňují plánování ošetrovatelských výkonů pro propuštění pacienta z nemocnice. Pomáhají uskutečňovat komplexní péči a její kontinuitu. Slouží jako podklad pro financování ošetrovatelské péče (Mastiliáková, 2003).

Dobře zformulovaná ošetrovatelská diagnóza chrání sestru od toho, aby zasahovala do řešení těch problémů, které patří do kompetence lékaře (Tóthová a kol., 2009).

1.2.1.2 Typy ošetrovatelských diagnóz

Plevová (2011) uvádí 5 typů ošetrovatelských diagnóz: aktuální, potencionální, syndromová, na podporu zdraví a wellness. NANDA-I již nedefinuje ošetrovatelskou diagnózu wellness diagnóza. Na jednání v roce 2009 bylo rozhodnuto, že tato oblast zájmu již byla zahrnuta v rámci kategorie ošetrovatelská diagnóza podpora zdraví. Tento typ diagnózy a definice byl vyřazen z taxonomie NANDA- I a diagnózy wellness

byly převedeny na diagnózy vedoucí k podpoře zdraví. Diagnóza syndromová je pak uvedena pod názvem Riziková ošetrovatelská diagnóza - syndrom (Herdman, 2013).

Diagnóza aktuální vyjadřuje verbálně skutečné současné problémy nemocného. Některé z nich může nemocný sestře sdělit, jiné závisí na všímavosti sestry, která je může vytypovat, i když pacienta netrápí, ale mohou být dále závažné. Aktuální ošetrovatelská diagnóza má označení (název), definici, charakteristiku a související faktory (Tóthová a kol., 2009).

Diagnózu potencionální tvoří problémy, které se projeví po určité době, pokud jim není včas zabráněno. Sestra si toto potencionální nebezpečí uvědomuje, zatímco nemocný si je neuvědomuje, neboť ho zatím netrápí (Tóthová a kol., 2009).

Mezi potencionální problémy nejčastěji patří somatický stav (člověk zesláblý, podvyživený), prostředí, v němž se pacient pohybuje (člověk pracující v rizikovém prostředí), lékařská diagnóza (pacientův stav je provázen komplikacemi), léčebné postupy (nežádoucí účinky při léčbě), nemocniční prostředí (riziko infekce při snížené imunitě), okolnosti ze strany pacienta (životní problémy pacienta). Včasná ošetrovatelská péče může těmto problémům předejít. Je důležité pacienta do ošetrovatelské péče aktivně zapojit, seznámit ho s potencionálními problémy i plánovanými opatřeními (Staňková, 2005b).

„*Riziková ošetrovatelská diagnóza - syndrom* je klinické posouzení popisující shluk ošetrovatelských diagnóz, které se vyskytují společně a nejlépe se řeší společně pomocí podobných intervencí. Požadavek pro předložení: dvě nebo více ošetrovatelských diagnóz musí být použity jako určující znaky / rizikové faktory. Související faktory lze použít, pokud přispívají k objasnění definice“ (Herdman, 2013, s.537).

„*Ošetrovatelská diagnóza na podporu zdraví* je klinický závěr o motivaci a touze jedince, rodiny nebo komunity zvyšovat a uskutečňovat potenciál zdraví vyjádřený v ochotě zlepšit chování na podporu zdraví“ (Plevová, 2011, s. 198).

Ošetrovatelské diagnózy je potřeba na konci diagnostického procesu seřadit podle priorit, pořadí, v jakém budou řešeny. Prioritní je vždy život ohrožující stav. Priority problémů se stanoví pro bezprostřední příští období a z hlediska dalších perspektiv pacienta, např. úpravy životního stylu, udržení jeho nezávislosti na ostatních atd.

Všechny aktuální i potencionální problémy musí být zaznamenány v ošetřovatelském plánu. Priority by měly být stanoveny ve spolupráci s pacientem, případně i s rodinou (Staňková, 2005b).

Hlavním cílem kvalitní léčebné i ošetřovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Neméně důležitým cílem je však také snaha o podporu terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Pro dosažení těchto cílů je dobré požádat o spolupráci a podporu také rodinu (Šamánková a kol., 2011).

„Myšlenka spoluúčasti pacienta v ošetřovatelském procesu vyžaduje změny jak v našem myšlení, tak v ošetřovatelské praxi“ (Staňková, 2005b, s.31).

1.2.1.3 Formulování ošetřovatelských diagnóz

Standardní ošetřovatelská diagnóza se individualizuje tím, že je k ní připojena příčina vzniku problému nebo s ním související faktory a její typické projevy – znaky a příznaky, kterými se u konkrétního pacienta daný problém projevuje, neboli je třeba vyjádřit : problém (př. změna sliznice ústní dutiny), příčinu (př. dehydratace), projevy. V zahraničí a posléze i v české odborné literatuře se setkáváme s termínem tříložkové ošetřovatelské diagnózy, neboli metodou PES (problém, etiologie, symptomy) systému. První složku tvoří problém, druhou složku (etiologii) vyvolávající nebo související faktory a třetí složku tvoří znaky a příznaky, které dokazují, že diagnóza je aktuální (Tóthová a kol., 2009).

V názvech ošetřovatelských diagnóz se používají tyto termíny: aktuální (existující v daném okamžiku), potencionální (očekávaný), neefektivní (neúčinný), alterovaný (změněný), deficit (nedostatek), excesivní (přebytečný), intermitentní (střídavý), intolerantní (nesnášenlivý), ošetřovatelský syndrom (aktuální poruchy se kombinují s problémy potencionálními) (Staňková, 2005b).

Ošetřovatelské diagnózy by měly být jasné, stručné, výstižné, specificky zaměřené na pacienta. Každá diagnóza by měla vyjadřovat jeden pacientův problém a měla by se opírat o získané informace o pacientovi. Při jejich stanovení by sestra vedle svých odborných znalostí měla brát v úvahu i pacientovo hledisko. Ošetřovatelské diagnózy je

pak třeba řadit za sebou podle naléhavosti řešení. Pořadí diagnóz (priority problémů) se nemusí shodovat s hlediskem nemocného. Pokud sestra není schopna vyjádřit definitivní diagnózu, vytvoří pravděpodobnou, kterou po získání dalších údajů přepracuje na definitivní (Tóthová a kol., 2009).

1.2.1.4 Běžné ošetrovatelské omyly

Ošetrovatelská diagnóza označuje reakci pacienta na chorobný proces. Stanovení ošetrovatelské diagnózy je výsledkem série kroků, v nichž jsou údaje sesbírány, potvrzeny, uspořádány, analyzovány a v nichž jsou určeny potřeby pacienta (Tóthová a kol., 2009).

Cílem ošetrovatelské diagnózy je vyjádřit problém pacienta odbornou terminologií. Diagnóza může být dvou nebo tříložková. Jak už bylo zmíněno, první složkou je problém, druhou vyvolávající nebo související faktory a třetí složku tvoří znaky a příznaky. K tomu, aby sestra mohla zformulovat diagnózu, musí mít tedy určité vědomosti, dovednosti a zkušenosti (Tóthová a kol., 2009).

Správnost sesterských diagnostických závěrů závisí na správném zpracování údajů. Je proto nutné, aby se sestra přesvědčila, zda má všechny důležité informace. Někdy si však sestra může některé informace od pacienta nesprávně vysvětlit, což může vést k diagnostickým omylům právě na základě špatné interpretace údajů (Tóthová a kol., 2009).

K běžným diagnostickým omylům dle Tóthové (2009) patří: uvádění odpovědí pacienta jako potřeby místo problému, používání v závěrech úsudků a domněnek, kladení etiologie před pacientův problém, používání závěrů, které neurčují směr pro plánování nespécifických činností, používání lékařské terminologie místo sesterské, zahajování diagnózy ošetrovatelským zásahem. Diagnostické omyly mohou vyvolat i nesprávně uspořádané údaje, diagnóza může být stanovena i předčasně, tzn. dříve, než jsou sesbírána všechna data – i tak mohou vznikat diagnostické omyly. K diagnostickým omylům nedojde, bude-li mít sestra stále na paměti, že má popsat reakce pacienta na chorobu a jeho zdravotní stav a při určení příčin nepřekročí své kompetence. Následující doporučení mohou pomoci sestřám při sestavení přesné

ošetřovatelské diagnózy. Důležité je rozpoznat reakci pacienta a ne lékařskou diagnózu (př., bolest ve vztahu k fyzické námaze“ a nikoli „ k infarktu myokardu“). Nepoužívat symptom jako reakci pacienta, ale zjistit všechny údaje vztahující se ke stavu pacienta. Zjistit ty problémy, jejichž příčiny lze odstranit ošetřovatelskými zásahy. Popsat reakce pacienta vyvolané přístroji místo označení lékařského přístroje. Zjistit problémy pacienta místo ošetřovatelských zásahů, jež jsou plánovány na odstranění těchto problémů. Nejdříve stanovit problém pacienta a poté cíl. Posuzovat na základě odborných faktů, a ne předsudků, neboť ošetřovatelská diagnóza je založena na pacientových objektivních a subjektivních údajích, a ne na osobním názoru sestry. Vyhýbat se vyjádřením napadnutelným z právního hlediska. Dbát na to, aby formulování diagnózy obsahovalo jen jeden problém pacienta, neboť každý problém vyžaduje jiný způsob řešení a jejich řešení může trvat různě dlouhou dobu (Tóthová a kol., 2009).

Správně stanovená diagnóza soustřeďuje pozornost a péči na problém pacienta, a efektivně tudíž ovlivňuje uspokojení potřeby pacienta. Ulehčuje též komunikaci v ošetřovatelském týmu (Tóthová a kol., 2009).

Poskytování zdravotní péče, stejně jako jakákoliv činnost ve společnosti, je upravena a regulována řadou obecně závazných předpisů různé právní síly. Tyto předpisy zavazují zdravotnické pracovníky bez ohledu na jejich pracovní či jiné zařazení, a to jak při poskytování prevence, tak i diagnostiky a léčení. Porušení právní normy je hodnoceno jako postup protiprávní, za nějž může být zdravotnický pracovník postižen sankcí (Vondráček a Ludvík, 2005).

1.2.1.5 Klasifikace ošetřovatelských diagnóz

Narůstání poznatků v ošetřovatelství a tempo jejich rozvoje vyústilo v 80. a 90. letech 20. století do vzniku standardizovaného jazyka. Využitím jednotné terminologie k označení problémů je možné vést i srozumitelnou dokumentaci. Do systému je možné variabilně vstupovat, doplňovat, záleží na individuálně zjištěných faktorech. Komunikační dovednosti, vyhodnocování stavu nemocného a stanovení

ošetřovatelských diagnóz je pojmenováním ošetřovatelských problémů (Otásková a kol., 2007).

Klasifikační systémy v ošetřovatelství jsou výsledkem dlouholetého úsilí odborníků. Používání standardizované terminologie v 21. století bude základním znakem ošetřovatelské profese (Vörösová a kol., 2007). Klasifikace v ošetřovatelství je poměrně novým fenoménem. Taxonomie (jednotné označování diagnóz podle dohodnutých seznamů) ošetřovatelských diagnóz se používá v některých evropských zemích (Plevová a kol., 2011).

Většina klasifikačních systémů vznikla v USA a postupně se rozšířily po celém světě. V současné době mezi nejznámější klasifikační systémy v ošetřovatelství patří: Klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA Internacional, Klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC, Klasifikace ošetřovatelských výsledků NOC, Ošetřovatelský klasifikační systém pro komunitní zdraví - OMAHA, Mezinárodní klasifikace ošetřovatelské praxe ICNP, Klasifikační systém klinické péče CCC, Základní soubor ošetřovatelských dat NMDS (Plevová a kol., 2011).

Používání standardizované terminologie má mnoho výhod. Zlepšuje komunikaci mezi sestrami a ostatními členy interdisciplinárního týmu. Zvyšuje viditelnost ošetřovatelských intervencí. Zlepšuje péči o pacienta. Zlepšuje sběr dat k hodnocení výsledků. Zdůrazňuje dodržování standardů péče. Napomáhá hodnocení ošetřovatelských kompetencí (Plevová a kol., 2011).

1.2.2 Klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA International

Vývoj nejznámějšího klasifikačního systému NANDA International, který byl iniciován v USA, je spojen s vývojem ošetřovatelské diagnostiky. Termín ošetřovatelská diagnóza se začal objevovat jako „ pojem, který by mohl nejlépe popsat, co sestry v praxi dělají“ (Plevová a kol., 2011,s. 191).

Ošetřovatelská diagnostika je součástí ošetřovatelského procesu, který byl v roce 1967 představen jako 4fázový proces: posuzování, plánování, realizace a hodnocení.

Později přibyla samostatná, pátá fáze ošetrovatelského procesu – ošetrovatelská diagnostika, která následuje ihned po prvním kroku – posouzení (Plevová a kol., 2011).

Vznik NANDA znamenal zintenzivnění vývoje ošetrovatelské diagnostiky, jejímž hlavním posláním je standardizace terminologie v této oblasti. Terminologie byla postupně přeložena do mnoha jazyků a používána ve více jak 20 zemích světa (Plevová a kol., 2011).

Mezi přední důvody rozvoje standardizované diagnostické terminologie patří: potřeba jasného vymezení ošetrovatelské profese, vyjádření činností a jasné vymezení role sester, potřeba dorozumění v průběhu řízení a provádění ošetrovatelské péče (při vyhodnocení a srovnávání informací a sledování kvality), nástup počítačového zpracování ošetrovatelské dokumentace (Vörösová a kol., 2007).

NANDA diagnostická klasifikace se rozvíjí minimálně čtyřicet let a je kontinuálně doplňována a zdokonalována, podněcuje ošetrovatelskou veřejnost ke spolupráci na vývoji nových diagnóz a motivuje k revidování a tříbení již schválených komponent. NANDA – International vyvinula zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém, jenž specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků, konkrétně dle určujících znaků, definic diagnóz a číselných kódů (Marečková, 2006).

1.2.2.1 NANDA Taxonomie I

Klasifikační systém NANDA představuje taxonomii ošetrovatelských diagnóz. Jedná se o uspořádání ošetrovatelských diagnóz podle určitého principu s cílem vytvořit standardní názvy ošetrovatelských diagnóz (Plevová a kol., 2011).

NANDA Taxonomie I je prvním krokem k systematickému seřazení diagnóz, jenž se datuje od roku 1977, kdy byla zahájena práce na vývoji organizační struktury pod vedením Callisty Royové (Vörösová a kol., 2007).

Sestra je kompetentní v diagnostice reakcí individuálního zdravého nebo nemocného člověka na chorobný stav nebo zátěžovou situaci. Proto byly ošetrovatelské diagnózy v Taxonomii I seřazeny podle 9 základních lidských reakcí, jež tvořily tyto vzorce: 1 Výměna, 2 Komunikace, 3 Navazování vztahů, 4 Hodnocení, 5 Volba, 6 Pohyb, 7 Vnímání, 8 Poznávání (získávání vědomostí), 9 Pocity (cítění) (Mastiliáková, 2003).

Označení kódů diagnóz postupovalo hierarchicky směrem od prvního vzorce k poslednímu, tzn. od diagnózy s kódem 00001 v prvním vzorci až po diagnózu s kódem 00148 v devátém vzorci. V poslední verzi NANDA Taxonomie I bylo seřazeno 148 ošetrovatelských diagnóz. Vzhledem k nízké míře klinické využitelnosti byla tato struktura modifikována na 11 funkčních obrazců zdraví: 1 vnímání zdraví, 2 výživa-metabolismus, 3 vylučování, 4 aktivita – cvičení, 5 spánek – odpočinek, 6 poznávání – vnímání, 7 vnímání sebe sama, 8 role- vztahy, 9 reprodukce – sexualita, 10 přizpůsobení se- zvládání stresu, 11 hodnotová orientace (Plevová a kol., 2011).

1.2.2.2 NANDA Taxonomie II

V roce 2000 byl výborem pro taxonomii NANDA předložen systém nový, založený na struktuře 13 diagnostických domén, které vychází z 11 funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové, které byly přepracovány a doplněny o nově vytvořené domény (Vörösová a kol., 2007).

Tak vznikla vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů nazvaná NANDA Taxonomie II. Taxonomie II má 3 úrovně: domény, třídy a ošetrovatelské diagnózy. Verze NANDA – Taxonomie II 2009 – 2011 má strukturu 13 domén, 47 tříd a 206 ošetrovatelských diagnóz : doména 1 Podpora zdraví, doména 2 Výživa, doména 3 Vylučování a výměna, doména 4 Aktivita/ odpočinek, doména 5 Vnímání / poznávání, doména 6 Vnímání sama sebe, doména 7 Vztahy mezi rolemi, doména 8 Sexualita, doména 9 Zvládání/ tolerance zátěže, doména 10 Životní principy, doména 11 Bezpečnost/ ochrana, doména 12 Komfort, doména 13 Růst / vývoj (Plevová a kol., 2011).

Jednotlivé domény se dále člení na třídy a v jednotlivých třídách jsou seřazeny ošetrovatelské diagnózy různých typů. Kompletní aktuální seznam všech schválených ošetrovatelských diagnóz včetně definic, definujících charakteristik / určujících znaků, souvisejících faktorů nebo rizikových faktorů je v českém jazyce k dispozici v publikaci Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA - International 2012-2014. Toto poslední vydání obsahuje 16 nových a 11 revidovaných diagnóz spolu s několika novými nebo aktualizovanými úvodními kapitolami. Důvodem je, aby všichni

zdravotníci v praxi po celém světě používali tuto knihu bezpečně a konzistentně. Správní rada NANDA - International si je vědoma, že mezi sestrami existují různé potřeby související s pojmovým jazykem ošetrovatelství. Jako mezinárodní organizace si cení rozmanitosti různých potřeb z hlediska dovedností a kompetencí sester, rozsahu praxe a standardů, v nichž vykonávají své povolání. Každá sestra by si měla být vědoma, že má pracovat v rámci tohoto standardu a rozsahu praxe, ale také toho, že jsou tu i oblasti ošetrovatelské praxe, které existují globálně a informovanost o nich může po čase podporovat rozšiřování ošetrovatelské praxe v dalších zemích (Herdman, 2013).

V publikaci Otáskové a kol. (2007) jsou rovněž využity praktické zkušenosti ošetrovatelských týmů tak, aby byly přehledně seřazené jednotlivé faktory aplikovatelné v praxi. Pro větší přehlednost je publikace sestavena do systému tabulek s číselným kódem ošetrovatelské diagnózy. Jde o jeden z moderních trendů v ošetrovatelství, umožňující vést jednotnou, jednoznačnou a přehlednou ošetrovatelskou dokumentaci s tím, že má stále na paměti uspokojování bio – psycho – sociální potřeby pacienta – člověka.

1.2.3 Klasifikační systém intervencí a výsledků ošetrovatelské péče

S vývojem ošetrovatelské terminologie došlo k propojení aktivit asociace NANDA – International a odborných seskupení, která vyvíjejí standardizovanou nabídku ošetrovatelských intervencí a výsledků ošetrovatelské péče. Toto propojení zastřešuje Aliance NNN. Název je odvozen od prvních písmen projektů NANDA – International, NIC a NOC (Marečková, 2006).

Asociace NANDA – International vyvíjí materiál pro přesnou ošetrovatelskou diagnostiku. NIC vyvíjí rozsáhlý soubor ošetrovatelských intervencí a pod ně spadajících činností. NOC se věnuje vývoji standardizovaných výsledků ošetrovatelské péče (Marečková, 2006).

Výhoda spočívá v tom, že ke každé ošetrovatelské diagnóze jsou stanoveny konkrétní ošetrovatelské intervence a výsledky. Ošetrovatelští pracovníci tak přesně vědí, jaké intervence zvolit k řešení ošetrovatelských problémů, které našli a nazvali s využitím NANDA – International diagnostiky (Plevová a kol., 2011).

1.2.3.1 Klasifikační systém NIC

Klasifikace ošetrovatelských intervencí (Nursing Interventions Classification) – NIC je komplexní, standardizovaná klasifikace intervencí, které sestry vykonávají (Plevová a kol., 2011).

NIC definuje intervenci jako: „... ošetření, které se zakládá na diagnostickém závěru sester a které se poskytuje ve prospěch dosažení očekávaných výsledků klienta“ (Marečková, 2006, s.259).

Pojem ošetrovatelská intervence má podle autorů NIC širší význam. Jde o název okruhu péče, pod který spadá soubor ošetrovatelských činností užívaných k řešení konkrétní ošetrovatelské diagnózy neboli ošetrovatelského problému pojmenovaného názvoslovím NANDA – International. Každá z intervencí má svoji definici a je označena kódem. U každé intervence jsou odkazy na odborné publikace. Slouží pro účely dokumentace péče, komunikace ohledně ošetrovatelské péče mezi zařízeními, integrace údajů, měření produktivity, hodnocení kompetencí, úhrady výdajů (Marečková, 2006).

Verze klasifikačního systému NIC (2008) obsahuje 542 intervencí a více než 12 000 činností uspořádaných do 30 tříd a 7 domén: 1 doména fyziologická základní, 2 doména fyziologická komplexní, 3 doména behaviorální, 4 doména bezpečí, 5 doména rodiny, 6 doména zdravotnického systému, 7 doména komunity (Plevová a kol., 2011).

Systém NIC nabízí dvě kategorie intervencí, které sestry vykonávají při přímé a nepřímé péči o pacienta. Intervence přímé péče jsou činnosti vykonávané v interakci s pacientem. Zahrnují fyziologické i psychosociální činnosti. Intervence nepřímé péče jsou činnosti vykonávané mimo pacienta, ale kvůli pacientovi. Zahrnují ošetrovatelské činnosti zaměřené na management prostředí pacienta nebo interdisciplinární spolupráci. Tyto činnosti podporují efektivnost intervencí přímé péče. Většina intervencí je určena pro jedince, ale mnoho z nich je určeno pro rodiny a některé také pro komunity (Plevová a kol., 2011).

Kódování intervencí napomáhá počítačovému používání. Intervence mohou být využity v jakémkoli typu zařízení (klinické pracoviště, hospicová péče) a ve všech

typech specializací (pediatrická, geriatrická, intenzivní péče a další) (Plevová a kol., 2011).

1.2.3.2 Klasifikační systém NOC

V rámci ošetrovatelského procesu je prováděno také vyhodnocení. Podkladem k jeho provedení je obsah klasifikace NOC (Marečková, 2006).

Výsledek ošetrovatelské péče je definován jako: „ ... měřitelný stav, měřitelné chování nebo vnímání jedince, rodiny nebo komunity, který je dlouhodobě a kontinuálně sledován a který citlivě reaguje na intervenci“ (Marečková, 2006, s. 261).

Klasifikace ošetrovatelských výsledků (Nursing Outcomes Classification) NOC je komplexní standardizovaná klasifikace výsledků pacientů vyvinutá za účelem hodnocení efektivity ošetrovatelských intervencí (Plevová a kol., 2011).

NOC klasifikace se aktualizuje a publikuje ve čtyřletých intervalech. Ve vydání z roku 2008 je 385 výsledků uspořádaných do 7 domén, 31 tříd a dále do podtříd: doména 1 – Funkční zdraví, doména 2 – Fyziologické zdraví, doména 3 – Psychosociální zdraví, doména 4 – Znalosti o zdraví a chování, doména 5 – Vnímání zdraví, doména 6 – Zdraví rodiny, doména 7 – Komunitní zdraví (Plevová a kol., 2011)

Výsledek NOC se používá na monitorování progresu v průběhu ošetrovatelské péče. Výsledky mohou být ovlivněny řadou faktorů: výběrem intervencí, faktory prostředí, činností ostatních zdravotnických pracovníků, zdravotním stavem pacienta atd. Ošetrovatelské výsledky byly vytvořeny za účelem využití ve všech zařízeních a ve všech specializacích. Podobně jako systém NIC i systém NOC je k dispozici v mnoha světových jazycích a jsou propojeny s jinými klasifikačními systémy (Plevová a kol., 2011).

1.2.3.3 Aliance NNN

Aliance NNN (nazývané také 3 N Aliance) vznikla roku 2001 se záměrem vytvořit společnou jednotnou strukturu pro 3 klasifikační systémy – NANDA, NIC a NOC. Cílem Aliance NNN je napomáhat rozvoji, testování a zpřesňování ošetrovatelské terminologie. Podporou grantu Národní lékařské knihovny v USA se ve státě Illinois

konala v roce 2001 konference, jejímž záměrem bylo vytvořit první návrh společné taxonomické struktury pro tři klasifikace NANDA, NIC a NOC. Zkoumaly se existující klasifikační systémy a názvosloví a byl sestaven první návrh jednotné struktury pro diagnózy, intervence a výsledky. V roce 2002 byla v Chicagu navržená struktura představena širšímu okruhu účastníků, revidována a navržena tak, aby mohly být ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky umístěny do stejných tříd a domén s cílem dospět k používání jedné spojené klasifikace v rámci jedné struktury. Příklad propojení NANDA, NIC, NOC: NANDA diagnóza – Akutní bolest (00132), NOC výsledek – Kontrola bolesti (1605), Úroveň bolesti (2102), NIC intervence – Aplikace léků (2300), Aplikace analgetik (2210), Management bolesti (1400), Pacientem kontrolovaná analgezie- asistence (2400) (Plevová a kol., 2011).

Mezinárodní použitelnost klasifikačních systémů NANDA – I, NIC a NOC zvyšují valorizaci (platnost výzkumné techniky) s cílem zakomponovat lingvistické a kulturní odlišnosti jednotlivých kultur do společné terminologie a zlepšení efektivity ošetrovatelských intervencí (Plevová a kol., 2011).

1.3 Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se podle zákona 108 / 2006 Sb. poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jde o komplex služeb zahrnující služby ubytovací, stravovací, služby sociální péče (specifikované zákonem a příslušnou vyhláškou), zdravotnické služby (podle § 36 zákona č. 108 / 2006 Sb. § 17 zákona č. 48 / 1997 Sb.) a další služby doplňkové (Kalvach a kol., 2011).

Kvalita života seniorů v domovech pro seniory je určena mnoha objektivními i subjektivními faktory. Souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěž apod. V současné době je kladen důraz na kvalitu poskytovaných služeb v těchto zařízeních. Vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klienta. Je poskytována tak, aby nebyla porušována lidská práva, zohledňuje individuální potřeby klientů a zvyšuje kvalitu jejich života (Dvořáčková, 2012).

Osobnost člověka je utvářena jeho předchozím vývojem. S rostoucí závislostí na péči druhé osoby je méně aktuální širší okruh vztahů a aktivit, a důležitějšími se stávají blízké vztahy. V zákoně č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, jsou uvedeny kvalifikační požadavky na pracovníky v sociálních službách. Pozornost je věnována koncepci kvality života seniorů v domovech pro seniory, a to na bio – psycho – sociálních a spirituálních úrovních. Vzdělávání pracovníků poskytujících sociální služby by mělo zpětně odrážet i kvalitu poskytovaných služeb a pozitivně ovlivňovat kulturní organizace (Dvořáčková, 2012).

1.3.1 Pojem senior, stárnutí a stáří

Senior (z lat. senex, senis- starý, druhý stupeň senior - starší má více významů. Jedním z nich je člověk v letech, starý člověk, stařec. Dvořáčková (2012, s.9) ve své knize Kvalita života seniorů v domovech pro seniory uvádí, že „stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“

Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují poklesem výkonnosti jedince. Délka života je geneticky podmíněna a u člověka může teoreticky dosáhnout 115 – 120 let, v praxi mimořádný jev (Haškovcová, 2006).

Stáří je konečná etapa procesu stárnutí, je to období na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince. Jednotná definice stáří neexistuje. V praxi je jednou z nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří *věk*. Dle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikace období stáří následující: 60 – 74 let vyšší věk nebo rané stáří, 75 – 89 let vlastní stáří, sénium a 90 a více let dlouhověkost. Z praktických důvodů je tedy používán věk kalendářní, který je odvozen z data narození, a označuje se jako období třetího věku (1. věk – dětství a dospívání, 2. věk dospělost) (Haškovcová, 2006).

V současnosti se setkáváme i s označením čtvrtý věk, což vyplývá z potřeby rozdělit stáří na dvě období se zřetelem na jejich různé charakteristiky. Starší člověk ve věku 60

– 74 let většinou ještě netrpí závažnými chorobami, je aktivní, integrovaný ve společnosti – třetí věk. Čtvrtý věk začíná obvykle po 75. roce života v období zhoršení zdraví, úpadku tělesných i psychických funkcí a blížící se smrti (Poledníková a kol., 2006).

1.3.2 Změny způsobené stářím

Zdraví obsahuje vedle biologické a psychologické komponenty rovněž komponentu sociální. Realizace zdraví jako fyzikálního a psychického potenciálu individua se tedy děje v určitých sociálních podmínkách daných ekonomickou úrovní, společenským klimatem, způsobem života, pracovními podmínkami, kvalitou péče a přístupem k ní. Pro stáří je pak typické, že sociální činitelé a události spouštějí jevy, na jejichž konci jsou zdravotní potíže a nemoci (Křivohlavý, 2002).

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém okolí, je ovlivněno genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, v němž žije. Změny se odehrávají v rovině tělesné, smyslové, psychické i sociální (Poledníková a kol., 2006).

Tělesné změny ve stáří viditelným způsobem mění zevnějšek člověka a tím ovlivňují i jeho sociální status. Ke změnám jednotlivých tělesných systémů dochází především v propojení s chorobami. Vnitřní prostředí se mění ve smyslu ubývání celkové tělesné vody, což seniory znevýhodňuje oproti mladším jedincům při rozvoji dehydratace a s tím i zotavení po jednorázovém tělesném zatížení. Rychlost a míra proměny zevnějšku není u všech lidí stejná. Někdy však dochází k takové proměně, že starý člověk ztrácí své typické rysy. Může např. nápadně ztloustnout nebo zhubnout (Vágnerová, 2000).

Během stárnutí se snižuje hmotnost svalů, zhoršují se funkce jednotlivých orgánů: trávicího traktu, srdečního a cévního systému, ledvin, dýchacího systému, kloubů, snižuje se reprodukční schopnost mužů, zastavuje se ovulace v menopauze u žen, mění se elasticita kůže (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Závažná je změna výrazu obličeje – stírají se sexuální rozdíly, výrazné jsou kožní vrásky, prodlužují se ušní lalůčky, nastává pokles tváří, horního víčka, zvětšování špičky nosu. Ztráta zubů závažně změní výraz úst. Snižuje se dolní čelist a ztenčuje

horní ret. Nápadné jsou také změny postoje a chůze. Typické jsou hyperkyfóza a kyfoskolióza, nahnbený postoj a zpomalená chůze. Nepříznivým ukazatelem je v této souvislosti rostoucí úrazovost, lépe řečeno vzrůstající možnost úrazu (Malíková, 2011).

Smyslové změny - z komunikačního a existencionálního hlediska jsou významné změny smyslového vnímání. Snižuje se sluchová ostrost, dochází k významné ztrátě pružnosti oční čočky, nastává pomalá a obtížná adaptace na změnu intenzity světla. (Malíková, 2011).

Každý člověk v průběhu svého života prodělá řadu nemocí, které ovlivňují jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají chronický charakter. Základním znakem nemocnosti ve stáří je *polymorbidita*, to znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění (Vágnerová, 2000).

Uplatňuje se i tzv. sumační efekt, kdy jedna choroba má za následek řetězový vznik chorob. K atypickému průběhu nemocí ve stáří patří také sklon k chronicitě a invalidizaci. Téměř 90% osob starších 75 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami (Haškovcová, 2006).

Psychické změny ve stáří působí starým lidem rovněž vedle somatických nemocí nejružnějšího druhu velké obtíže. V období stáří se mnohé psychické funkce mění, a to vlivem biologických změn nebo v důsledku různých psychosociálních vlivů. Biologicky podmíněné změny mohou být pouhým projevem stárnutí, a lze je proto považovat za normální. Například pomalost, obtíže v zapamatování, vybavování, snížení frustrační tolerance. Změny vyvolané chorobným procesem však nelze hodnotit jako pouhý důsledek stárnutí a jejich rozlišení bývá obtížné. Proces stárnutí vede i k funkčním změnám mozku, které se projevují i v psychické oblasti (Vágnerová, 2000).

Psychosociálně podmíněné změny se projevují postupným poklesem funkčních rezerv a zhoršením adaptačních schopností, včetně inteligence. Změny intelektových funkcí jsou individuálně variabilní a závisí na mnoha faktorech. Projeví se zde dispozice dědičné, dosažené vzdělání. Obecně platí, že lidé, kteří mají vyšší inteligenci, se zpravidla zabývají intelektuálními aktivitami, které jejich kompetence udržují (Vágnerová, 2000).

Ve stáří dochází častěji k poruchám chování, úzkostem a depresím a v neposlední řadě také k rozvoji demencí. O demencích se hovoří jako o tiché epidemii 21. století s tendencí růstu úměrně ke stoupajícímu věku. Demence reprezentují závažná onemocnění s výraznými negativními důsledky pro postižené, pro starající se rodiny a konečně i pro společnost, která musí zajistit péči v případech, kdy se rodina nechce nebo nemůže postarat (Haškovcová, 2006).

Stařecká demence, neboli senilita, představuje zhoršování kognitivních (poznávacích) funkcí a poruch chování, které se projevují jako apatie, nezájem, nespolehlivost. Nejprve člověk častěji zapomíná, později se neumí orientovat v čase, prostoru, nakonec neví, kým je. Asi v polovině případů se jedná o tzv. Alzheimerovu nemoc. Nezastupitelný je proto význam prevence demencí, neboť včasná diagnóza je předpokladem pro správnou terapii a péči (Haškovcová, 2006).

Při ztrátě paměti (amnézii) má nemocný problém získávat nové informace, což zhoršuje kvalitu jeho běžného života. Při poruchách řeči (afázii) má problém vyjádřit své myšlenky a nerozumí sdělení druhých. Závažným problémem v komunikaci jsou také poruchy úsudků a smyslů. Péče o pacienty s poruchami intelektu klade proto nároky na trpělivost a takt (Venglářová a Mahrová, 2006).

Mezi nejzávažnější *sociální změnu* ve stáří patří změna pracovního prostředí, tj. přechod do důchodu a s tím spojenou změnu životního stylu, nebo dokonce změnu bydliště. Několik desetiletí byla práce základní hodnotou a jistotou člověka, která mu zabezpečovala společenskou prestiž a ekonomickou samostatnost. Ztrátou profesní role na narušila „jistota“ člověka. Podle Čornaničové (2007) ztrácí svůj pevně vytyčený program a společenský status bez toho, aby získal přiměřenou náhradu.

Kontakt s lidmi je pro staré lidi důležitý, ale musí být přiměřený z hlediska kvality i kvantity. Staří lidé potřebují své soukromí, preferují kontakty se známými lidmi, kontakt s vrstevníky jim přináší větší uspokojení než s mladšími lidmi. Velkým problémem je naproti tomu osamělost, jež je spojena se ztrátou mnoha sociálních kontaktů. Riziko samoty a izolace ovlivňují různé faktory – sociální situace (zvyšuje se pravděpodobnost ztráty partnera, a tudíž i zhoršení ekonomického zabezpečení), fyzický stav (starý člověk je limitován sníženou hybností, smyslovým postižením zraku, sluchu,

závažnou nemocí), psychický stav (úbytek kompetencí, demence ztěžující nebo eliminující sociální kontakt (Vágnerová, 2000).

Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi na jeho okolí a možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které nezvládne sám. Podle toho pak nastává model adaptace na stáří. Klevetová a Dlabačová (2008) uvádí pět vyrovnávacích strategií o zvládání vlastního stáří: konstruktivní strategie, strategie závislostí, strategie obranná, strategie hostility (nenávisti vůči lidem a všem), strategie sebenenávisti.

Konstruktivní strategie spočívá v tom, že se člověk dokáže vyrovnat s omezením ve stáří a přizpůsobí se změnám. *Strategií závislosti* se rozumí spoléhání na pomoc druhých, bez aktivní role v rozhodování o sobě. *Strategie obranná* odmítá přijmout změny ve stáří. Člověk dokazuje svou soběstačnost přehnanou aktivitou a pomoc druhých odmítá. Při *strategii hostility* je člověk vůči lidem a okolí nepřátelský, je obětí svého života, chce být litován. Bývá agresivní, podezřavý, stále si stěžuje. Při *strategii sebenenávisti* obrací člověk zlobu proti sobě, trpí pocitem osamělosti, vším pohrdá a o nic se nesnaží. Nezbyvá než tyto postoje akceptovat (Dvořáčková, 2012).

Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Změny však nesmí přesáhnout únosnou míru a vždy předpokládají pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se s těmito změnami potýká. Při větších zdravotních problémech a nemožnosti pomoci ze strany rodiny nastupuje varianta institucionální péče. Zařízení, které si senior vybere sám, je ideální. Má lepší šanci začlenit se do způsobu života a klesá pravděpodobnost konfliktů s personálem i spolubydlícími (Venglářová, 2007).

1.3.3 Geriatrické syndromy

V souvislosti s dysfunkcí zdraví ve vyšším věku hovoříme o tzv. geriatrických syndromech (dále GS) (Kalvach, 2008).

Geriatric je lékařský specializační obor (jako takový uznán v ČR v roce 1983) patřící do skupiny interních oborů. Věnuje se zvláštnostem zdravotního stavu seniorů, specifickým potřebám geriatrických pacientů, zvláštnostem klinického obrazu, diagnostikování i léčení chorob a poruch zdraví ve stáří. V hospodářsky vyspělých

zemích se obvykle lidem ve věku nad 75let, a to v souvislosti se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů, tato orientační hranice posouvá nad 80 let (Kalvach, 2008)

V užším slova smyslu jde o seniory vykazující závažný pokles potenciálu zdraví, který je disponuje k potřebě modifikovaných přístupů, služeb a režimů a který je v souvislosti se zdravotní péčí znevýhodňuje a činí zranitelnějšími, rizikovými. Podle Kalvacha (2011) se míra poklesu potencionálního zdraví, povaha zdravotních problémů a geriatrická zranitelnost nazývá geriatrická křehkost.

Klinická zkušenost, že některé závažné zdravotní obtíže a symptomy subjektivní a objektivní se u geriatrických pacientů opakují často a bez vazby na určité onemocnění, vedla na přelomu 60. a 70. let 20. století k formulování tzv. geriatrických oborů a následně k označení geriatricie jako medicíny původně čtyř, později pěti „i“: instabilita, imobilita, intelektové poruchy (demence, delirium), inkontinence a iatrogenní poškození (nežádoucí účinky léků a geriatrický hospitalizmus) (Kalvach, 2008).

Zhruba o 25 – 30 let později vznikl sofistikovanější koncept GS. Při vymezování GS se uplatňují především dva přístupy, uvádí Kalvach a kol (2008):

„GS jako synonymum jednotlivých příznaků a zdravotních problémů obvyklých, častých a významných u geriatrických pacientů jsou např. inkontinence, imobilita, pády, dehydratace. Analýzou pěti GS (dekubity, pády, inkontinence, delirium a funkční pokles- deteriorace) byly stanoveny čtyři společné rizikové faktory vzniku GS, kterými jsou: pokročilé stáří, porucha mobility, kognitivní postižení a funkční postižení. Další expertní odhady dospěly k výčtu 68 závažných problémů a příznaků u klientů ošetrovatelských zařízení, které mohou být chápány jako geriatrické symptomy / syndromy “(Kalvach, 2008,s. 143).

„GS jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní patogenetickou provázaností jsou např.: syndrom hypomobility, dekonidice a sarkopenie (svalové slabosti), syndrom anorexie a malnutrice, syndrom inkontinence, syndrom imobility, syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, syndrom duálního (kombinovaného) senzorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (elder abuse) “(Kalvach, 2008,s.143).

GS lze chápat jako klíčový geriatrický koncept, který významně doplňuje diagnostikování a léčbu standardních chorob. Zatímco tradiční biomedicínský model klade důraz na chorobu a její důsledky, geriatrický model zdůrazňuje funkční stav a zdravím podmíněnou kvalitu života, neboť multimorbidní křehčí senioři nemusejí profitovat z léčby určité choroby, pokud přidružené problémy zhoršují kvalitu života, či dokonce život ohrožují (Kaplan, 2002).

1.4 Ošetrovatelský proces u seniorů v pobytovém sociálním zařízení

Bez kvalitní odborné kontinuální a systematické ošetrovatelské péče není možné seniorům v domovech pro seniory poskytovat sociální služby v komplexním rozsahu. Vlastní realizace je náročná a vyžaduje splnění mnoha předpokladů, aby její provádění bylo dostatečně efektivní a účinné. Ošetrovatelská péče je klientům poskytována v souladu se zásadami ošetrovatelského procesu a zohledňuje specifické odlišnosti geriatrického ošetrovatelství. Poskytování ošetrovatelské péče seniorům v pobytových zařízeních sestrami je stále diskutovaným a kontroverzním tématem s názorovou rozdílností. Vyžaduje proto přítomnost vzdělaného odborného pracovníka (sestry), který má v problematice přehled, problémy umí řešit a také jim předcházet. Ošetrovatelská péče je klientům poskytována na základě ošetrovatelského plánu, jenž zahrnuje tyto fáze: sběr informací a zhodnocení pacienta, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, realizaci ošetrovatelské péče a hodnocení efektu ošetrovatelské péče (Malíková, 2011).

Poledníková a kol. (2006) charakterizuje tuto etapu jako fázi posuzování, jejímž cílem je vytvořit databázi informací na základě odpovědí seniora týkajících se změn souvisejících se stářím, zdravotními obtížemi a nemocemi. Odpovědi se musí týkat každodenního života, zdravotní, fyzikální, emocionální, socioekonomické, kulturní i duchovní oblasti.

Zjištěné informace zapíše sestra do formuláře „ Ošetrovatelská anamnéza klienta“. Podle Poledníkové a kol. (2006) nemá geriatrická anamnéza nikdy konečnou podobu – jde o proces, který se vyvíjí a pokračuje.

Sestra provádí komplexní a ve standardním rozsahu fyzikální vyšetření a funkční geriatrické vyšetření, které se uskutečňuje pomocí dotazníků a testů. Další skupinu tvoří testy zjišťující kognitivní funkce, a to test základních denních činností podle Barthelové (ADL), test instrumentálních denních činností (IADL) a test kognitivních funkcí, krátká škála mentálního stavu (MMSE), jež objektivizuje a kvantifikuje poruchu ve více oblastech – v orientaci, paměti, pozornosti, zrakově - prostorové schopnosti (Malíková, 2011).

Reformy zdravotnického systému vedou ke změnám postojů pacientů jak k poskytované zdravotní péči, tak i k poskytovatelům, to je i k sestřím, na něž jsou kladeny zvýšené nároky nejen na odbornost, ale i vedení dokumentace, která péči dokladuje. Očekává se, že bude vedena v souladu s platnými předpisy, ale i na patřičné výši po stránce odborné a formální (Vondráček a Wirthová, 2008).

Při poskytování zdravotní péče základní právní předpis (Zákon č. 20/1966 Sb. a Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci) stanovuje především povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, a to i na záznamových nosičích ve formě textové, grafické nebo audiovizuální, obsahuje anamnestické údaje o onemocnění pacienta, jeho průběhu i léčení a další významné skutečnosti související se zdravotním stavem pacienta (Vondráček a Wirthová, 2008).

Jiné předpisy pak stanovují podmínky archivace, skartování, ochranu zdravotnické dokumentace a postih při neoprávněném nakládání s osobními údaji v ní uvedenými (Vondráček a Wirthová, 2008).

1.4.1 Ošetřovatelské diagnózy u seniorů

Na základě všech zjištěných informací pomocí fyzikálních vyšetření a provedených testů stanoví sestra aktuální ošetřovatelské problémy klienta a formuluje je jako ošetřovatelskou diagnózu. Posouzením a analýzou situace a stavu klienta vyhodnotí i možná rizika, která zapíše jako potencionální ošetřovatelské diagnózy (Malíková, 2011).

Spektrum používaných ošetřovatelských diagnóz je poměrně široké, protože „vzhledem k polymorbiditě s vysokým stupněm závislosti a nestabilitou zdravotního

stavu seniorů se vyskytuje mnoho ošetrovatelských problémů“, uvádí Poledníková (2006, s.47). Současne doporučuje rozdělení nejčastěji užívaných ošetrovatelských diagnóz do dvou kategorií: diagnózy vztahující se na tělesné a sociální potřeby seniorů. Buď jsou používány názvy podle doporučené odborné ošetrovatelské literatury, nebo má zařízení vlastní názvosloví pro jednotlivé ošetrovatelské aktuální nebo potencionální problémy. Význam této tzv. diagnostické fáze spočívá v tom, aby sestra při zjišťování ošetrovatelských problémů rozpoznala a správně identifikovala příčinné souvislosti, což by vedlo k minimalizaci vzniku dalších možných komplikací (Poledníková, 2006).

Nejčastější ošetrovatelské problémy vztahující se k tělesným potřebám jsou: omezená pohyblivost, intolerance aktivity, riziko pádu a úrazu, snížená soběstačnost, deficit sebeděče, riziko syndromu nepoužívání (muskuloskeletárního systému), porušení celistvosti kůže, porušená kožní integrita, dekubity, bolest akutní, chronická, onkologická, porucha výživy (větší nebo menší příjem), snížený příjem tekutin, poruchy polykání, poruchy vyprazdňování, zácpa, inkontinence moči, stolice, poruchy spánku, změny smyslového vnímání (sluch a rovnováha, zrak, čich, hmat, chuť) (Malíková, 2011).

Nejčastější ošetrovatelské problémy vztahující se k psychickým a sociálním potřebám jsou : narušená sebeúcta, změněné vnímání vzhledu, narušení osobnosti, duševní tíseň, nedostatek vědomostí, neschopnost řešení problému, zmatenost (akutní, chronická), agresivita, umírání, beznaděj, strach, smutek, sociální izolace, osamělost, narušená funkce rodiny a společenská interakce, změna bezpečí a jistoty, narušená komunikace, spolupráce klienta (nedostatečná nebo žádná) (Malíková, 2011).

1.4.2. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy a intervence u seniorů v NANDA doménách

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické zhodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. K důležitým součástem tohoto procesu patří hodnocení a dokumentace ošetrovatelské péče. Nejnovější publikací je vydání NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014. Ošetrovatelská diagnóza obsahuje označení, definici, určující znaky, rizikové nebo související faktory a příklady vhodných intervencí a výsledků. Taxonomie II má

tří úrovně: domény, třídy, ošetrovatelské diagnózy. Doména je sféra aktivity, studia a zájmů. Třída je podskupina větší skupiny. Ošetrovatelská diagnóza je klinický úsudek o reakci jedince, rodiny nebo komunity na aktuální zdravotní problémy. Taxonomie II má kódovou strukturu, která odpovídá doporučením Národní lékařské knihovny k terminologickým kódům ve zdravotnictví (Herdman, 2013, NANDA-I, 2012-2014).

Mezi nejčastěji vyskytující se diagnózy v ošetrovatelské péči v domovech pro seniory vycházející z první domény – Podpora zdraví – patří ve 2.třídě diagnóza 00078 *Neefektivní péče o vlastní zdraví* (Herdman, 2013).

Mezi časté diagnózy vycházející z druhé domény Výživa – patří v 1.třídě diagnóza 00103 *Porucha polykání*, 00002 *Nevyvážená výživa*, v 5.třídě 00027 *Snížený objem tekutin v organizmu* (Herdman, 2013).

V třetí doméně – Vylučování a výměna – jsou častými diagnózami: v 1. třídě 00019 *Urgentní inkontinence moči*, ve 2. třídě 00014 *Inkontinence stolice*, 00011 *Zácpa* (Herdman, 2013).

Ve čtvrté doméně – Aktivita, odpočinek – se jeví jako převládající diagnózy: v 1. třídě 00095 *Nespavost*, ve 2. třídě 00085 *Zhoršená pohyblivost*, 00088 *Zhoršená chůze*, v 5. třídě 00109 *Deficit sebeděže při oblékání*, 00108 *Deficit sebeděže při koupání* (Herdman, 2013).

V páté doméně – Percepce, kognice – ve 4. třídě Kognice je to diagnóza 00131 *Zhoršená paměť* a 00173 *Riziko akutní zmatenosti*, v 5. třídě Komunikace pak diagnóza 00051 *Zhoršená verbální komunikace* (Herdman, 2013).

Mezi časté diagnózy, zařazené do šesté domény – Sebepercepce (povědomí o sobě) – patří ze 2. třídy Sebeúcta diagnózy 00119 *Chronicky nízká sebeúcta*, ze 3. třídy 00118 *Narušený obraz těla* (Herdman, 2013).

V sedmé doméně – Vztahy mezi rolemi – jsou nejčastějšími diagnózami: ve 2. třídě 00060 *Narušené procesy v rodině* a ve 3. třídě 00052 *Zhoršená sociální interakce* (Herdman, 2013).

Diagnózy z osmé domény – Sexualita – vzhledem k cílové skupině příjemců péče nepatří k často používaným.

Z diagnóz deváté domény – Zvládání / Tolerance zátěže – se obvykle používá z 1. třídy Posttraumatické reakce diagnóza 00114 *Stresový syndrom přemístění*, z 2. třídy Reakce na zvládání zátěže diagnóza 00136 *Truchlení* (Herdman, 2013).

Ošetrovatelské diagnózy desáté domény – Životní principy – nepatří v ošetrovatelské péči pro seniory k často používaným.

Diagnózy jedenácté domény – Bezpečnost / Ochrana – jsou z ošetrovatelských diagnóz poměrně hojně zastoupeny a tvoří výraznou část z diagnóz používaných při péči o seniory. Z 1. třídy Infekce je to diagnóza 00004 *Riziko infekce*, z 2. třídy Fyzické poškození diagnóza 00046 *Narušená integrita kůže*, 00047 *Riziko narušení integrity kůže*, 00155 *Riziko pádů*, 00048 *Poškozená dentice* (Herdman, 2013).

Časté ošetrovatelské diagnózy dvanácté domény – Komfort – představují z 1. třídy Tělesný komfort diagnózy 00132 *Akutní bolest*, 00133 *Chronická bolest* a z 3. třídy Sociální komfort diagnóza 00053 *Sociální izolace* (Herdman, 2013).

Diagnózy z třinácté domény – Růst / Vývoj – nepatří vzhledem k cílové skupině uživatelů ošetrovatelské péče v domovech pro seniory mezi používané ošetrovatelské diagnózy.

Intervence jsou úkony sloužící k dosažení žádoucích výsledků, a vyžadující proto velké znalosti ošetrovatelství, protože zdůvodnění intervencí musí být v souladu se záměrem poskytovat účinnou péči. Musí být formulovány zcela jasně a přesně. Úkony provádí sestra samostatně nebo ve spolupráci a mohou zahrnovat specifické ordinace z oboru ošetrovatelství i jiných disciplín medicíny. Vymezují další péči a přizpůsobují se individuálním situacím pacienta. Sestra musí tuto péči plánovat s pacientem, protože jsou společně zodpovědní za dosažení požadovaných výsledků (Ackley a Ladwig, 2011, Červinková a kol., 2006, Trachtová, 2013, Doenges a Moorhouse, 2001).

Mezi nejčastější intervence k výše uvedeným ošetrovatelským diagnózám patří:
Neefektivní péče o zdraví – edukuj pacienta, posiluj jeho chování a projevy, oceňuj snahu (Ackley a Ladwig, 2011).

Porucha polykání – zajisti vhodnou polohu, nepospíchej na pacienta, připomínej soustředění se na polykání (Červinková a kol., 2006).

Nevyvážená výživa – prodiskutuj stravovací návyky, umožni výběr dle vlastní chuti (Červinková a kol., 2006).

Snížený objem tekutin – podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře, monitoruj laboratorní výsledky, měř vitální funkce, sleduj pitný režim, zapisuj bilanci tekutin (Ackley a Ladwig, 2011).

Urgentní inkontinence moči – zaznamenávej četost, měř množství moči, udržuj příjem tekutin (Doenges a Moorhouse, 2001).

Inkontinence stolice – zajisti inkontinenční pomůcky, dbej na zvýšenou hygienu, uprav rozvrh společenských aktivit (Trachtová, 2013).

Zácpa – zjisti příčiny, proved' klyzma dle ordinace lékaře, podporuj denní příjem tekutin na 1500-2000 ml, podporuj zvýšený příjem vlákniny, fyzickou aktivitu (Ackley a Ladwig, 2011).

Nespavost – zjisti spánkové rituály, edukuj o poruchách spánku, eliminuj nevhodnou stravu (Trachtová, 2013).

Zhoršená pohyblivost – vysvětli důsledky nepohyblivosti, v případě bolesti podávej analgetika (Červinková a kol., 2006).

Zhoršená chůze – asistuj při léčbě dysfunkce, dbej na bezpečnost a prevenci pádu (Červinková a kol., 2006).

Deficit sebepečce při oblékání – podporuj účast pacienta, pozitivně motivuj, poskytni dostatek času (Trachtová, 2013).

Deficit sebepečce při koupání – dbej na soukromí, zajisti pomůcky (Trachtová, 2013).

Zhoršená paměť – posiluj paměť pomocí zápisků, křížovek, podporuj v oblastech s úspěchy (Ackley a Ladwig, 2011).

Riziko akutní zmatenosti – zajisti bezpečnost, zajisti zvýšený dohled, odstraň překážky v okolí (Doenges a Moorhouse, 2001).

Zhoršená verbální komunikace – mluv pomalu, používej obrázkové karty, pátrej v anamnéze po onemocněních postihujících řeč, posuď duševní stav (Červinková a kol., 2006).

Chronicky nízká sebeúcta – posiluj dosažený pokrok, naslouchej, povzbuzuj k dalšímu úsilí (Doenges a Moorhouse, 2001).

Narušený obraz těla – pomoz zvládat základní problémy, prodiskutuj význam ztráty a změny (Doenges a Moorhouse, 2001).

Narušené procesy v rodině – pozoruj vzájemné chování mezi rodiči a dětmi (Doenges a Moorhouse, 2001).

Zhoršená sociální interakce – získej informace o vztahu rodiny k pacientovi, posuď aktivity v rodině vzhledem k pacientovi (Doenges a Moorhouse, 2001).

Stresový syndrom přemístění – naslouchej aktivně, poskytni emocionální oporu, umožni pacientovi vyjádřit své pocity (Červinková a kol., 2006).

Truchlení – zůstaň s pacientem v průběhu těžkých chvil, poskytni soukromí, předvídej zvýšení afektivního chování (Ackley a Ladwig, 2011).

Riziko infekce – prováděj prevenci nozokomiálních nákaz, dodržuj u invazivních zákroků aseptický postup, omez styk pacienta s návštěvníky, podporuj příjem tekutin (Trachtová, 2013).

Narušená integrita kůže – kontroluj kůži, sleduj proces hojení ran, zachovávej zásady asepce (Trachtová, 2013).

Riziko narušení integrity kůže – předcházej vzniku a šíření infekce, zajisti dostatečnou výživu (Trachtová, 2013).

Riziko pádu – zajisti bezpečné prostředí, zajisti dohled (Červinková a kol., 2006).

Poškozená dentice – prováděj masáž dásní, podávej antibiotika, prováděj dle potřeby zvláštní péči o dutinu ústní (Trachtová, 2013).

Akutní bolest – posuď bolest, pozoruj neverbální projevy (Červinková a kol., 2006).

Chronická bolest – zajisti podávání farmak, hodnot' průběžně plán léčby bolesti (Doenges a Moorhouse, 2001).

Sociální izolace – zajisti dostatek podnětů (televize, rádio, společenské akce), psychicky pacienta povzbuzuj, snaž se získat rodinu pro spolupráci (Červinková a kol., 2006).

2 Cíle práce

1. Zmapovat nejčastější ošetrovatelské diagnózy používané v domovech pro seniory.
2. Zmapovat ošetrovatelské intervence k používaným diagnózám v domovech pro seniory.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské diagnózy klientů ve vybraném domově pro seniory?
2. Jaké jsou intervence u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz v domově pro seniory?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

V práci byl použit kvalitativní výzkum a stanoveny výzkumné cíle zaměřené na nejčastější ošetrovatelské diagnózy a jejich možná řešení v domově pro seniory.

Dalším krokem bylo zformulování návodných otázek pro respondentky, jejichž výroky identifikovaly zkoumaný jev. Jako základní nástroj výzkumu byl využit hloubkový nestandardizovaný rozhovor sestávající z 29 návodných otázek (Příloha 1), na něž mohly respondentky odpovídat a ponořit se do hloubky problému. Maximální doba rozhovoru byla 60 minut, vyjadřování bylo anonymní, po domluvě s respondentkami byly údaje zapisovány do poznámkového bloku. Švaříček, Šedřová a kol. (2007) uvádí, že nestandardizovaný rozhovor je hrubý seznam otázek, jinak má výzkumník nebo tazatel volné pole. V takovém rozhovoru je možné podle aktuální potřeby rozebírat jednotlivé problémy do větší hloubky a naopak v případě, že některá oblast je respondentu vzdálena či cizí, ji rychle přejít nebo zcela vynechat. Tento typ je užíván v případě, kdy jsou dotazované osoby v některé oblasti odborníky a očekáváme od nich, že nám o věci řeknou více, než co by bylo možné předem vtěsnat do otázek a alternativ odpovědí. Výhodou tohoto typu je, že se přibližuje běžným životním situacím.

3.1.1 Etapy výzkumu

Výzkum probíhal ve dvou fázích. V přípravné fázi jsem požádala ředitelku domova pro seniory, zda by v jejich zařízení mohl být realizován výzkum za účelem napsání bakalářské práce. Výzkumné otázky a otázky k rozhovoru byly vytvořeny na základě odborné literatury.

Vlastní realizace (2. etapa) probíhala v období od 17. 1. 2014 - 28.1.2014, kdy jsem v domově pro seniory vykonávala praxi. Výzkumné šetření bylo povoleno ředitelkou zařízení (Příloha 5). Sestry tohoto zařízení byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a účelem výzkumu. Rozhovory s respondentkami byly uskutečňovány v době jejich i mého pracovního volna, což byla podmínka vedení zařízení, aby nedošlo

k narušení pracovní doby. Sestry byly ochotny podstoupit hloubkový rozhovor a dovolily mi, abych si jej zaznamenávala do svého pracovního bloku.

Rozhovory byly zapsány do poznámkového bloku a záznam zpracován do písemné formy (Příloha 2). Respondentky i jednotlivé rozhovory byly očíslovány, například R1 (respondentka 1).

3.1.2 Zpracování výsledků výzkumu

Při zpracování výsledků výzkumu byla analyzována získaná data metodou kódování v ruce neboli metodou papír a tužka (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). V rozhovorech byla vyhledávána nejčastější slova, kterými se respondentky k položeným dotazům vyjadřovaly. Z analyzovaných dat byly poté vytvořeny jednotlivé kategorie a k nim podkategorie, do nichž byla zakódována vyjádření respondentek. Všechna analyzovaná data jsou shrnuta v přehledných schématech. Slovní spojení v rozhovorech byla barevně podtržena pro rozlišení při zařazování do kategorií a podkategorií (Příloha 3). Na podkategorie odkazují čísla řádek v rozhovoru, jimiž byly označeny a jež jsou doslovnou citací respondentek (př. R5/12, tzn., že pátá respondentka se na řádku 12 zmínila o dané podkategorii) (Příloha 4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo 9 respondentek pracujících na pozici všeobecná sestra a 1 respondentka na pozici staniční sestra II. stanice domova pro seniory (Tabulka 1).

Tabulka 1: Identifikační údaje

respondetka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
věk	43	43	54	42	54	52	51	50	57	45
vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ
prac.zařazení	vs	vs	ss	vs	vs	vs	vs	vs	vs	vs
praxe	25 let	17 let	28 let	20 let	34 let	18 let	20 let	20 let	38 let	19 let
praxe v DS	16 let	16 let	7 let	13 let	16 let	10 let	12 let	15 let	4 r.	16 let

Zdroj: vlastní zpracování

Vysvětlivky : SŠ – střední škola s maturitou, vs – všeobecná sestra , ss- staniční sestra.

Výzkumu se zúčastnilo 10 respondentek ve věku od 43 do 57 let, průměrný věk je 49 let. Všechny respondentky mají středoškolské vzdělání s maturitou, jedna z nich se specializovala v postgraduálním studiu na obor ošetrovatelské péče pro dospělé. Tato respondentka vykonává v domově staniční sestru, ostatní jsou zařazeny jako všeobecné sestry. Ve zdravotnictví pracují od 17 do 38 let, průměrná délka praxe je 24 let. V domově pracují od 4 do 16 let, průměrná délka praxe v domově je 12,5 roku.

3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

G - centrum Tábor, domov pro seniory bylo vybudováno v letech 1997 – 1998. Investorem a zároveň zřizovatelem příspěvkové organizace G – centra je město Tábor. V roce 2001 proběhla transformace sociálních služeb. Oficiální název organizace byl změněn na G – centrum Tábor, sociální služby a domov důchodců. Vlastní provoz byl zahájen 1. září 1998. V roce 2008 bylo G – centrum Tábor oceněno jako druhé nejlepší zařízení v České republice v kategorii Domovy pro seniory, ředitel G – centra Tábor byl oceněn jako osobnost roku v sociálních službách roku 2007. Je zde plně zaveden systém klíčových pracovníků v souladu se Standardy kvality. Celková kapacita domova pro seniory G – centra je 143 lůžek na 90 pokojích, z toho 37 je jednolůžkových a 53 je dvoulůžkových. 60 pokojů má vlastní balkon, 6 pokojů má zimní zahradu, 42 pokojů je vybaveno vlastní kuchyňskou linkou (G - centrum, 2008).

3.3.1 Informační systém Cygnus

V souvislosti s vývojem projektu ošetrovatelská dokumentace v elektronické podobě s důrazem na jeho efektivitu pro zdravotnický personál a podle zákona platného od 1. dubna 2007 byl pro G – centrum Tábor přijat informační systém Cygnus.

Informační systém Cygnus (IS Cygnus) obsahuje všechny potřebné nástroje pro komplexní správu složité agendy pobytových a ambulantních sociálních služeb. Skládá se z několika modulů, které vytvářejí jeden propojený funkční celek. Moduly mezi sebou sdílí data a vzájemně komunikují, čímž zjednodušují a usnadňují práci zaměstnanců. Během několika let se Cygnus stal nejrozšířenějším systémem pro poskytovatele sociálních služeb. V současné době je to ve více jak 700 zařízeních

v České republice a na Slovensku. IS Cygnus nabízí zvýšení efektivity práce, úsporu času, bezpečnost dat, propojení s dalšími programy, přehled o chodu zařízení. Program IS Cygnus obsahuje tyto moduly: 1. Základní ovládání programu, 2. Zadávání klientů, 3. Formuláře dokumentace, 4. Ostatní dokumentace, 5. Osobní cíle klienta, 6. Individuální plán, 7. Realizace individuálního plánu, 8. Ošetřovatelský plán, 9. Plánovací kalendář, 10. Realizace ošetřovatelského plánu, 11. Záznam a hodnocení péče, 12. Hlášení kontrol. Program obsahuje číselník nejpoužívanějších diagnóz s kódem Taxonomie Nanda II v oblasti sociálních služeb. Po zapsání kódu diagnózy se načte název lékařské diagnózy, určující znaky (příznaky) a související nebo rizikové faktory. Poté sestra zvolí Cíle péče a pokračuje na seznam Intervence ošetřovatelské péče. Některé intervence lze vykazovat v podobě pořízených výkonů na pojišťovny v modulu Vykazování na ZP. Ostatní intervence slouží pro sestavení kompletního ošetřovatelského plánu. Realizaci ošetřovatelských intervencí lze sledovat ze záznamu, který obsahuje: jaká intervence byla provedena, datum, čas a délku trvání, který pracovník ji prováděl, volitelný text, upřesňující provedenou intervenci. Přehled lze vytisknout a nechat sestrou podepsat. Zákon vyžaduje vedení ošetřovatelské dokumentace v listinné podobě (Manuál IS Cygnus, G- centrum, 2008).

4 Výsledky

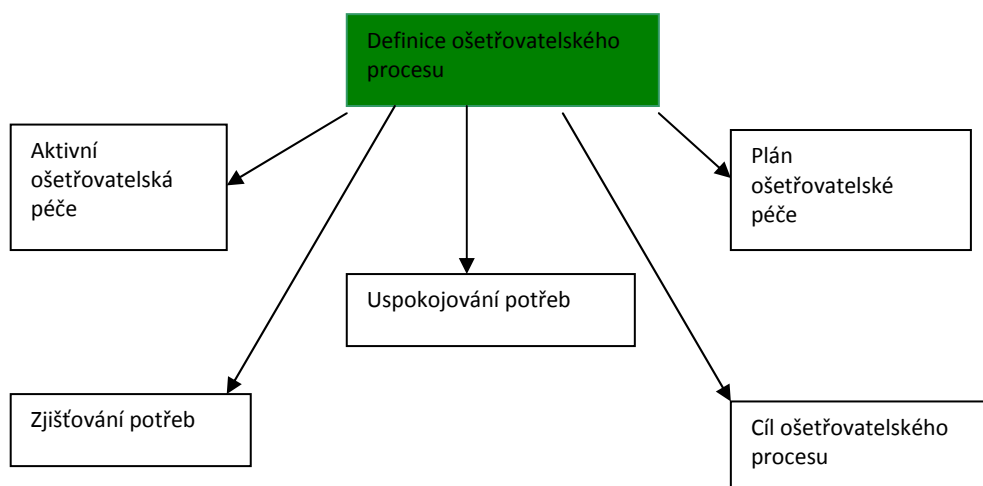
4.1 Kategorizace hloubkových rozhovorů se sestrami

Kategorizační skupina je rozdělena do kategorií: Ošetřovatelský proces, Využívání ošetřovatelského procesu, Ošetřovatelský proces v praxi, Fáze ošetřovatelského procesu, Ošetřovatelské diagnózy, Intervence, Dokumentace ošetřovatelské péče a Poskytování péče.

4.1.1 Kategorie „Ošetřovatelský proces“

Kategorie ošetřovatelský proces, v níž respondentky metodu definovaly, je zaměřena na všeobecné znalosti sester o ošetřovatelském procesu. Znalosti respondentek byly podrobeny analýze dat a na jejich základě byla vytvořena kategorie definice ošetřovatelského procesu (Schéma 1).

Schéma 1: Definice ošetřovatelského procesu



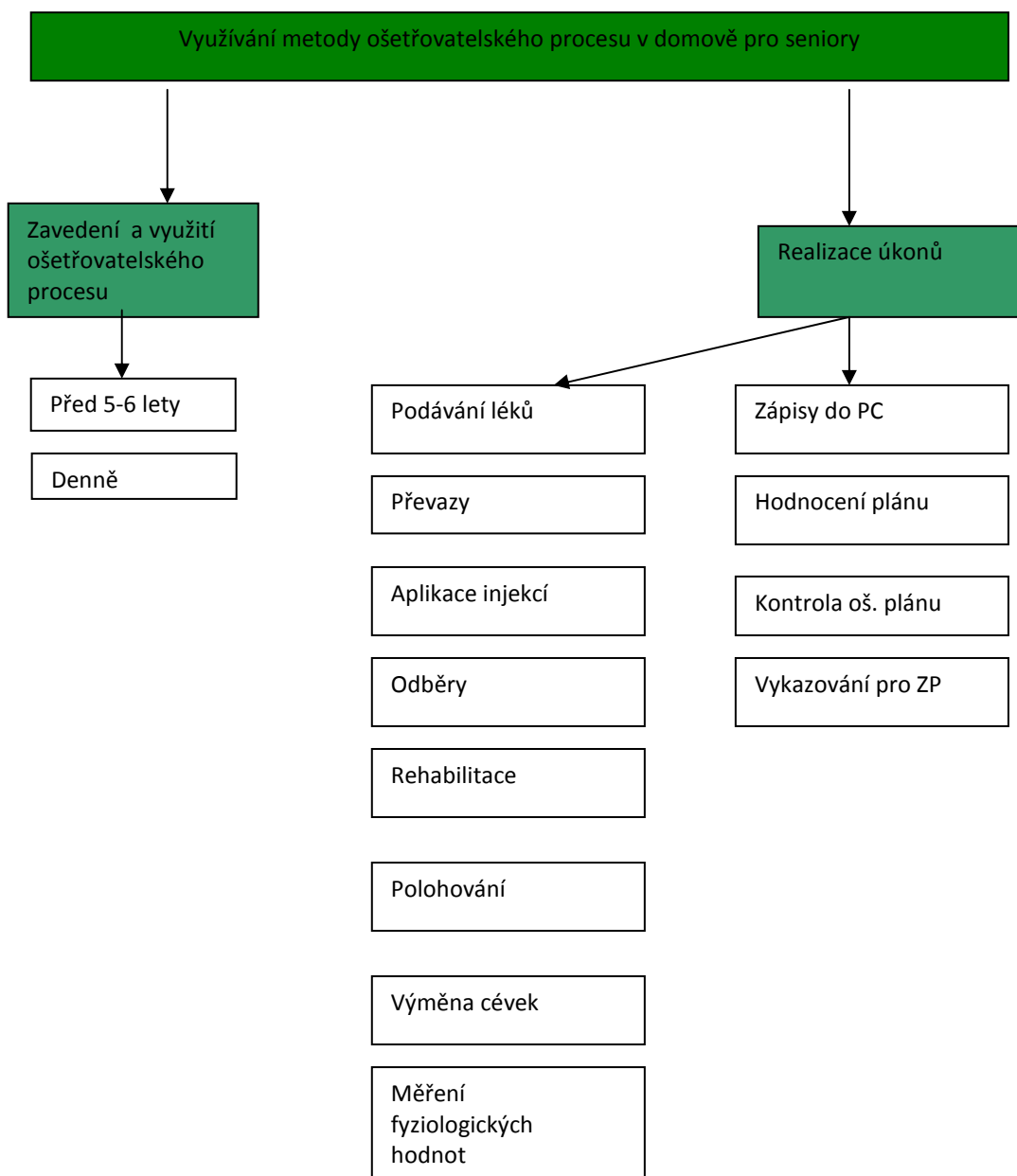
Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo, že mají povědomí o metodě ošetřovatelského procesu, i když ne každá jej definovala znaky, jež jsou pro tuto metodu specifické. R1, R7, R9 definovaly ošetřovatelský proces jako: „... *zjišťování potřeb*

klienta.“ R3 a R10 uvedly, že ošetrovatelský proces spočívá: „... v aktivní ošetrovatelské péči, kterou sestry používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta.“ R4, R5 a R8 řekly, že ošetrovatelský proces zahrnuje: „... uspokojování potřeb klienta.“ R6 si definici vybavuje jako: „... metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče.“ R1 se shodla s ostatními respondentkami kromě R7 a R9, že: „ cílem ošetrovatelského procesu je změna zdravotního stavu klienta, která bude pozitivní a prospěšná.“ R7 a R9 se k cíli ošetrovatelského procesu vyslovily negativně. R7 se vyjádřila: „ Ošetrovatelský proces v domově pro seniory považuji za zbytečný a zdlouhavý.“ R9 dodala: „... je zbytečný z důvodu náročnosti na čas, tudíž se činnosti mýjejí cílem.“

4.1.2 Kategorie „ Využívání ošetrovatelského procesu v domově pro seniory“

V kategorii využívání ošetrovatelského procesu v domově pro seniory byly vytvořeny dvě podkategorie: „ Zavedení a využití ošetrovatelského procesu v domově pro seniory“, „Realizace úkonů“. Kategorie je zaměřena na využití metody ošetrovatelského procesu v daném zařízení. Odpovědi respondentek byly podrobeny analýze dat a následně byla vytvořena kategorie využívání ošetrovatelského procesu v domově pro seniory a realizace úkonů při každodenní práci s klienty (Schéma 2).

Schéma 2: Využívání ošetrovatelského procesu v domově pro seniory



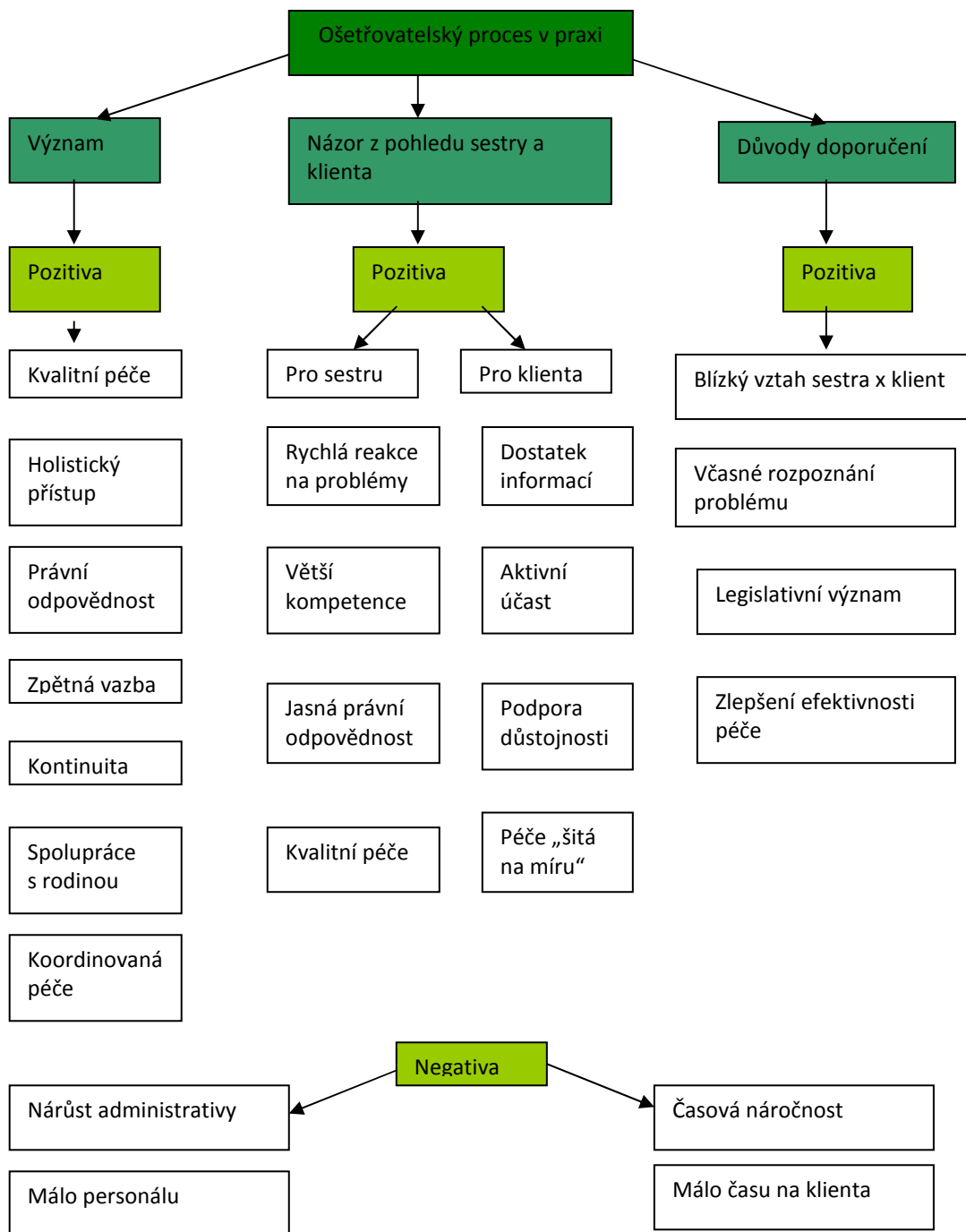
Všechny respondentky na otázku, zda se v domově pracuje metodou ošetrovatelského procesu, odpověděly kladně a z jejich vyjádření vyplývá, že ošetrovatelský proces je každodenní, soustavnou metodou jejich práce. R1 řekla: „ Je snaha pracovat s ošetrovatelským procesem.“ R2, R4, R5, R6, R7, R8 a R9 shodně odpověděly: „ Ano, denně.“ R3 svoji odpověď rozvedla: „ U nás v domově se s metodou ošetrovatelského

procesu pracuje každý den. Je to náš pomocník při poskytování péče našim uživatelům.“ R10 za sebe uvedla: „ S ošetrovatelským procesem pracuji od doby, kdy jsme začaly touto metodou u nás pracovat. Tak již 6 let.“ Na dotaz, jak dlouho se v zařízení s touto metodou pracuje, uvedly respondentky rozpětí 5 až 6 let. R2 upřesnila: „ Je to šest let, co se u nás zavedla tato metoda k poskytování ošetrovatelské péče. V předchozím období myslím, že se to nedělalo, to vypuklo až s počítačovým programem.“ Dále respondentky uváděly úkony, jež provádějí denně v rámci ošetrovatelského procesu. R1 jmenovala: „ ...podávání léků, převazy, aplikace injekcí. Na základě aktuálního zdravotního stavu klienta provádíme společně s ním kontrolu ošetrovatelského plánu a na základě zjištěných objektivních hodnot, subjektivních výpovědí a vlastního pozorování provádíme v plánu změny.“ R2 upřesnila: „ Nejpozději musíme zápis a změnu udělat jednou za 5 až 6 měsíců.“ R3 rovněž vyjmenovala úkony: „ Denně zapisujeme např. podávání léků a reakce na ně, převazy, aplikace injekcí, odběry, rehabilitaci, polohování, měření fyziologických funkcí.“ R4 specifikovala v odpovědi: „...zapisujeme realizaci do počítače u uživatelů, které vykazujeme na pojišťovny. Ostatním klientům děláme zápisy jen dle potřeby a při změně stavu. Nejpozději ale musíme zápis a změnu udělat jednou za půl roku.“ R5 se omezila na odpověď: „ Samozřejmě denně.“ Podobně R6 uvedla, že: „ provádíme zápisy do plánu ošetrovatelské péče.“ R7 doplnila ve své odpovědi: „ ...zapisujeme ošetrovatelský plán + ordinace lékaře, např. odběry, výměny cévek.“ R8 se k hodnocení vyjádřila: „ Plán hodnotíme jako celek jednou za půl roku.“ Shodně s předcházejícími respondentkami vyjmenovaly každodenní úkony i R9 a R10.

4.1.3 Kategorie „Ošetrovatelský proces v praxi“

V kategorii ošetrovatelský proces v praxi byly vytvořeny tři podkategorie: „Význam“, „Názor“, „ Důvody doporučení“. Kategorie je zaměřena na zjištění – dle názorů respondentek – negativ a pozitiv ošetrovatelského procesu při každodenní práci s klienty (Schéma 3).

Schéma 3: Ošetřovatelský proces v praxi



V kategorii ošetřovatelský proces v praxi byly respondenty dotazovány na to, jak vnímají metodu ošetřovatelského procesu z pohledu významu pro sestry, které s ním

pracují, na jedné straně a na druhé straně z pohledu pro klienty, kteří tuto péči přijímají. Z analýzy rozhovorů s respondentkami vyplývá, že na této metodě vidí řadu pozitivních stránek, ale také negativních, které je zatěžují. Jako problém vnímají především nárůst administrativy.

Kladný význam zmiňuje R1: „ *Dle mého názoru můžeme touto metodou rychleji rozpoznat problém nebo potřebu klienta, a to pomáhá jak jemu, tak i personálu.*“ Jako negativní uvedla: „ *...zabere mnoho času, mně někdy přijde, že co je na papíře, je uděláno.*“ R2 vyzdvihla: „ *Je to prevence ošetrovatelských problémů v individuálních potřebách klienta.*“ A v této souvislosti: „ *...nevnímám ani žádná negativa v práci s ošetrovatelským procesem.*“ R3 specifikovala význam ošetrovatelského procesu takto: „ *V praxi to má jedinou výhodu, že se poskytuje koordinovaná péče klientům, která je snáze dohledatelná.*“ R4 si myslí, že: „ *Ošetrovatelský proces přináší kvalitní péči, její kontinuitu a hlavně účast klienta na péči.*“ Z negativ vnímá jako největší problém: „ *...málo personálu a velká administrativa.*“ R5 tuto metodu odmítla: „ *Podle mého názoru to není přínos, mě velice obtěžuje nárůst administrativy.*“ Z negativ uvedla R6: „ *Nemyslím si, že je špatný, ale časově náročný.*“ Těmito slovy se postavila k hodnocení významu R7: „ *Teoreticky je to dobrá metoda, ale praxe je jiná. Občas jsou to i nesmysly.*“ R8 se domnívá jako i jiné respondentky, že je ošetrovatelský proces přínosem pro praxi a pochvaluje si: „ *Navíc je zde vidět zpětná vazba od klienta a je možné objektivně posoudit, zda došlo ke zlepšení stavu.*“ R9 má za to, že: „ *Jde především o holistický přístup ke klientovi.*“ R10 jako přínos uvádí: „ *Zlepšuje se kvalita péče.*“ Jako negativa pak opakuje: „ *Je to nárůst administrativy a to se odráží na čase, který bychom mohly strávit s klientem.*“

V názorech na význam ošetrovatelského procesu pro sestry se shodují respondentky s výrazy uvedenými při hodnocení významu ošetrovatelského procesu obecně. R2 vyzdvihuje z pohledu sestry: „ *Ošetrovatelský proces je rovnítkem kvalitní péče, jasná právní odpovědnost, lepší organizace práce.*“ R3 je spokojena s tím, že: „ *Všechny se musíme řídit plánem péče a pak poskytujeme péči stejně.*“ Pro R4 znamená ošetrovatelský proces: „ *...profesní růst.*“ R5 spatřuje význam pro sestru v tom, že: „ *...spočívá v její ochraně, pokud zvládne vše zdokumentovat.*“ Toto se domnívá i R8,

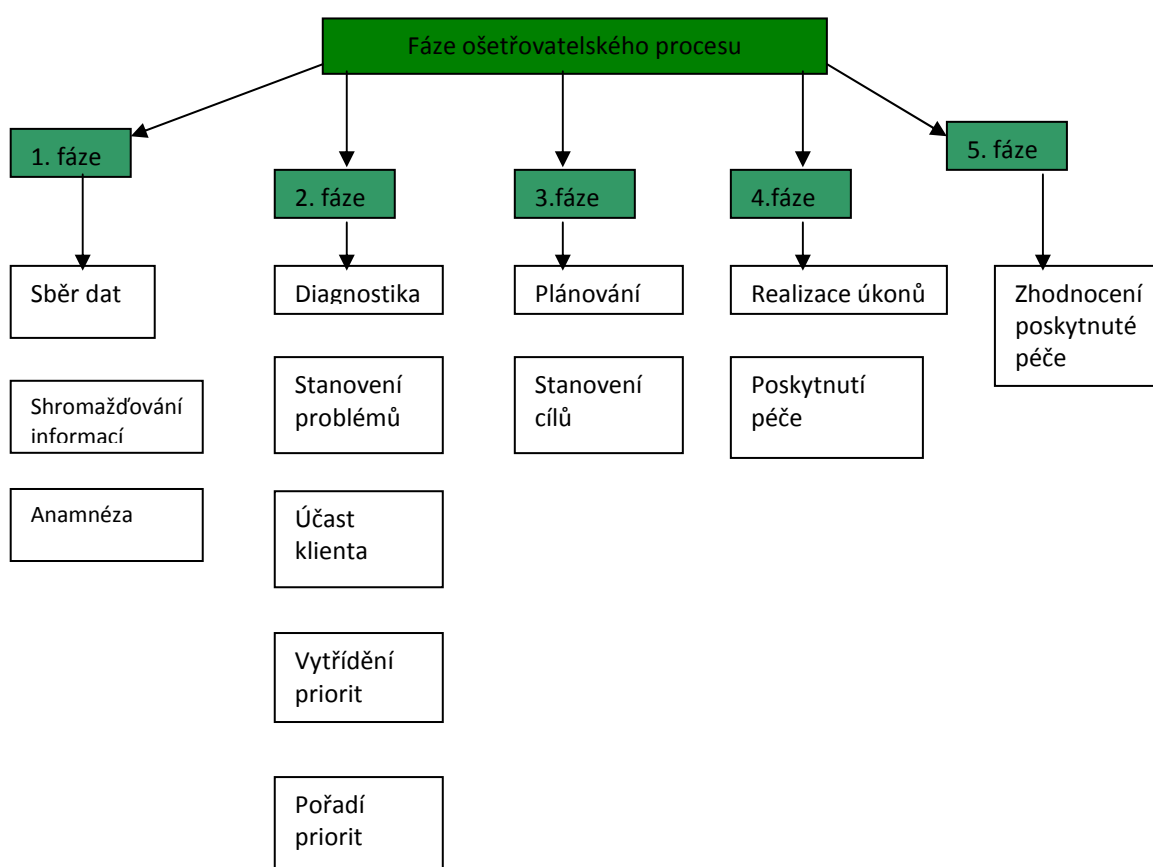
kteřá dodává: „ ...co je psané, to je dané.“ R9 je toho názoru, že: „ ...se zvyšuje samostatnost sestry, větší kompetence a také odpovědnost.“ V názoru pozitivního přínosu ošetrovatelského procesu pro seniora vidí R2: „ ...uživatele velice potěší individuální přístup v péči.“ R3 se vyjádřila v tom smyslu: „...přispívá k podpoře důstojnosti klienta.“ R5 hodnotí ošetrovatelský proces pro seniora takto: „ Pokud je to uživatel, který má problém, jsme schopné ho řešit všechny stejným způsobem.“ Zároveň však zmiňuje i negativní stránku: „ Ale to vše je možné jen při menším počtu klientů, nebo větším počtu personálu.“ Zato R6 nevidí podle svého názoru nic pozitivního pro seniora: „ Nemyslím si, že by pomáhal. Celé roky to šlo bez nějakého plánování a péče byla poskytována tak jako tak. Klient neví, že má péči plánovanou. Věří nám, že ho opečujeme, a to je pro něho důležité.“ R7 se shoduje s předchozím názorem: „ Klienti nechápou, proč tady pořád něco sepisujeme.“ Jiného názoru je R9: „ Je to péče šitá na míru, která zvyšuje soběstačnost uživatele.“ R10 z pozitiv ještě oceňuje: „ Aktivní účast klienta na péči přispívá k podpoře důstojnosti klienta.“

Co se týče doporučení ošetrovatelského procesu i jiným zařízením, se respondentky většinou nedokázaly objektivně, jednoznačně rozhodnout a odpovídaly ano i ne. R1 připustila: „Práce s PC zabere mnoho času, ale na druhou stranu spoustu času a práce sestrám ušetří. Dle mého názoru ošetrovatelský proces zlepšuje organizaci práce, zlepšuje efektivitu péče a přináší uspokojení z práce“. R8 se vyjádřila: „ V dnešní době je to nutnost, protože to přináší legislativní význam.“ R6 doporučuje: „ Každý by si to měl vyzkoušet a udělat si svůj názor.“ R9 jej považuje: „ ...za opodstatněný. Přináší lepší zpětnou vazbu, lepší spolupráci s rodinou, kvalitu. Ušetří práci i sestrám, pokud na problém přijdou včas a nemusí řešit nastalé komplikace.“ Z negativ se většina respondentek včetně R10 shodla na: „ ...moc administrativy, nedostatek času na klienta, ale na druhé straně je to blízký vztah sestra a klient“.

4.1.4 Kategorie „Fáze ošetřovatelského procesu“

V kategorii fáze ošetřovatelského procesu se měly respondentky vyjádřit k otázce využívání jednotlivých fází. Bylo vytvořeno pět podkategorií: „ 1. fáze“, „ 2. fáze“, „ 3. fáze“, „ 4. fáze“ a „ 5. fáze“. Po analýze dat byla vytvořena kategorie fáze ošetřovatelského procesu (Schéma 4).

Schéma 4: Fáze ošetřovatelského procesu



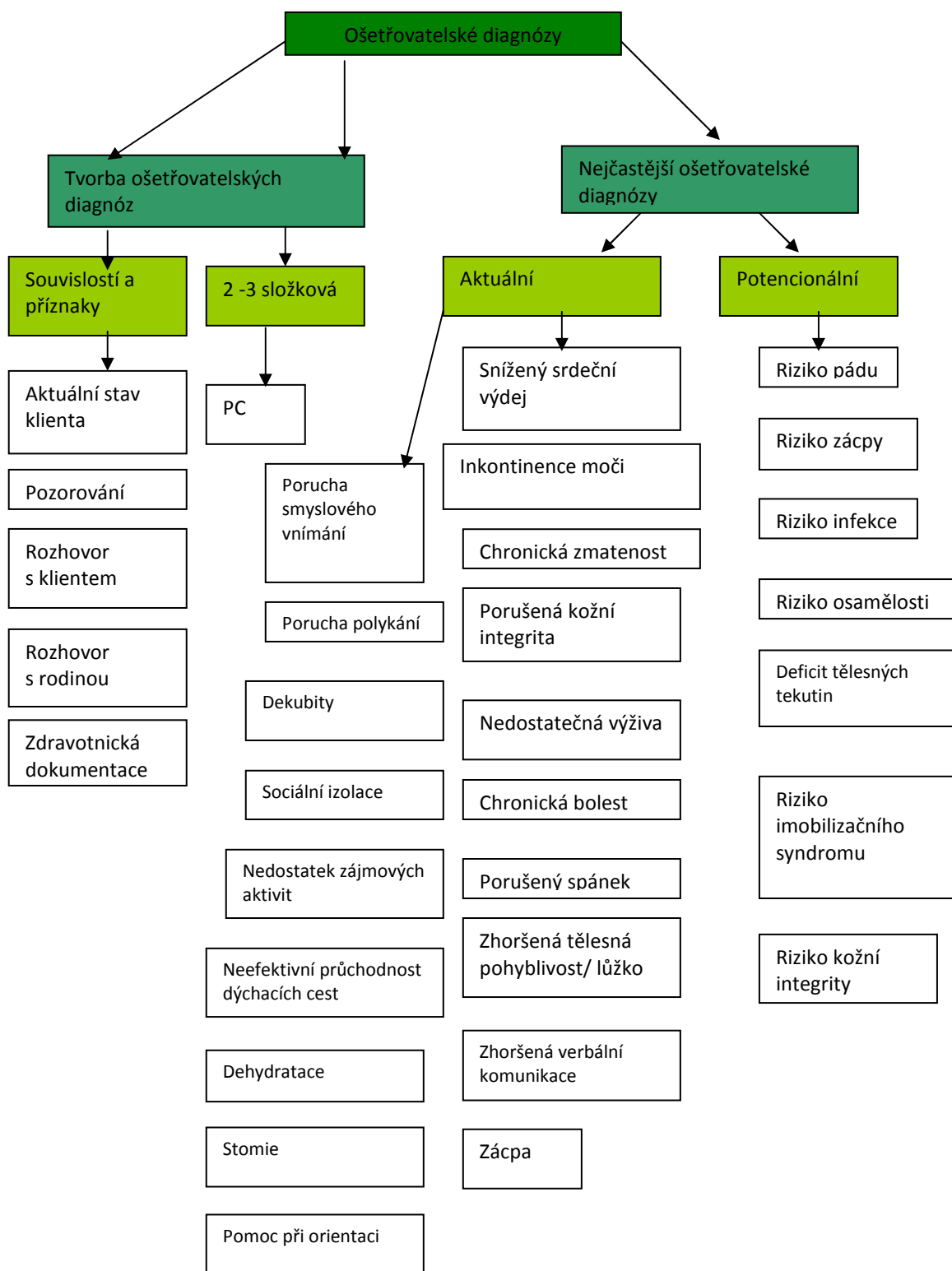
Všechny respondentky při rozhovoru uvedly, že využívají všech pět fází ošetřovatelského procesu. R2, R5, R6, R7, R10 shodně vyjmenovaly: „ Všech pět fází – sběr, diagnostika, plánování, realizaci a hodnocení.“ R1 odpověděla takto: „ Využíváme všechny fáze procesu, počínaje sběrem dat a konče zhodnocením poskytnuté péče. Všechny fáze nám pomáhají ke správnému hodnocení potřeb klientů a jejich uspokojení.“ R3 obdobně upřesnila obsah fází: „ Používáme všechny fáze, počínaje

shromažďováním informací + zhodnocení, stanovení ošetřovatelských problémů klienta (skutečné problémy, potencionální), plánování, realizaci a patřičné zhodnocení“. K otázce využívání fází ošetřovatelského procesu se R4 vyjádřila: „ *Používáme všech pět fází – jsou to anamnéza – zjišťování informací, zhodnocení, ošetřovatelská diagnóza – vyřídění informací, pořadí priorit, účast klienta pokud je to možné, plánování, realizaci a hodnocení – pomohla jsem klientovi“.* Odpověď upřesnila R8 dalšími podrobnostmi: „ *Používáme pět fází, které tvoří sběr informací, stanovení ošetřovatelských problémů spolu s klientem, vypracování priorit, plánování – stanovení cílů, realizace – poskytnutí péče klientovi, přizpůsobení péče dle momentálního vývoje stavu, zhodnocení efektu.“* R9 obdobně specifikovala fáze ošetřovatelského procesu takto: „ *Všechny – což je pět fází. Sbíráme informace, sestavujeme s klientem ošetřovatelskou anamnézu, kde zjišťujeme oblasti, ve kterých má klient problém nebo by mohl mít. Pak vytvoříme ošetřovatelský plán, kde máme jednotlivé úkony, které máme vykonávat. Dále realizaci nastavených úkonů a konečně hodnocení poskytnuté péče.“*

4.1.5 Kategorie Ošetřovatelské diagnózy

Kategorii ošetřovatelské diagnózy tvoří dvě podkategorie: „ *Tvorba ošetřovatelských diagnóz“* a „ *Nejčastější ošetřovatelské diagnózy“.* Cílem rozhovoru s respondentkami bylo zjistit, zda znají nejčastější ošetřovatelské diagnózy, jak zjišťují souvislosti a příznaky a jak s nimi pracují. Dále bylo předmětem dotazování, jak stanovují ošetřovatelskou diagnózu, zda ji tvoří samy nebo spoléhají jen na počítačový program (Schéma 5).

Schéma 5: Ošetrovatelské diagnózy



Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že se při stanovování ošetřovatelské diagnózy spoléhají především na počítačový program, který jim po zadání dat nabídne nejen diagnózu, ale vybere i příznaky a souvislosti a nakonec i intervence. Mají sice k dispozici i seznam, ale většina v něm neumí hledat a v práci to pro ně znamená velké zdržení. Využívají program Cygnus, jenž obsahuje diagnózy s kódy podle Taxonomie Nanda II.

Z rozhovorů s respondentkami se jeví jako nejčastější způsob stanovení ošetřovatelských diagnóz a zjištění souvislostí a příznaků aktuální potřeby klienta. R1 uvedla: „ *Stanovujeme ji podle aktuálního stavu, pozorováním, rozhovorem a zdravotnickou dokumentací.*“ R2 doplnila: „ *Souvislosti a příznaky zjišťujeme sběrem dat ...*“. R3 se ke zjišťování příznaků a souvislostí vyjádřila : „ *...zjišťujeme je subjektivně komunikací, pohledem a objektivně nám je sdělí klient.*“ R4 specifikovala v odpovědi: „ *...vytřídíme informace, stanovíme priority potřeb.*“ R5 se spoléhá: „ *...na počítač. Kdybychom neměly program, použila bych seznam, který máme na sesterně k dispozici, ale neumím v něm hledat.*“ R6 pro stanovení odebere: „ *...ošetřovatelskou anamnézu, během ní se snažím zjistit problémy klienta aktuální i potencionální a potřeby. Počítač mi nabídne nejen diagnózu , ale i souvislosti a příznaky.*“ R7 využívá i: „ *...rozhovor s rodinou.*“ R8 přiznává: „ *Opět je tady dobrý pomocník – počítačový program...vybere příznaky a souvislosti a nakonec i intervence.*“ R9 a R10 se shodně (ostatně jako i výše uvedené respondentky) spoléhají na to, že když zadají všechny informace (ošetřovatelskou anamnézu) klienta, tak počítač sám nabídne diagnózu: „ *Program Cygnus nám ulehčuje práci.*“ Všechny respondentky uvedly, že při tvorbě ošetřovatelské diagnózy vycházejí se sběru dat, zdravotnické dokumentace, pohovoru s klientem i s rodinou a R1 dodala: „ *...i praktickým lékařem.*“ R4 doplnila: „ *...i vyšetřením testů a škál.*“ R2 upřesnila: „ *Sběr dat a informací je první fáze ošetřovatelského procesu. Je to základ pro správný průběh všech dalších fází.*“ A všechny respondentky se shodly v tom, že stanovují ošetřovatelskou diagnózu anamnesticky. R7 tento postup charakterizovala takto: „ *Ošetřovatelská anamnéza je také tzv. ošetřovatelské posuzování, je to první fáze, ve které zjišťujeme stav individuálních potřeb klienta. Je to holistický přístup.*“ Rovněž se všechny

respondentky shodly v tom, že používají 2složkovou i 3složkovou diagnózu. R9 rozvedla svoji odpověď: „ 3složková diagnóza je tzv. aktuální, která se skládá z problému, příčiny a projevu. 2složková je většinou potencionální, tzv. rizika.“ R1 specifikovala rizika: „ ...riziko pádu, zácpy, infekce, deficitu tělesných tekutin, osamělosti apod.“ Na otázku, zda mají k dispozici seznam, Nandu nebo svoje vytvořené diagnózy, shrnula všechny odpovědi ostatních respondentek R1: „ V počítači máme program Cygnus, který nám nabídne diagnózy, které jsou tam předdefinované. Program obsahuje myslím 18 základních diagnóz, které jsou rozděleny do 9 oblastí, např. fyziologické funkce, bolest, výživa, kůže apod. Diagnózy zde mají i svůj kód podle Taxonomie Nanda II. Když si diagnózu zatrhnu, tak mi i počítač vyjede možné intervence.“ R2 tuší, že : „ ...máme i seznam na sesterně.“ R3 doplnila: „ A hlavně jsme byly školeny na program Cygnus.“ R5 dodala, že : „ ...máme i odborné knihy, ale mně vyhovuje počítač, neboť u toho nemusím přemýšlet.“

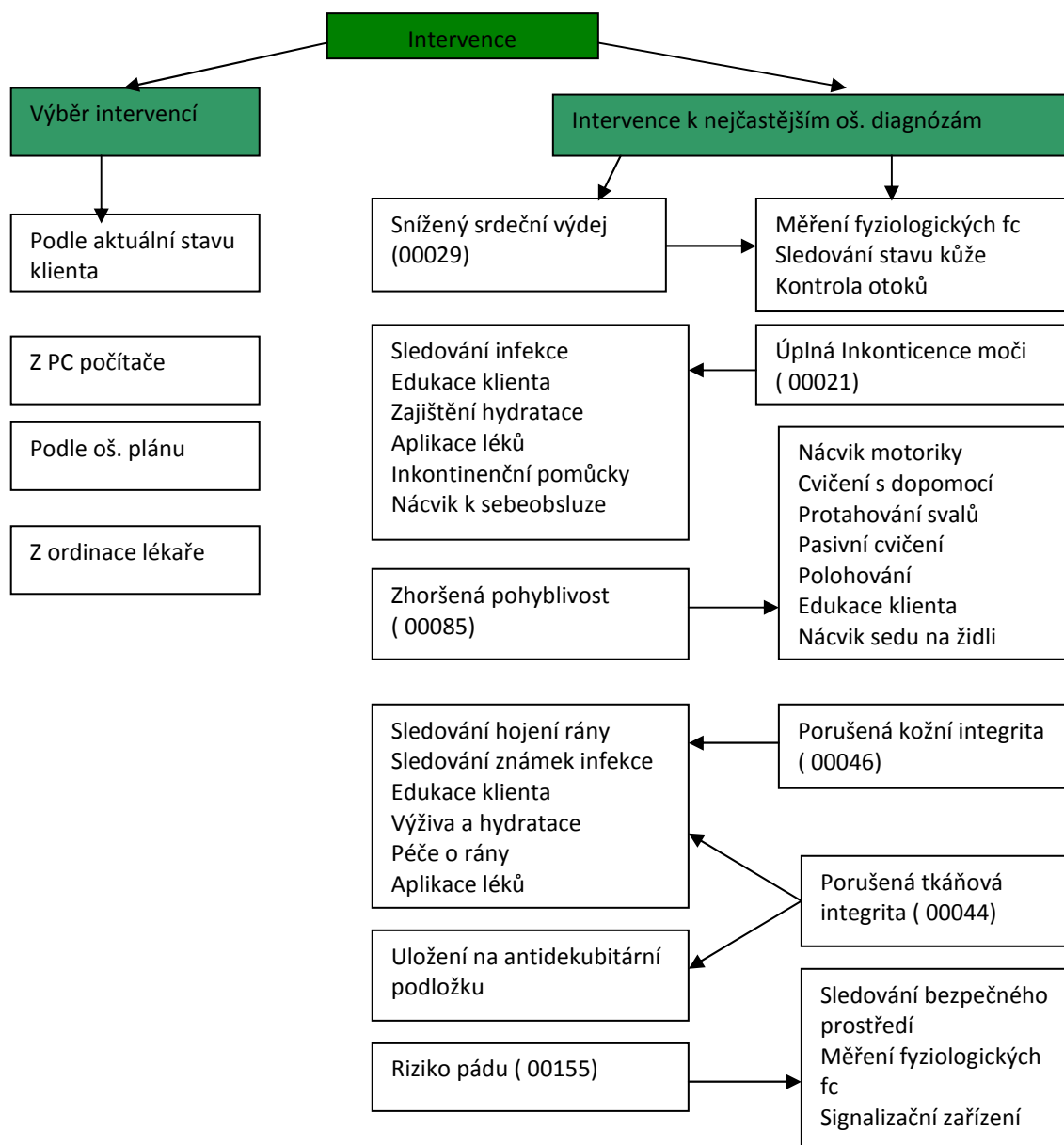
Nejčastější ošetřovatelské diagnózy se nepatrně liší podle toho, zda respondentka pracuje na I. nebo II. stanici zařízení. R1 mezi ně zařadila na I. stanici: „ ...snížený srdeční výdej, chronická zmatenost, inkontinence, porušená kožní integrita, riziko pádu, zhoršená pohyblivost, pomoc při orientaci...“ Na II. stanici, kde pracuje R2 a kde jsou klienti ve větší míře soběstační, jen namátkou uvedla: „ ...porušený spánek, zácpa, nedostatek zájmových aktivit, osamělost...“ R3 zmínila: „...dekubity dehydratace, poruchy polykání“. R4 doplnila: „...sociální izolace, dekubity“. R5 doplnila: „ ...imobilizační syndrom, zácpa, dekubity, špatná adaptace...“ R8 namátkou vybrala: „...zhoršená verbální komunikace“. R9 opakovala: „...inkontinence, porušená kožní integrita, zhoršená pohyblivost, dekubity, zácpa.“ R10 vyjmenovala ošetřovatelských diagnóz nejvíce a to tyto: „Je jich celá řada. Tak namátkou: snížený srdeční výdej, chronická bolest, chronická zmatenost, porušená kůže, riziko deficitu tělesných tekutin, porucha polykání, porušený spánek, zácpa, inkontinence, zhoršená pohyblivost na lůžku, neefektivní průchodnost dýchacích cest, riziko pádu, porušená kožní integrita, dekubity, porucha smyslového vnímání, imobilizační syndrom, nedostatek zájmových aktivit, izolace, nedostatečná výživa apod.“ Odlišnosti v získávání informací (od pacienta, PL a rodiny) jsou podle R1: „ ...většinou velké,

klient si zlepšuje svůj zdravotní stav, rodina vyžaduje co nejkvalitnější péči.“ R2 se domnívá, že : „ ...záleží na klientovi. Někdy se snaží klient i rodina zatajit určité závažné věci, např. Alzheimerera.“ R3 je tohoto názoru: „ Rodina, ta obzvlášť má sklony ke zkreslení, hlavně se to týká ošetrovatelského procesu, kdy se rodina domnívá, že jeden klient = jeden pracovník.“ Podobně se vyjádřila R4: „ Někteří rodinní příslušníci si myslí, že jenom jejich maminka musí mít bezvadný tzv. servis.“ R6 shrnula své zkušenosti takto: „ Od každého jiné podání. Většinou lepší než doopravdy jsou.“ R9 je toho názoru, že : „ Je to velmi individuální. Od PL třeba i špatné zhodnocení psychického stavu, např. ztráta orientace, zmatenost.“ Totéž uvedla i R10.

4.1.6 Kategorie „Intervence“

Ke kategorie intervence byly vytvořeny dvě podkategorie: „ Výběr intervencí“ a „ Intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám“. Cílem dotazování bylo zjistit, zdali respondentky znají intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám, podle čeho je vybírají, zda jim k tomu slouží předlohy nebo je stanovují samy (Schéma 6).

Schéma 6: Intervence



Poznámka: Intervence byly použity z IS Cygnus.

V souvislosti s ošetřovatelskými diagnózami byly respondentky dotázány, jaké ošetřovatelské intervence stanovují u nejčastějších ošetřovatelských diagnóz. Z analýzy získaných dat vyplynulo, že je vybírají podle aktuálního stavu klienta a z nabídky počítačového programu. V těchto odpovědích se všechny shodly. Pět respondentek dále upřesnily výběr intervencí ke konkrétním ošetřovatelským diagnózám. Zbývajících pět sester si však vybavovalo jen námkou intervence bez určení, ke které ošetřovatelské

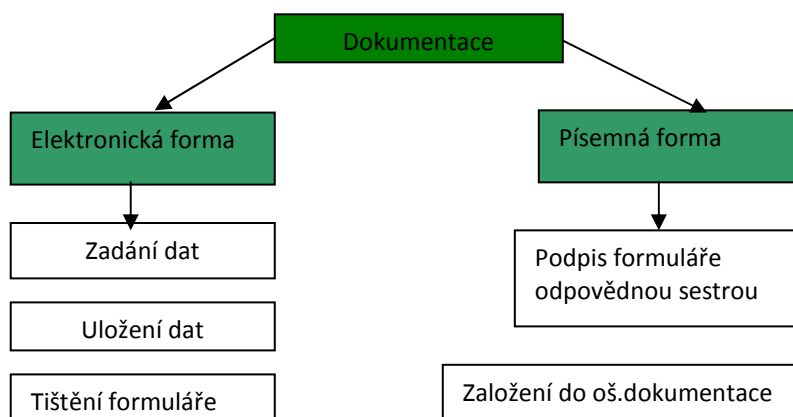
diagnóze je zařadí. Nejlépe si vedla R7, která vyjmenovala intervence k osmi ošetrovatelským diagnózám.

Z intervencí u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz vyjmenovala R1: „*...hydratace, aplikace léků, sledování adaptace, edukace klienta, sledování infekce, bezpečné prostředí...*“ R2 doplnila: „*...nabídka společenských aktivit, kontrola u specialisty.*“ R3 vyzdvihuje: „*...prevenci – mazání, dostatek tekutin, nácvik k sebeobsluze, polohování, antidekubitární podložky, převazy.*“ R4 neopomněla: „*...pomůcky doplňující lůžko – postranice, brázdíčka, inkontinenční pomůcky.*“ R5 spoléhá: „*...na program Cygnus, ve kterém je vše zadáno.*“ R6 si libuje: „*Tak těch je tedy dostatek.*“ R7 intervence popsala nejpřesněji a zařadila je k jednotlivým ošetrovatelským diagnózám: „*...zhoršená pohyblivost – nácvik jemné motoriky, aktivní cvičení s dopomocí, protahování zkrácených svalů, pasivní cvičení ...*“ Podobně obsáhle podala své znalosti R9 a ke zhoršené pohyblivosti ještě připojila: „*...nácvik sedu na židli, do křesla, nácvik stoje ...*“ R10 z intervencí uvedla také : „*...měření fyziologických funkcí, sledování adaptace.*“ Intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám stanovují sestry, jak bylo výše uvedeno, podle aktuálního stavu klienta a z nabídky počítačového programu Cygnus a R4 tuto otázku ještě doplnila odpovědí : „*Intervence stanovujeme z ošetrovatelského plánu nebo z oblasti ordinace lékaře. Intervence by měly být takové, které jsou v možnostech mých i klienta a k něčemu vedou.*“

4.1.7 Kategorie „Dokumentace“

V kategorii dokumentace byly vytvořeny dvě podkategorie: „Elektronická forma“ a „Písemná forma“. Kategorie je zaměřena na dotazování o způsobu dokumentace ošetrovatelské péče. Odpovědi respondentek byly podrobeny analýze a z dat byla poté vytvořena kategorie dokumentace (Schéma 7).

Schéma 7: Dokumentace

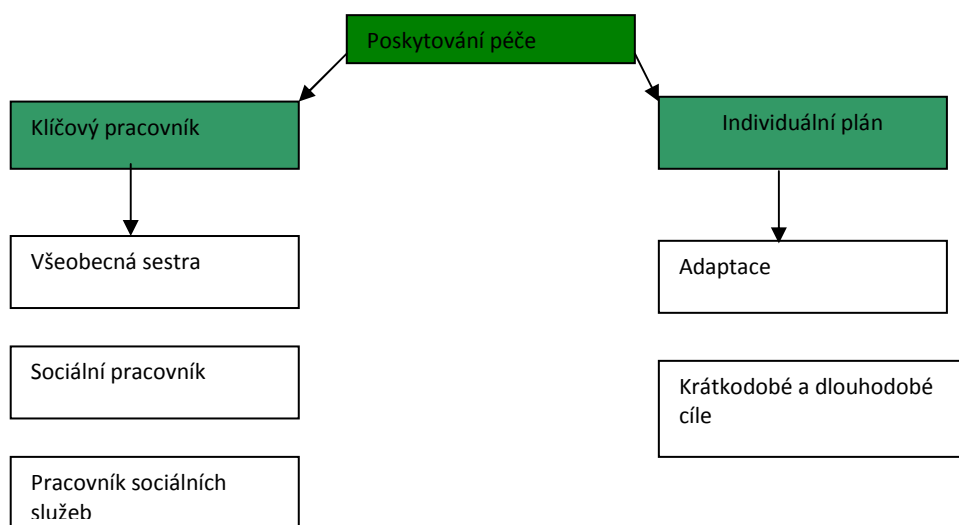


Všechny respondentky se shodly, že používají kombinaci elektronické a písemné formy dokumentace. Nejprve si zadají data do počítačového programu, data zálohují a posléze vytisknou. R2 se vyjádřila : „ *Elektronickou formu vytváříme v počítači. A následně ji v tištěné formě zakládáme do dokumentace.*“ R3 reagovala slovy: „ *Vše zadáváme do počítače, kde je to uloženo, a pak to tiskneme. Odpovědná sestra formulář podepíše a vloží do ošetřovatelské dokumentace.*“

4.1.8 Kategorie Poskytování péče

V kategorii poskytování péče byly vytvořeny dvě podkategorie: „ Klíčový pracovník“, „ Individuální plán“. Kategorie je zaměřená na dotazování, jakým způsobem jsou v zařízení rozděleni klienti. Z odpovědí respondentek byla vytvořena kategorie poskytování péče (Schéma 8).

Schéma 8: Poskytování péče



Posledním krokem analýzy dat bylo zjištění, jakým způsobem jsou v zařízení rozděleni klienti. „*Ti nejsou rozděleni mezi sestry – tzv. systém primárních sester, ale funguje pouze systém klíčových pracovníků, kterými jsou jak všeobecné sestry, sociální pracovníci, tak i pracovníci sociálních služeb*“, odpověděla R1. R3 doplnila: „*Každý klient má k dispozici jednoho klíčového pracovníka, jeho jméno je obsahem dokumentace klienta. O výběru klíčového pracovníka rozhoduje vedoucí úseku ošetrovatelské péče tak, aby bylo zajištěno rovnoměrné rozdělení klientů mezi pracovníky v přímé obslužné péči. Není-li klient s přiděleným klíčovým pracovníkem spokojen, může ho kdykoliv a bez udání důvodu změnit. Každý pracovník má tedy 3 až 4 uživatele.*“ R5 si posteskla: „*...ve dne se starám o celou stanici – 75 klientů, v noci o celé zařízení, tj. ještě o druhou stanici.*“ R7 vysvětlila, že: „*U nás funguje rozdělení klientů, kdy jim sestavujeme podle jejich přání individuální plán, ale co se týká ošetrovatelského procesu, klienty rozdělené nemáme. Dříve zodpovídaly tzv. primární sestry pouze za 4 až 5 klientů.*“ R8 reagovala slovy: „*Při denní službě máme na starost svoji stanici, ale když máme noční službu, máme na starost cca 140 klientů.*“ R9 ke klíčovým pracovníkům doplnila: „*Pomáhají jim v adaptaci a tvoří s klientem krátkodobé i dlouhodobé cíle, ale nemá to nic společného s ošetrovatelskou péčí.*“

5 Diskuse

Cílem práce bylo zmapování nejčastějších ošetrovatelských diagnóz a ošetrovatelských intervencí, které sestry k jednotlivým ošetrovatelským diagnózám plánuje. Při získávání informací jsem se setkala s ochotou jak ze strany respondentek, tak ze strany vedení zařízení pro seniory, které si stanovilo podmínku uskutečňovat rozhovory v době volna sester, což bylo splněno. V práci byl použit hloubkový rozhovor s respondentkami a využita metoda dotazování. Cílem těchto rozhovorů bylo získat slovní spojení, jež respondentky používaly v odpovědích na otázky, a tato nejčastější slova byla podrobena analýze s využitím metody kódování k vytvoření podkategorií ke stanovené kategorii. Všechna analyzovaná data byla poté shrnuta do přehledných schémat. K jednotlivým schématům, vytvořeným na základě rozhovorů s respondentkami, jsem zaujala své stanovisko a doložila tvrzením z odborné literatury.

Ošetrovatelský proces je popsán různými autory jak v české, tak v zahraniční literatuře. Souhrnně jej lze definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetrovatelské péče všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro přehodnocování péče na základě aktuálního stavu (Staňková, 2005a). Kategorie Ošetrovatelský proces – Definice byla zaměřena na všeobecné znalosti respondentek o metodě ošetrovatelského procesu a data byla po analýze shrnuta do schématu 1. Respondentky se nejčastěji vyjadřovaly při definici ošetrovatelského procesu jako o ošetrovatelské péči zajišťující individuální potřeby klienta a naplnění jeho potřeb aktuálních. Cíl pak spatřují ve zlepšení jeho zdravotního stavu. Na otázku, v čem spočívá ošetrovatelský proces, R3 uvedla: „...v aktivní ošetrovatelské péči, kterou sestry používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta.“ R6 si definici vybavuje jako: „...metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče.“ Staňková (2005a, s.7) definuje ošetrovatelský proces jako „vědeckou metodu řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestry. Je to logická metoda poskytování ošetrovatelské péče založená na pěti komponentách“.

Cílem ošetrovatelského procesu, jak uvádí Plevová (2011, s.108), je poskytování ošetrovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, na podporu a obnovení zdraví a co nejvyšší úroveň kvality života. O potřebách člověka v ošetrovatelském procesu hovoří ve své publikaci Trachtová (2013). Zdůrazňuje, že jsou základními motivy vyjadřujícími nějaký nedostatek v bio- psycho- sociální jednotě organismu. V období stárnutí a stáří se stává člověk opět více či méně závislý v uspokojování potřeb a vykonávání denních aktivit. V ošetrovatelství se používá termín sebezpečí a soběstačnost. Hodnocení těchto aktivit je základem ošetrovatelské péče a výchozím bodem pro určení priorit a stanovení ošetrovatelského plánu, intervencí, diagnostických i terapeutických zákroků. Domnívám se, že ošetrovatelský proces je základ ošetrovatelské péče, který vyžaduje znalosti, tvůrčí přístup, zaujetí ve vztahu k práci, umění vycházet s lidmi a získávání technických dovedností. Respondentky prokázaly, že mají povědomí o metodě ošetrovatelského procesu, i když ne každá jej definovala specifickými znaky. Dvě respondentky však tuto metodu považují za zbytečnou především z důvodu náročnosti na čas, který by mohly věnovat klientovi.

K využívání metody ošetrovatelského procesu v domově pro seniory odpovídaly respondentky kladně a z jejich odpovědí vyplynulo, že je tato metoda využívána při každodenní práci s klienty. R3 uvedla: „ U nás v domově se metodou ošetrovatelského procesu pracuje každý den. Je to náš pomocník při poskytování péče našim uživatelům.“ Nejčastěji se uplatňuje v podávání léků, při převazech, aplikaci injekcí, kontrole ošetrovatelského plánu. Mezi dalšími úkony jmenovaly rehabilitaci, polohování, výměny cévek. Získané informace byly zpracovány do kategorie Využívání metody ošetrovatelského procesu a data shrnuta ve schématu 2. Ke každodenním úkonům patří i zápisy realizací do zdravotnické dokumentace, jež je vedena v počítači. Ošetrovatelská dokumentace zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti, které se týkají ošetrovatelské péče konkrétnímu klientovi – ošetrovatelskou anamnézu, denní záznamy sester. Slouží k zajištění kontinuity ošetrovatelské péče, jako doklad, že byla poskytnuta a byla správná vzhledem ke stavu pacienta (Vondráček a Ludvík 2005, s.13). Mohu potvrdit, že v době praxe

v tomto zařízení byly úkony ošetřovatelského procesu prováděny a zapisovány do počítače, posléze vytištěny a založeny do ošetřovatelské dokumentace. Domnívám se, že kvalitní dokumentace pomáhá sestře individualizovat péči o klienta, podporuje kontinuitu a usnadňuje hodnocení.

Zajímavé byly názory respondentek na význam ošetřovatelského procesu v praxi. Domnívají se, že metoda ošetřovatelského procesu v praxi přináší řadu pozitivních, ale i negativních stránek nejen pro sestry, které s ním pracují, ale i pro klienty, kteří ho přijímají. Sestry však poznají klienta mnohem lépe a prohlubující se poznání jeho osoby jim umožňuje, aby ho chápaly jako člověka s jeho individuálními problémy a trápeními. Informace získané z rozhovorů byly zpracovány do kategorie Ošetřovatelský proces v praxi a zachyceny ve schématu 3. Haškovcová (2006, s.70) cituje z Evropské charty pacientů, seniorů mimo jiné i právo občana žijícího v ošetřovatelském domě očekávat, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče. Jako pozitiva respondentky vnímají nejen kvalitní péči, ale i zpětnou vazbu, koordinovanou péči. R4 uvádí: „ Ošetřovatelský proces přináší kvalitní péči, její kontinuitu a účast klienta.“ Jako další přínos vidí R3: „ ...koordinovanou péči, která je snadno dohledatelná.“ Z pozitiv pro sestry respondentky dále uvádějí větší kompetence a jasnou právní odpovědnost. Pro klienta je pozitivní, jak se vyjádřila R9: „ ...péče šitá na míru, která zvyšuje jeho soběstačnost.“ Staňková (2005a, s.9) jako přínos ošetřovatelské péče pro klienta zmiňuje její systematickosti, založenou na ošetřovatelském procesu, „ ušití na míru“, tzn., že odpovídá potřebám klienta, je ordinovaná a řízená sestrou. Pro sestru má význam v tom, že zvyšuje její samostatnost, kompetence a odpovědnost, zlepšuje sebereflexi a seberealizaci v profesi. Naproti tomu dvě respondentky se vyjádřily k významu ošetřovatelského procesu negativně. R5 metodu zcela odmítla a R7 uvedla: „ Teoreticky je to dobrá metoda, ale praxe je jiná“. Tóthová a kol. (2009) upozorňuje, že péče, která je založená na rutíně a zajištění výkonů, není v současném zdravotnictví adekvátní a je třeba ji změnit. Taková změna nenastane nahodilou úpravou existující praxe, ale musí být plánovaná a uspořádaná. Cíle lze dosáhnout především systematickou činností, jež

zahrnuje zhodnocení potřeb, plánování, provedení plánu a zhodnocení práce. Podmínkou je profesionální příprava sester na povolání, i když je samozřejmé, že až praxe dá teoretickým poznatkům potřebný rozměr. Tóthová a kol.(2009) dále zdůrazňuje, že moderní ošetrovatelská péče klade hlavní důraz na podporu a udržení zdraví, na holistický přístup v péči o nemocné a aktivní účast pacienta na péči. Z negativních stránek ošetrovatelského procesu v praxi se všechny respondentky shodují v nárůstu administrativy a časové náročnosti, nedostatku personálu při velkém počtu klientů, na něž pak mají málo času.

Při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe je třeba postupovat promyšleně, neboť překonat bariéru tvořenou tradicí a stereotypem a získat chuť a ochotu sester pracovat jinak není jednoduché. Je třeba přesvědčit sestry o přínosu jak pro klienty, tak pro ně samotné, zajistit odbornou přípravu, iniciovat samotné sestry, aby samy vypracovaly způsob, jak prvky ošetrovatelského procesu postupně zavádět v denní praxi (Staňková, 2005a).

Plevová (2011, s.106) v této souvislosti přináší poznatek, že informace o metodě ošetrovatelského procesu byly po roce 1989 postupně implementovány do vzdělání sester. Mezi první publikace v českém jazyce patří materiály od Trachtové (1999), Staňkové (1999), Doenges a Moorhouse (1999). Postupně se metoda ošetrovatelského procesu začala zavádět do praxe. V klinické praxi však narážela na nedůvěru a výhrady. Proto se začaly postupně organizovat odborné semináře a konference, kde se o metodě diskutovalo, o jejich pozitivích i bariérách s možnostmi řešení problémů. Dotazováním bylo dále zjišťováno, zda by respondentky doporučily metodu ošetrovatelského procesu jiným zařízením. V tomto názoru se však nedokázaly jednoznačně rozhodnout. Považují jej za opodstatněný, co se týče např. blízkého vztahu sestry s klientem, legislativního významu, ale jednomyslně se shodly na negativní stránce, a to časové náročnosti na administrativu. Mám za to, že v kontextu zvyšujících se nároků na zdravotní péči se musejí na procesu podílet také sestry. Právě ty by měly stát i v čele definování kvality ošetrovatelské péče a právě zavedení individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu jim to umožňuje. Je pravda, že při zavádění

ošetřovatelského procesu do praxe je nutno vycházet ze specifík a potřeb daného pracoviště, ale jistě by nebylo od věci navštívit i jiná zařízení, kde nový způsob práce funguje, a podělit se o zkušenosti.

Metoda ošetřovatelského procesu se skládá z pěti v logickém pořadí na sebe navazujících fází (kroků): 1. krok posuzování, jež zahrnuje sběr a třídění informací s cílem vytvořit soubor dat o výpovědích na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy. Uplatní se zde především zručnost v pozorování a komunikace. 2. krok diagnostika, která je charakterizována jako analyticko – syntetický proces vyústující do formulace ošetřovatelské diagnózy, jež tvoří základ pro výběr ošetřovatelských intervencí. 3. krok plánování, kdy sestra vypracuje plán s cílem prevence, redukce a eliminace problémů. 4. krok realizace, jež zahrnuje vykonání ošetřovatelských intervencí zaměřených na dosažení stanovených výsledků. 5. krok vyhodnocení, což je fáze závěrečná, charakterizovaná jako činnost zjišťující, zda bylo dosaženo cíle. Výzkumem bylo dále zjišťováno, jaké fáze ošetřovatelského procesu respondentky využívají. Po analýze dat byla vytvořena kategorie Fáze ošetřovatelského procesu a její výsledky shrnuty ve schématu 4. Respondentky shodně uvedly, že se v zařízení při ošetřovatelském procesu využívají všechny fáze, tzn. posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Pouze R1 odpověděla takto: „ Využíváme všechny fáze, počínaje sběrem dat a konče zhodnocením péče“. Domnívám se proto, že respondentky mají přehled o všech pěti fázích ošetřovatelského procesu, i když u druhé fáze – diagnostiky – mají ve znalostech nedostatky. Dle Plevové (2011, s.109) se metoda ošetřovatelského procesu aplikuje do ošetřovatelské praxe nejčastěji jako pětifázová. Avšak metoda může být charakterizovaná s různými obměnami, např. jako čtyřfázová, případně šestifázová. Význam metody je popsán různými autory mimo jiné i tak, že součástí je i dokumentování péče ve všech fázích, což zabezpečuje koordinaci, kontinuitu a chronologický přehled o poskytované péči . Podle mého mínění je důležité vytvářet maximální podmínky pro zavedení všech komponent ošetřovatelského procesu do praxe. Pro zajištění kontinuity péče pak úkoly rozdělit mezi různé členy ošetřovatelského týmu

přiměřeně k jejich odborným znalostem a kompetencím. Rozhodnutí závisí na řízení a organizačním systému práce ošetrovatelského personálu na oddělení.

V další části výzkumu byly respondentky dotazovány, zda znají nejčastější ošetrovatelské diagnózy, jak zjišťují souvislosti a příznaky a jak ošetrovatelskou diagnózu stanovují. Na základě zjištěných dat a po jejich pečlivé analýze byla vytvořena kategorie Ošetrovatelské diagnózy se schématem 5. Všechny respondentky uvedly, že ke stanovení diagnózy a vedení dokumentace používají program v informačním systému Cygnus, kde jsou předdefinované diagnózy s kódem Taxonomie Nanda II. V tomto programu byly respondentky proškoleny a seznámeny s jeho ovládním. Na dotaz, jak by tedy stanovila ošetrovatelskou diagnózu bez počítače, R5 odpověděla: „ Kdybychom neměly program, použila bych seznam, který máme na sesterně k dispozici, ale neumím v něm hledat.“ R6 pro stanovení ošetrovatelské diagnózy odebere: „ ...ošetrovatelskou anamnézu během ní zjistím problémy aktuální i potenciaální a potřeby. Počítač mi nabídne nejen diagnózu, ale i souvislosti i příznaky.“ Všechny respondentky se shodly, že používají 2složkovou i 3složkovou diagnózu. R9 odpověď upřesnila: „ Třísložková je tzv. aktuální, dvousložková potenciaální, tzv. rizika.“ Všechny respondentky uvedly, že ošetrovatelskou diagnózu stanovují anamnesticky. Domnívám se, že by respondentky měly mít větší povědomí o tvorbě ošetrovatelských diagnóz i bez počítače, i když musím konstatovat, že jejich znalosti jsou dostačující vzhledem k tomu, že správně vyplněná anamnéza, která předchází výběru ošetrovatelské diagnózy, odpovídá ošetrovatelským problémům klienta.

Respondentky se shodly, že mezi nejčastější diagnózy v G – centru patří: snížený srdeční výdej (00029), porušená kožní integrita (00046), riziko pádu (00155), zhoršená pohyblivost (00085), riziko zácpy (00011), porušený spánek (00095), riziko imobilizačního syndromu (00040), inkontinence moči (00021), nedostatečná výživa (00002), chronická zmatenost (00129), sociální izolace (00053), porucha smyslového vnímání (00122), porušené polykání (00103), zhoršená pohyblivost na lůžku (00091), osamělost (00054), zhoršená verbální komunikace (00051). Názvy některých ošetrovatelských diagnóz a kódy neodpovídají názvům aktualizovaným

podle NANDA International Ošetřovatelské diagnózy 2012-2014. Respondentky dále uvedly, že se nejčastější diagnózy nepatrně liší podle toho, zda sestra pracuje na I. nebo II. stanici, kde jsou klienti ve větší míře soběstační. Někdy je však získávání informací ke stanovení ošetřovatelské diagnózy obtížnější, protože podle R1: „ Klient si zlepšuje svůj zdravotní stav.“ R2 uvádí: „, Někdy se snaží klient i rodina zatajit závažné věci, např. Alzheimerovu chorobu.“ Proto se domnívám, že je nutné, aby informace byly objektivní, neboť ošetřovatelská diagnóza správně stanovená dle potřeb a problémů klienta pomáhá při plánování další ošetřovatelské péče. Plevová (2011, s.196) uvádí, že ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potencionální životní problémy. Poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za něž je sestra zodpovědná.

Další dotazování bylo zaměřeno na znalost nejčastějších intervencí k ošetřovatelským diagnózám a jejich výběr, zda respondentkám k výběru slouží předlohy nebo je stanovují samy. Po analýze dat byla vytvořena kategorie Intervence a výsledky shrnuty ve schématu 6. Z nejčastějších intervencí u výše uvedených ošetřovatelských diagnóz respondentky vyjmenovaly aplikaci léků, edukaci klienta, hydrataci, sledování infekce, sledování adaptace, nabídku aktivit, nácvik motoriky, nácvik k sebeobsluze, aktivní cvičení s dopomocí. Podobně jako u ošetřovatelských diagnóz také u intervencí spoléhají respondentky na počítač. Vybírají je podle aktuálního stavu klienta a z nabídky programu Cygnus. R4 se vyjádřila: „, Intervence stanovujeme také z ošetřovatelského plánu nebo z oblasti ordinace lékaře. Intervence by měly být takové, které jsou v možnostech mých i klienta a k něčemu vedou. Ošetřovatelská intervence je definována jako „soubor ošetřovatelských činností potřebných k řešení dysfunkční lidské potřeby (ošetřovatelského problému). Intervence tedy znamená soubor činností založených na klinickém rozhodování a vědomostech, které sestra uskutečňuje na zlepšení výsledků klientů“ (Plevová a kol., 2011, s 201). Z toho vyplývá, že na rozdíl od ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelského výsledku, které jsou zaměřeny na klienta, se intervence zaměřuje na činnost sester za účelem pomoci klientovi. V této

souvislosti se domnívám, že bez nabídky z počítače, na který mě respondentky odkázaly a umožnily mi nahlédnout do ošetrovatelských plánů klientů (bez jejich jména), by všechny intervence (k jednotlivým ošetrovatelským diagnózám) nevyjmenovaly (Příloha 6).

Jako příklad jedné z ošetrovatelských diagnóz a intervencí k ní uvádím Úplnou inkontinenci moči a s ní spojené porušení kožní integrity. R1 uvedla, že při diagnóze – Úplná inkontinence moči (00021), která se projevuje příznaky, jež má sestra vyzorovány, si klient neuvědomuje, že je inkontinentní a odtok moče je kontinuální v nepředvídatelnou dobu. Cíl péče, který sestra stanovila po domluvě s klientem, spočívá v zajištění optimální hydratace organismu a odpovídající tvorbě moče tak, aby byl možný návrat klienta k běžným aktivitám. Sestra sleduje v intervencích ošetrovatelské péče stav kůže v oblasti genitálu a celkový stav klienta, zapisuje optimální hydrataci klienta, edukuje o inkontinentních pomůckách, poučuje o nutnosti dodržování pitného režimu, provádí s klientem nácvik močení po 30 minutách s postupným prodlužováním intervalů, aplikuje léky dle ordinace lékaře. Tento postup jsem porovnála s postupy z několika odborných článků, protože se vyskytl ve více pramenech jako závažný problém. Inkontinence moči se dělí podle stupně závažnosti na 1. stupeň – lehká, 2. stupeň – střední, 3. stupeň – těžká. Podle stupně pak lékař předepisuje množství a druhy inkontinenčních pomůcek. Při nechuti navštěvovat toaletu a ohlídat si pravidelné močení se zavádí tzv. mikční plán – pravidelné močení po dvou hodinách s kontrolou od personálu. Důležitý je i pitný režim. Podle potřeby se mění pleny, v lůžku se využívají savé podložky. Zvýšenou pozornost je nutné věnovat péči o pokožku a promazávání těla krémy při ranní i večerní hygieně (Konyvková, 2012). Na inkontinenci moči u klientů v různých typech zařízení sociální péče byl zaměřen i projekt „Inkontinence v kontextu ošetrovatelské péče“ z roku 2008. Sledovanými údaji mimo jiné byla asistence při provádění hygieny, frekvence nácviku kontinence, frekvence výměny inkontinenčních pomůcek. Naše i zahraniční výzkumy potvrzují zvyšující se počty inkontinentních osob v důsledku stárnutí populace. Inkontinence tudíž představuje ošetrovatelský problém (Topinková a kol., 2009). O tom svědčí i

zkušenosti s péčí o inkontinentní klienty v Domově důchodců Hodonín, který začal v roce 2004 pracovat metodou ošetrovatelského procesu. V tomto zařízení trpí inkontinencí 50% klientů, a to především těžkou formou, tedy 3. stupněm. Jde o psychický problém klientů, který se snaží překonat edukací zdravotnickým personálem (Nebilová, 2006). Domnívám se, že velkým pomocníkem v zařízení sociální péče jsou pro pracovníky různé programy informačních systémů, které jim pomáhají v kvalitní péči. U diagnózy inkontinence moči jako cíl ošetrovatelské péče vidím pacientovo úsilí poradit si s inkontinencí tak, aby byl možný jeho návrat k běžným společenským aktivitám.

Topinková a kol. (2009) v souvislosti s projektem inkontinence v kontextu ošetrovatelské péče uvádí i komplikace projevující se především výskytem porušení kožní integrity, močové infekce, dekubitů. Byla zjištěna významná variabilita v názorech poskytovatelů na optimální ošetrovatelskou praxi. Příčiny nedostatků jsou jak objektivní (nedostatek personálu, finanční limity), tak subjektivní (neexistence standardu, nízká motivace personálu). Jako doporučení navrhuje národní standard ošetrovatelské péče o tyto nemocné.

Jak se prodlužuje délka života a stoupá počet pacientů s chronickými chorobami, stoupá i počet osob s chronickými ranami, mezi než patří proleženiny. Výzkum probíhající v této oblasti přispívá k lepšímu přístupu v prevenci a léčbě dekubitů. Problémem se zabývá i článek Grofové (2009). Doporučené postupy jsou tři a týkají se prevence, léčby a výživy pacientů s dekubity. Mohly by se stát základem pro ošetrovatelské standardy, neboť jsou založeny na důkazech. Většina respondentek ze své praxe uvedla, že i v jejich zařízení se s dekubity setkává, i když převážně v souvislosti s nástupem klientů do domova nebo po hospitalizaci v nemocnici. Poté následuje léčba – pokud se předpokládá, že bude klient připoután na lůžko dlouhodobě, je mu poskytnuta antidekubitární matrace (ADM), je polohován, zacévkován a jsou mu na postižená místa přikládány obvazy. Nedílnou součástí je i čistota kůže. Podobnou zkušenost s ošetrováním dekubitů zmiňuje i Bergmanová (2010), v jejichž zařízení je důležitým bodem i mobilizace, kterou provádí rehabilitační pracovník, jenž má za úkol i motivovat. Ošetřují takto lehčí formy

dekubitů, závažnější proleženiny jsou posílány do nemocnice. O všem jsou vedeny záznamy, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Příspěvek Appeltové (2010) pojednává také o zkušenostech s léčbou dekubitů v ošetrovatelské péči pro seniory. Během hospitalizace v nemocnici byly zjišťovány příčiny, veškeré postupy byly dokumentovány a vyhodnocovány. Péče o seniory v nemocnicích následné péče je velice náročná a nedocenená, neboť se jedná o křehké seniory, kteří mají mnoho diagnóz, kognitivní postižení, nezáměr o spolupráci. Velkou roli zde hraje i komunikace s rodinou, která může seniora psychicky podržet. Jsem přesvědčena, že je důležité, aby byla poskytovaná péče řádně dokumentovaná. Informovanost veřejnosti se zvyšuje díky médiím, ale i vlastním zkušenostem i zkušenostem z blízkého okolí a při řádné dokumentaci lze předejít případným stížnostem a nařčením ze zanedbání péče. Rovněž se domnívám, že výše zmíněné ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, neboť vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.

K ošetrovatelské dokumentaci všechny respondentky uvedly, že používají kombinovanou formu, tzn. elektronickou i písemnou. Elektronickou formu vytvářejí v počítači, poté formulář v tištěné formě, který odpovědná sestra podepíše, zakládají do ošetrovatelské dokumentace. Ze získaných dat byla vytvořena kategorie Dokumentace a výsledky shrnuty do schématu 7. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovatelského procesu. Jejím účelem není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativní práci. Jsou v ní shromážděny užitečné údaje o klientovi z ošetrovatelského hlediska a doporučení pro vhodnou ošetrovatelskou péči, případně informace o efektu poskytnuté péče. Veškeré údaje (dokumentace) mají být vždy pohromadě a dostupné všem, kteří je mohou využít ve prospěch klienta (Staňková, 2005a). Respondentky uvedly, že zapisují úkony ošetrovatelského procesu, které provádějí denně. Jsou to – podávání léků, převazy, aplikace injekcí, odběry, rehabilitace, polohování, měření fyziologických funkcí. R4 upřesnila: „ Realizace se zapisuje do počítačů u uživatelů, které vykazujeme na pojišťovny.“ Ostatním klientům dělají zápisy dle potřeby a při změně stavu. Nejpozději však jednou za 5 až 6 měsíců. R8 uvedla: „ Plán hodnotíme jako celek

jednou za půl roku.“ Vzhledem k tomu, že zadané informace jsou uvedeny v počítači, program sám upozorní na termín hodnocení ošetrovatelské péče u klienta. Plevová (2011) zdůrazňuje, že by ošetrovatelská dokumentace měla jasně doložit jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu a usměrňovat individualizovanou péči. To pak umožňuje hodnotit účinnost výběru ošetrovatelských intervencí. Zároveň je zabezpečena kontinuita ošetrovatelské péče a chronologický přehled o jejím poskytnutí. Důležitá je i pro monitorování a kontrolu kvality ošetrovatelské péče. V této souvislosti si však respondentky stěžují na nárůst administrativy, který R1 okomentovala slovy: „ Co je psané, to je dané“. R7 pak výrokem: „ Klienti nechápu, co tady pořád sepisujeme.“ Přesto si myslím, že většina respondentek připouští, že má kvalitní dokumentace význam nejen pro klienta, ale i pro sestru. Projekt elektronické ošetrovatelské dokumentace má podporu od samého počátku ve většině domovech pro seniory. Je totiž úsporou času ošetrovatelského personálu, míní Pátková (2007), která seznamuje ve svém příspěvku čtenáře se zkušenostmi v Domově pro seniory v Radkově Lhotě. Zdravotnický personál dlouhodobě spolupracoval na vedení ošetrovatelské dokumentace a výsledkem byl kromě jiného globální ošetrovatelský plán, který se využívá při vytváření nových ošetrovatelských diagnóz a také při jejich hodnocení v nastaveném čase. Dále pak byl vypracován i individuální ošetrovatelský plán pro jednotlivé klienty zařízení. V programu jsou uvedeny též všechny ošetrovatelské diagnózy, s nimiž se v Domově setkávají a pracují s nimi. Personál v zařízení se vyjádřil, že program je přínosem v jejich práci a že mají na své klienty více času.

S výše uvedeným konstatováním se ztotožňuji, neboť se domnívám, že do budoucna budou v digitální podobě nejen nemocnice, ale i zařízení sociální služby propojené s praktickými lékaři a centrálním registrem. Odpadnou zbytečná nebo opakovaná vyšetření pacientů / klientů, léky budou předepisovány elektronicky přes virtuální lékárnu, dokumentace o klientech / pacientech bude v elektronické podobě, což například umožní i perfektní dokumentaci kožních defektů s využitím digitální fotografie. Sestra bude vedena k hodnocení naplnění cílů ošetrovatelské péče průběžně a kontinuálně. Prozatím je v našich podmínkách nejdůležitější přesvědčit

mnoho personálu v zařízení sociální péče o tom, že tato forma dokumentace je nevyhnutelnou realitou a je jen otázkou času, nebo spíše finančních možností jednotlivých zařízení, jak rychle budou moci k této změně také přistoupit.

Posledním krokem dotazování bylo zjištění, jakým způsobem jsou v zařízení rozděleni klienti. Zda mezi sestry – tzv. systém primárních sester, nebo u nich funguje pouze systém klíčových pracovníků, kterými jsou i všechny sestry. Ze získaných odpovědí a po analýze dat byla vytvořena kategorie Poskytování péče a schéma 8.

Respondentky uvedly, že v zařízení funguje pouze systém klíčových pracovníků, o jejichž výběru rozhoduje vedoucí úseku ošetrovatelské péče. Pokud není klient s klíčovým pracovníkem spokojen, může ho bez udání důvodu změnit. Každý klíčový pracovník má tři až čtyři uživatele, kterým sestavuje individuální plán a pomáhá s adaptací. Zvláště při procesu adaptace seniora na nové prostředí je sociální pracovník vhodnou osobou, jež celý proces koordinuje. Nový klient dostane hned od počátku svého klíčového pracovníka, osobu, na niž se může s důvěrou obrátit a jež mu bude věnovat zejména zpočátku maximální pozornost (Matoušek, 2005). Domnívám se, že klienti preferují individuální přístup klíčových pracovníků, kteří podporují klienta v uvědomování si jeho potřeb, přání a požadavků, vnímají změny potřeb v konkrétních situacích, reagují na ně spolu s klientem a hodnotí průběh poskytované služby. Uznávám však, že při tak vysokém počtu klientů v domově je na místě stížnost respondentek na to, že při denní službě mají na starost svoji stanici, ale při noční službě celé zařízení, cca 140 klientů.

Z výzkumu bylo zjištěno, že respondentky z G – centra Tábor aktivně využívají metodu ošetrovatelského procesu. Umí jej definovat, využívají všechny fáze ošetrovatelského procesu a vnímají tuto metodu jako pozitivní jak pro sestru, tak pro klienta, i když uvádějí i její negativa, především časovou náročnost na administrativu. Menší povědomí však mají o tvorbě ošetrovatelských diagnóz a výběru intervencí k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám, kdy se spoléhají především na počítačový program. Všechny respondentky jsou proškoleny v IS Cygnus (SN280), v němž pracují s diagnózami s kódy podle Taxonomie Nanda II.

6 Závěr

Práce byla zaměřena na zmapování nejčastějších ošetřovatelských diagnóz a ošetřovatelských intervencí k používaným diagnózám v Domově pro seniory G – centru Tábor.

Společným cílem moderního ošetřovatelství je vysoká kvalita poskytované péče a aktivní účast klienta v ní.

Hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces. Spočívá v aktivní ošetřovatelské péči, zjišťování a uspokojování potřeb klienta a v plánování ošetřovatelské péče tak, aby byl naplněn cíl – odstranění nebo zmírnění problému klienta v oblasti jeho individuálních potřeb.

Metodou ošetřovatelského procesu se v domově pro seniory pracuje šest let a je jeho každodenní formou ošetřovatelské péče. Spočívá v realizaci úkonů, které sestry provádějí na základě aktuálního zdravotního stavu klienta.

Ošetřovatelský proces v praxi představuje z pohledu sester a klientů jednak pozitiva, mezi něž patří např. kvalita péče, holistický přístup, aktivní účast klientů, podpora jejich důstojnosti, jednak negativa, neboť je jako problém uváděna především náročnost na administrativu a málo času na klienta. Proto se také sestry v doporučení této metody jiným zařízením nedokázaly jednoznačně rozhodnout o jejím pozitivním významu.

Ke správnému hodnocení potřeb klientů a jejich uspokojení je nutné uplatňovat všech pět fází ošetřovatelského procesu, jež sestry využívají. Patří k nim sběr dat, diagnostika, plánování, realizace úkonů a zhodnocení poskytnuté péče.

Ošetřovatelské diagnózy sestry stanovují především z počítačového programu, který jim po zadání dat nabídne nejen diagnózu, ale vybere i příznaky a souvislosti a nakonec i intervence. V tomto zařízení využívají program Cygnus, jenž obsahuje diagnózy s kódy podle Taxonomie Nanda II a v němž byly sestry proškoleny.

Intervence u nejčastějších ošetřovatelských diagnóz sestry vybírají podle aktuálního stavu klienta a z nabídky počítačového programu. V této souvislosti je nutno říci, že ani ošetřovatelské diagnózy, ani intervence nemají sestry zažité a např. při výpadku počítačové sítě by musely hledat informace v seznamu nebo v jiných

odborných knihách. Některé sestry uvedly, že by tento způsob vyhledávání byl pro ně problém.

Dokumentaci vedou sestry v písemné i elektronické formě. Záznamy jsou plynule doplňovány, každý formulář je vždy autorizován odpovědnou sestrou a založen do ošetrovatelské dokumentace.

V domově pro seniory funguje systém klíčových pracovníků, tzn., že každý klient má k dispozici svého klíčového pracovníka. Ten jim pomáhá v tvorbě krátkodobých i dlouhodobých cílů a v adaptaci.

Domnívám se, že cíl bakalářské práce byl splněn. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy a intervence k nim v domově pro seniory byly zmapovány. Jedná se o následující ošetrovatelské diagnózy: snížený srdeční výdej, inkontinence moči, porušená kožní integrita, dekubity, nedostatečná výživa, chronická bolest, porušený spánek, zhoršená tělesná pohyblivost, zácpa, neefektivní průchodnost dýchacích cest, dehydratace, riziko pádu, deficit tělesných tekutin, zhoršená pohyblivost na lůžku; chronická zmatenost, zhoršená verbální komunikace; sociální izolace, riziko osamělosti, nedostatek zájmových aktivit. Z nejčastějších intervencí to jsou: měření fyziologických funkcí, sledování stavu kůže, aplikace léků, zajištění hydratace, péče o rány, sledování známek infekce, nácvik motoriky, polohování, edukace klienta.

Úspěch poskytované péče závisí na lidských a materiálních faktorech. Mezi lidské faktory ovlivňující kvalitu poskytované péče patří zejména šíře a hloubka odborných znalostí sester, kvalita zařízení a také počet personálu a motivace k individualizované adresné péči.

7 Seznam použité literatury

- ACKLEY, B. J. a G. B. LADWIG, 2011. *Nursing diagnosis handbook*. Elsevier Health Science. 9 th ed. Hosby Elsevier. ISBN 978-0-323-07150-5.
- APPELTOVÁ, M., 2010. Péče o seniory. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč.6, č.1, s. 9. ISSN 1801-1349.
- BERGMANOVÁ, J., 2010. Zkušenosti s ošetřováním dekubitům v domově pro staré lidi v Německu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 6, č. 3, s. 23. ISSN 1801-1349.
- ČERVINKOVÁ, E. a kol., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4.vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-443-7.
- ČESKO, 2004. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004 koncepce ošetrovatelství. In: Věstník MZ ČR č. 9/2004. [online]. [cit. 2014- 05-03] Dostupné z : [http:// www.zahranasluzba.cz/zakony/424_2004.doc](http://www.zahranasluzba.cz/zakony/424_2004.doc).
- ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. [online]. [cit. 2014- 05-03] Dostupné z : <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In. Sbírka zákonů České republiky. [online]. [cit. 2014- 05-03] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997/48>.
- ČESKO, 2006. Zákon č. 20/1966 Sb., vyhláška č. 385 ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci. In: Sbírka zákonů České republiky. [online]. [cit. 2014-05-03] Dostupné z: http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/vyhl_385-2006_zdrav_dokumentace.html.
- ČORNANIČOVÁ, R., 2007. *Edukácie seniorov*. 2.vyd.Bratislava: UK. ISBN 978-80-223-2287-4.
- DOENGES, M.E. a M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Grada Publishing, s. 565. ISBN 80-247-0242-8.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

G – centrum Tábor, Domov pro seniory. [online]. [cit. 2014- 02-02] Dostupné z:http://www.gcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=27

GROFOVÁ, Z., 2009. Dekubity z pohledu evropského poradního panelu. *Česká geriatrická revue*. Roč. 7, č. 2, s. 97-100. ISSN 1214-0732.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2006. *Manuálek sociální gerontologie. Praktická příručka pro sestry*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-363-5.

HERDMAN, T. H., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011*. 1.vyd. Praha. Grada. ISBN 978-80-247-3423-1.

HERDMAN, T. H., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014..* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

INFORMAČNÍ SYSTÉM CYGNUS, 2008. Manuál, G- centrum Tábor Domov pro seniory. Dostupný také z: www.iscygnus.cz.

KALVACH, Z. a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada . ISBN 978-80-247-4026-3.

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

KALVACH, Z. a kol., 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KAPLAN, RM. , 2002. Quality of life: an outcomes perspective. *Archive of physical medicine and rehabilitation*, 83 (Suppl 2), s. 44-50.

KLEVETOVÁ, D. a J. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KONYVKOVÁ, A., 2012. Inkontinence v praxi v domově se zvláštním režimem. *Sestra*. Roč. 22, č. 5, s. 56-57. ISSN 1210-0404.

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

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

- MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
- MASTILIÁKOVÁ, D., 2003. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-310-9.
- NEBILOVÁ, I., 2006. Ošetrovatelský proces v DD Hodonín. *Sestra*. Roč. 16, č. 6, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
- OLIŠAROVÁ, V., F. DOLÁK a V.TÓTHOVÁ, 2012. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*. Roč. 15, č. 1, s.14-21. ISSN 1212-4117.
- OTÁSKOVÁ, J. a kol., 2007. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-239-9072-0.
- PÁTKOVÁ, D., 2007. Elektronická ošetrovatelská dokumentace – úspora času ošetrovatelského personálu. *Sestra*. Roč. 17, s. 9-10. ISSN 1210-0404.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-35557-3.
- POCHYLÁ, K., 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-420-8.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.
- STAŇKOVÁ, M., 2005a. *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-282-5.
- STAŇKOVÁ, M., 2005b. *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-283-3.
- STAŇKOVÁ, M., 2006. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-270-1.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1777-7.

- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-3130.
- TOPINKOVÁ, E. a kol., 2009. Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči? *Česká geriatrická revue*. Roč. 7, č. 2, s. 82-89. ISSN 1210-0732.
- TÓTHOVÁ, V. a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
- TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-324-4.
- VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- VONDRÁČEK, L. a M. LUDVÍK, 2005. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-376-7.
- VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2763-9.
- VÖRÖSOVÁ, G. a kol., 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-80-6324-27.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky k hloubkovým rozhovorům

Příloha 2 Přepisy rozhovorů (CD 1)

Příloha 3 Ukázka kódování

Příloha 4 Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování

Příloha 5 Souhlas s realizací výzkumného šetření v domově pro seniory G – centrum Tábor

Příloha 6 Ošetřovatelský plán v IS Cygnus (SN280)

Příloha 7 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy a jejich možné intervence v domově pro seniory G – centrum Tábor - brožura (CD 2)

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Jaký je Váš věk?

Jaké je Vaše vzdělání?

Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

Jak byste definovala pojem ošetrovatelský proces?

Kdy jste se poprvé dozvěděla o metodě ošetrovatelského procesu?

Jaký je Váš názor na používání ošetrovatelského procesu?

Pracuje se u Vás metodou ošetrovatelského procesu?

Jak dlouho s ošetrovatelským procesem pracujete?

Jakým způsobem jsou u Vás rozděleni klienti mezi sestry?

Jaké fáze ošetrovatelského procesu u Vás využíváte?

Podle čeho stanovujete ošetrovatelské diagnózy?

Máte k dispozici seznam, Nandu nebo svoje vytvořené diagnózy?

Jak zjišťujete souvislosti a příznaky?

Jakou formu ošetrovatelského procesu používáte ?

Používáte 2 nebo 3 složkovou diagnózu?

Jak často metodou ošetrovatelského procesu pracujete?

Stanovujete ošetrovatelskou diagnózu pomocí anamnestiky?

Jaké nejčastější ošetrovatelské diagnózy stanovujete?

Jaké jsou odlišnosti ve stanovování ošetrovatelské diagnózy ?

Jaké jsou intervence u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz?

Podle čeho stanovujete intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám?

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetrovatelským procesem?

Jaký přínos má pro Vás metoda ošetrovatelského procesu v praxi?

Jaký význam má metoda ošetrovatelského procesu pro sestru?

Jaký význam má ošetrovatelský proces pro seniora?

Doporučila byste i jiným zařízením pracovat touto metodou? Z jakého důvodu?

Příloha 3 Ukázka kódování

Jaké nejčastější ošetrovatelské diagnózy stanovujete?

36 „ Je jich celá řada. Naštěstí máme program Cygnus, který nám ošetrovatelské
37 diagnózy, pokud mu dáme informace, které jsme nasbíraly, dá seznam ošetrovatelských
38 diagnóz a my je následně vybereme. Tak namátkou bych řekla, že se jedná o
39 inkontinenci, porušená kožní integrity, pády, infekci, zhoršenou verbální komunikaci,
40 zhoršenou pohyblivost, porušení chůze, porušení spánku.“

Jaké jsou odlišnosti ve stanovování ošetrovatelské diagnózy (od pacienta, PL, s rodinou)?

41 „ Odlišnosti jsou mnohé – od klienta zkreslování, nepochopení, rodina většinou
42 zlepšuje zdravotní stav klienta. PL – mnohdy špatné vyšetření psychického stavu
43 klienta“.

Jaké jsou intervence u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz?

44 „ Je jich mnoho, ale namátkou bych řekla, že většinou jsou to sledování stavu kůže,
45 zajištění optimální hydratace – P+V, polohování, aplikace léků dle ordinace lékaře a
46 jejich reakce, podpora mobilizace, edukace klienta o správném používání
47 kompenzačních pomůcek, měření fyziologických funkcí, kontrola bezpečného
48 prostředí“.

Podle čeho stanovujete intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám?

49 „ Podle potřeb klienta. Počítačový program Cygnus nám nabídne požadované
50 intervence k ošetrovatelským diagnózám příslušnému klientovi.“

Jaká negativa vnímáte v práci s ošetrovatelským procesem?

51 „ Nadměrná administrativa, která zabere mnoho času, který podle mého názoru mohu
52 využít s klientem a být mu dobrou společnicí“.

Jaký přínos má pro Vás metoda ošetrovatelského procesu v praxi?

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

Zdroj vlastní

Příloha 4 Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů se sestrami technikou otevřeného kódování

Kategorie „Ošetrovatelský proces“

„Definice“

- aktivní ošetrovatelská péče R1/1
- zjišťování potřeb R1/1, R7/1, R9/1
- uspokojování potřeb R4/1, R5/1, R8/1
- plán ošetrovatelské péče R6/1
- cíl ošetrovatelského procesu R1/5

Kategorie „Využívání metody ošetrovatelského procesu v domově pro seniory“

Podkategorie „Zavedení a využití metody“

- před 5 – 6 lety R1/8, R2/6
- denně R2/5, R5/8, R6/9

Podkategorie „Realizace úkonů“

- podávání léků R1/38, R2/28, R3/38, R4/31, R7/28-29, R10/27
- převazy R1/38, R2/28, R3/38, R8/31, R10/27
- aplikace injekcí R1/38-39, R3/38-39, R7/29, R9/30
- odběry R3/39
- rehabilitace R2/28, R3/39, R4/31, R7/29, R8/31, R9/30, R10/27
- polohování R3/39, R7/29, R9/30, R10/28
- výměna cévek R4/31, R7/29, R8/31-32, R10/27
- měření fyziologických hodnot R3/39
- zápis do PC + změny plánu R2/29, R4/31, R8/31, R10/28-29
- kontrola ošetrovatelského plánu R1/40, R6/29, R7/28
- vykazování pro ZP R4/30-31, R9/29

Kategorie „ Ošetřovatelský proces v praxi“

Podkategorie „ Význam“

- kvalitní péče R1/65-66, R2/52, R4/58, R10/51
- holistický přístup R9/54, R10/57-58
- právní odpovědnost R2/52-53, R4/60-61, R8/58, R10/52
- zpětná vazby od klienta R1/66, R4/63, R9/55, R7/54
- koordinovaná péče R3/65
- kontinuita R4/59, R7/54
- spolupráce s rodinou R9/55

Podkategorie „ Názor z pohledu sestry a klienta“

- rychlá reakce na problémy R1/63-64, R8/53
- větší kompetence a odpovědnost sestry R9/57
- podpora důstojnosti klienta R3/74, R10/56
- péče „ šitá na míru“ R9/59
- nárůst administrativy R2/60, R3/77, R4/55, R5/48, R9/53, R10/47
- málo personálu R2/60, R4/55, R7/60
- časová náročnost R2/60, R1/75, R5/45, R6/40
- málo času na klienta R1/61-62, R9/53, R10/47-48

Podkategorie „ Důvody doporučení“

- včasné rozpoznání problému R1/63-64, R8/57
- legislativní význam R8/63
- zlepšení efektivity péče R1/77
- blízký vztah sestry a klient R10/59

Kategorie „ Fáze ošetřovatelského procesu“

Podkategorie „ 1 fáze“

- sběr dat R1/16, R2/12
- shromažďování informací R3/22, R4/12, R8/16, R9/13

- sestavení ošetřovatelské anamnézy R4/12, R9/14

Podkategorie „ 2 fáze“

- diagnostika R7/13
- stanovení problémů R3/23, R8/16-17, R9/14
- účast klienta R4/13, R8/17
- vyřídění priorit R4/13, R8/17
- pořadí priorit R4/13

Podkategorie „ 3 fáze“

- plánování R2/13, R3/24, R4/14, R8/17
- stanovení cílů R8/18

Podkategorie „ 4 fáze“

- realizace úkonů R2/13, R4/14, R9/16
- poskytnutí péče R8/18

Podkategorie „ 5 fáze“

- zhodnocení poskytnuté péče R1/17, R2/13, R3/24, R4/14, R8/19

Kategorie „ Ošetřovatelské diagnózy“

Podkategorie „ Tvorba ošetřovatelských diagnóz“

- souvislosti a příznaky R1/28, R4/21
- aktuální stav klienta R1/19, R3/25, R8/26, R10/13
- pozorování R1/19, R5/21, R6/22, R7/21
- rozhovor s klientem R1/19, R5/21, R9/19, R2/15, R6/22
- rozhovor s rodinou R7/15
- zdravotnická dokumentace R1/20, R5/21, R7/21
- 2 a 3složková R1/35-37, R5/26, R7/26, R9/26
- PC program R1/21, R3/26, R7/22, R8/24, R9/21, R10/18

Podkategorie „ Nejčastější ošetřovatelské diagnózy“

- snížený srdeční výdej R1/45, R2/37, R7/37, R10/32
- inkontinence R12/45, R2/36, R5/32, R6/31, R7/36, R10/34
- chronická zmatenost R1/45, R2/37, R5/32, R10/32-33
- dekubity R3/46, R4/37, R5/32, R9/35, R10/35
- porušená kožní integrita R3/45-46, R4/37, R6/31-32, R7/36, R10/35
- dehydratace R4/36, R3/45, R6/31
- nedostatečná výživa R10/36-37
- zhoršená pohyblivost na lůžku R10/34
- zhoršená pohyblivost R1/46, R5/32-33, R7/37, R9/34
- chronická bolest R10/32
- špatná adaptace R5/34
- porušený spánek R2/35-36, R4/38, R5/33, R10/33-34
- porucha polykání R7/36, R10/33
- zácpa R2/36, R5/33, R7/35, R10/34
- imobilizační syndrom R3/46, R4/36-37, R5/33, R6/32, R7/37, R9/35
- riziko pádu R1/46, R2/36-37, R3/45, R8/39, R10/35
- sociální izolace R10/35
- riziko infekce R1/47, R2/37, R3/46, R8/39
- deficit tělesných tekutin R10/33
- nedostatek zájmových aktivit R10/36
- zhoršená verbální komunikace R8/39

Kategorie „ Intervence“

Podkategorie „ Výběr intervencí“

- podle aktuálního stavu klienta R2/45, R6/39, R7/51, R10/46
- z PC R1/55, R2/47, R5/41, R6/39, R7/51, R8/49, R10/46
- z ošetřovatelského plánu R4/51
- z ordinace lékaře R1/54, R4/51

Podkategorie „ Intervence k nejčastějším ošetrovatelským diagnózám“

- měření fyziologických funkcí R5/38,R7/47, R8/47, R10/41
- rehabilitace R10/45
- sledování adaptace R1/51-52, R10/43
- sledování infekce R1/52, R4/44, R10/43
- edukace klienta R1/52, R3/58, R4/45, R5/39, R8/46,R9/44-45, R10/43
- zajištění hydratace R1/51, R2/42, R3/60, R6/36, R7/48, R8/45
- aplikace léků R1/51, R2/41-42, R4/48, R7/48-49, R10/42
- nácvik motoriky R7/45-46
- nácvik sedu R9/46
- protahování svalů R7/46
- polohování R3/59, R6/38, R7/45, R8/45, R9/50
- antidekubitární podložka R3/60, R9/50
- kontrola bezpečného prostředí R1/52-53, R8/47-48, R9/47
- inkontinenční pomůcky R4/45, R5/39
- převazy R3/55
- pomůcky doplňující lůžko R4/49

Kategorie „ Dokumentace“

Podkategorie „ Elektronická forma“

- zadání dat R3/34, R10/22
- uložení dat R3/35, R5/24
- tištění formuláře R5/25, R10/23

Podkategorie „ Písemná forma“

- podpis formuláře odpovědnou sestrou R3/35-36, R10/23
- založení do ošetrovatelské dokumentace R3/36, R2/25, R7/25, R8/27-28, R10/24

Kategorie „ Poskytování péče“

Podkategorie „ Klíčový pracovník“

- všeobecná sestra R1/11, R3/15
- sociální pracovník R1/12, R3/15
- pracovník v sociální službě R1/12, R3/16

Podkategorie „ Individuální plán“

- adaptace R9/11
- krátkodobé a dlouhodobé cíle R9/11

Příloha 5 Souhlas s realizací výzkumného šetření v domově pro seniory G -centrum Tábor

V Sezimově Ústí, 19.2. 2014

Vážená paní ředitelko,
pro svoji bakalářskou práci na téma – Nejčastější ošetřovatelské diagnózy v domově pro seniory a jejich možná řešení – Vás žádám o písemný souhlas k provedení výzkumu ve Vašem zařízení.

V této souvislosti jsem oslovila zdravotní sestry za účelem rozhovoru, který bude probíhat mimo pracovní dobu, a to na návodné otázky týkající se ošetřovatelského procesu (viz příloha).

Děkuji
Pěchotová Blanka

V TÁBORĚ 26.2.2014 SOUHLASÍM



Příloha 6 Ošetrovatelský plán v IS Cygnus (SN280)

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl péče	Intervence ošetrovatelské péče
Snížený srdeční výdej (00029) Příznaky: <ul style="list-style-type: none"> • úzkost, neklid Související faktory: <ul style="list-style-type: none"> • kardiostimulátor 	<ul style="list-style-type: none"> • klient má zachovanou hemodynamickou stabilitu (fyziologické hodnoty TK, P, bez poruch srdečního rytmu) • klient udává subjektivně dobrý pocit bez známek neklidu a úzkosti 	<ul style="list-style-type: none"> • měření fyziologických funkcí (TK,P,TT) - DP • sledování celkového stavu klienta a účinek podaných léků - denně a DP • zajištění optimální hydratace (min. 1500-2000 ml tekutin/24 hod.) - denně
Chronická zmatenost (00129) Příznaky: <ul style="list-style-type: none"> • dezorientace v čase, místě, situaci nebo osobách • neschopnost udržet v paměti nové poznatky změny v ostrosti / jasnosti čítí • porucha socializace (neumí se začlenit do určité společnosti a účastnit se jejího života) • poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti (týkajících se starých i novějších skutečností) • zřejmé projevy zapomínání bloudění klienta (neví, kde je) 	<ul style="list-style-type: none"> • klient nemá známky úzkosti a neklidu • klient přiměřeně a účinně využívá všechny zdroje podpory • prevence úrazů 	<ul style="list-style-type: none"> • zajištění bezpečnosti klienta - denně • plánovaná kontrola u specialisty - dle ord. lékaře • aplikace léků dle ordinace lékaře - dle ord. lékaře • sledování projevů chování a příp. výskyt halucinací u klienta - denně a DP • zajištění orientace klienta místem - označení důležitých předmětů, místností - denně • sledování cyklu, kvality a délky spánku - denně • udržování stálého a neměnného prostředí klienta - denně • sledování adaptace klienta na nové prostředí - dle ord. lékaře • zajištění optimální hydratace (min. 1500-2000 ml tekutin/24 hod.) - denně • sledování frekvence stolice - denně
Úplná inkontinence moče (00021) Příznaky: <ul style="list-style-type: none"> • klient naplnění močového měchýře nevnímá dostatečně • klient si neuvědomuje, že je inkontinentní Související faktory: <ul style="list-style-type: none"> • neurologická dysfunkce, která je příčinou močení v nepředvídatelných intervalech 	<ul style="list-style-type: none"> • klient má zajištěnou optimální hydrataci organismu se známkami normálního kožního turgoru, přiměřené vlhkosti sliznic i odpovídající tvorby moče • klient nemá narušenou kůži a sliznice v okolí ústí močové trubice 	<ul style="list-style-type: none"> • odběr a odeslání moči na vyšetření - dle ord. lékaře • sledování známek infekce, stavu kůže v oblasti genitálu a celkového stavu klienta - denně • zajištění optimální hydratace (min. 1500-2000 ml tekutin/24 hod.) - denně • aplikace léků dle ordinace lékaře - dle ord. lékaře • edukace klienta spojená s používáním pomůcek pro inkontinenci - denně a DP