



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**POSTOJ SESTER K ZAVEDENÍ OŠEŘOVATELSKÉHO PROCESU  
DO PRAXE**

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková DiS, R. N.

2008

Kotková Michaela

## **The attitude of nurses to implementing new nursing process methods into practice.**

The contemporary modern health care philosophy stemming from the recommendations of the WHO ( World Health Organization), the ICN ( International Council of Nurses) and the EU (European Union) aims to specify the roles of a nurse and show the direction for a quality education of the medical staff and an individualized nursing care focused on patients' needs. The nursing process has been changing constantly and it is necessary to introduce new methods into practice.

The nursing process is a series of mutually connected activities done for the benefit of the patients and in collaboration with them if it is possible. The results of individual steps are recorded in the patient's medical history which is substantial for this methodology. Nowadays, in majority of health care facilities in the Czech Republic the nursing process is an integral part of their care. The objective of this thesis was to find out nurses' approach to the method and also whether they have enough knowledge to implement the method into practice.

The results of the quantitative research by the questionnaire method I have conducted show that nurses' attitudes to the modern nursing method have been changing favourably. They do not perceive the method to be annoying but they see it as a method that can help them better cope with their duties. I set several hypotheses. The hypothesis IV - nurses agree that the method enables to discover the patient's real troubles better – was confirmed. The hypothesis V – nurses agree that the method enables to discover the patient's potential troubles better – was also confirmed. On the other hand nurses still insist that the new nursing process brings about more paperwork – the hypothesis II proved to be correct. Nurses working in standard units in the hospital in Frýdek-Místek consider the new method more encumbering due to more paper handling. According to the data obtained by using the questionnaire method, nurses have enough theoretical knowledge on the nursing process. Only two questions asking about phases of the method were given false answers. Thus it is possible to conclude that nurses are well informed about the principles of the nursing process. Thereby the

hypothesis VI was rejected - it supposed that nurses in standard units in the hospital in Frýdek - Místek did not have enough information on the new nursing process.

The results of the research show that nurses agree with implementation of the methods into the nursing process. 57% nurses agree that the new nursing process will bring about a better care for patients, 54% nurses agree with implementation of the nursing process into practice. The hypothesis I - nurses working in the hospital in Frýdek Místek agree with implementation of the new nursing process methods into practice - proved to be correct. Also the hypothesis III - nurses are sure that new methods implementation will make for a better nursing care - was correct.

A nurse is the key-person in the nursing process. To fulfill her crucial role it is necessary for her to be concerned with the new nursing process methods.

**Prohlášení :**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Postoj sester k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích .....

.....

podpis studenta

**Poděkování :**

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové DiS., R. N. za cenné rady během tvorby této práce a všem zúčastněným respondentům nemocnice Frýdek – Místek p. o. za spolupráci na dotazníkovém šetření.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>4</b>
1.1 Koncepce českého ošetrovatelství .....	4
1.1.1 Od tradičních způsobů až k nové koncepci .....	5
1.2 Koncepce holizmu .....	6
1.3 Potřeby člověka.....	7
1.3.1 Klasifikace potřeb .....	8
1.4 Ošetrovatelský proces .....	9
1.4.1 Historie ošetrovatelského procesu .....	9
1.4.2 Definice ošetrovatelského procesu a jeho význam .....	10
1.5 Fáze ošetrovatelského procesu.....	11
1.5.1 Fáze posouzení.....	12
1.5.2 Diagnostika .....	13
1.5.3 Plánování ošetrovatelské péče .....	15
1.5.4 Realizace ošetrovatelského procesu.....	16
1.5.5 Hodnocení poskytované péče .....	16
1.6 Dokumentace v ošetrovatelském procesu.....	18
1.7 Aliance NNN .....	19
1.7.1 NANDA – North American Association for Nursing Diagnosis.....	19
1.7.2 NIC – Nursing Interventions Classification.....	22
1.7.3 NOC – Nursing Outcomes Classification .....	23
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>25</b>
2.1 Cíle práce .....	25
2.2 Hypotézy práce .....	25
<b>3. Metodika</b> .....	<b>26</b>
3.1 Metodika práce .....	26
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	26
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>27</b>
<b>5. Diskuze</b> .....	<b>54</b>

<b>6. Závěr .....</b>	<b>65</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>67</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>70</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>71</b>
9.1 Seznam příloh .....	71



## Úvod

Ošetrovatelství a my společně s ním se nacházíme v době, kdy došlo k převratu koncepce a ke změně přístupu, jak laické, tak odborné veřejnosti k tomuto oboru. Ošetrovatelství je nepostradatelné v péči o zdraví člověka a tak si vytvořilo významné postavení ve všech spektrech zdravotní péče.

V minulosti sestry poskytovaly péči na základě lékařských ordinací, tudíž péče nebyla zaměřena na klienta samotného. Koncepce současného moderního ošetrovatelství, která vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie, se snaží ukázat směr pro rozvoj kvalitního vzdělávání zdravotnických pracovníků, role sestry a individualizované ošetrovatelské péče, která je zaměřena na potřeby klienta. S tímto rozvojem také úzce souvisí zavádění ošetrovatelského procesu do praxe, jako pracovní metody ošetrovatelského týmu.

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které jsou prováděny ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Veškeré výsledky jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu je zapotřebí zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, která je nedílnou součástí této metodiky.

V současnosti se již s ošetrovatelským procesem, nebo s pokusy o jeho zavedení setkáváme ve většině zdravotnických zařízeních v České republice. Je zřejmé, že pro dosažení dobrých výsledků, je jednou ze základních podmínek také znalost teorie ošetrovatelského procesu a kladný přístup ošetrovatelského personálu k jeho zavedení. Přesto se ještě dnes setkáváme s diskuzemi mezi zdravotnickými pracovníky, zda-li je ošetrovatelský proces tou vhodnou metodou poskytování ošetrovatelské péče. V některých institucích se začínají teprve s ošetrovatelským procesem blíže seznamovat a učí se ho používat v praxi, jak je tomu právě ve frýdecko-místecké nemocnici. Z výše uvedených důvodů jsem si také zvolila tuto problematiku jako téma pro svou bakalářskou práci. Mým cílem není tuto metodu nijak posuzovat, zda-li je pro poskytování péče u nás vhodná či ne, ale chtěla bych zjistit, jak sestry k nové metodě přistupují a zároveň jim pomoci proniknout do principů této metody.

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Koncepce českého ošetřovatelství***

Koncepce je abstraktní představa či obraz jevu nebo reality. V ošetřovatelství je uznáváno více koncepcí: koncepce lidskosti, zdraví, vztahů vzájemné pomoci a komunikace. Koncepce ovlivňující a determinující ošetřovatelství a jeho praxi zahrnuje: osobu přijímající ošetřovatelskou péči, prostředí, ve kterém daná osoba žije, její zdravotní stav v interakci se sestrou a ošetřovatelskou činností. Tato koncepce v souhrnu tvoří metaparadigma ošetřovatelství, což je nejvšeobecnější perspektiva každé disciplíny, její výsledná jednotka či rámec (4).

Ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka a proto si v terénní i nemocniční péči vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž má sestra vyšší kompetence a pracuje samostatněji. Charakteristickými znaky dnešního ošetřovatelství jsou jednak individualizovaná péče, která je založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb nemocného člověka a jednak samostatná práce sester v terénní péči, soustředěna nejen na domácí péči, ale především na prevenci. Tato mnohem náročnější práce potřebuje lépe kvalifikované sestry a řadu změn v dosavadní organizaci ošetřovatelské péče, proto se jejich kvalifikační studium posunulo ve všech zemích na vyšší a vysoké školy (3, 12).

Nová koncepce vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Určuje základní perspektivu vývoje českého ošetřovatelství a výrazně doplňuje současnou ošetřovatelskou péči, zaměřenou převážně na splnění lékařských ordinací a zajištění základní ošetřovatelské péče, o náročnější a samostatnější práci sester orientovanou na podporu zdraví člověka a jeho potřeby. Ukazuje směr, kterým je třeba dokončit reformu vzdělávání ošetřovatelských pracovníků. Zdůrazňuje potřebu zavedení ošetřovatelského procesu, doprovázeného ošetřovatelskou dokumentací, jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu hodnocení. A také navrhuje systém registrace sester.

Můžeme očekávat, že systematická realizace koncepce se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v lepší ošetrovatelské nemocniční i domácí péči, ale také v terénní praxi na úseku prevence a výchovy ke zdraví (12).

### *1.1.1 Od tradičních způsobů až k nové koncepci*

Rychlý technologický pokrok v medicíně, který ovlivňoval ošetrovatelskou praxi po roce 1945, přispíval často k potlačení základní funkce ošetrovatelství – péče o potřeby druhých. Pod tlakem medicíny ošetrovatelství stále více reagovalo na potřeby lékařů a sestry přebíraly úkony, které dříve nebyly v jejich kompetenci. Tak se ošetrovatelství rozvíjelo především instrumentálním směrem – sestry si osvojovaly výkony, které byly původně výsadou lékařské profese. Neuvědomovaly si, že se nepodílejí na rozvoji ošetrovatelství, ale že se pouze podřizují vývoji medicíny. Se stejnou mírou přecházela na sestry administrativní práce a to opět na úkor rozvoje vlastního ošetrovatelství.

Souběžně s rozvojem lékařských věd docházelo k rozmachu mnoha dalších příbuzných profesí, zejména behaviorálních a humanitních věd. Znalci těchto profesí, vstoupili do zdravotnictví a převzali na sebe činnosti, které dříve patřily do ošetrovatelské péče. Šlo například o poradenství, vedení pacienta a další aktivity, jež původně spadaly do kompetencí sestry. Ošetrovatelství se začalo orientovat více na jednotlivé výkony, než na člověka a jeho potřeby. Rozvoj teoretické báze ošetrovatelství byl poněkud pomalý a nové poznatky nebyly často využívány v praxi (16).

Vznik a vývoj nové koncepce ošetrovatelství byl v Evropě ovlivněn dvěma významnými rezolucemi, které byly přijaty v roce 1977 na 30. Světovém zdravotnickém shromáždění. První z nich byla historická rezoluce, jejíž cíl je znám pod názvem „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a druhou je rezoluce, která uznává význam sester a porodních asistentek v primární péči. Nový přístup ke zdraví a zdravotní péči byl zformulován v roce 1978 na mezinárodní konferenci v Alma-Atě deklarací, která předložila vládám a zdravotnickým profesionálům směrnice pro změnu

jak ve vzdělávání zdravotnických pracovníků, tak v praxi a výzkumu se zaměřením na primární zdravotnickou péči (21).

Globální strategie Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny do roku 2000, která byla přijata na 34. světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1981, je charakteristická vyslovením individuální a kolektivní národní odpovědnosti a popisuje způsoby, kterými může Světová zdravotnická organizace tuto činnost podpořit. Globální strategie směřuje svou pozornost na výchovu zdravotnického personálu: „Ministerstva zdravotnictví a další zainteresované instituce, například ministerstva školství, přehodnotí způsob vzdělávání ve světě potřebného množství, typu a kvality různých kategorií zdravotnických pracovníků. Nové vzdělávání bude brát v úvahu roli zdravotnických pracovníků v podporování jednotlivců a rodin při získávání soběstačnosti. Ministerstva udělají všechno pro to, aby provedla nezbytné reformy na lékařských fakultách a dalších příbuzných vzdělávacích institucích, které zajistí, že budou posluchači i další zdravotničtí pracovníci vedle praktické přípravy seznámeni také s filozofií rozvoje zdravotní péče, definovanou Alma-Atskou deklarací a její strategií“ (16, s. 46).

V letech 1976 - 1985 vytvořilo oddělení ošetrovatelství Evropské regionální úřadovny Světové zdravotnické organizace mezinárodní studii potřeb ošetrovatelské péče, založené na vědeckých principech a výzkumu. Hlavní cíl studie potvrdil nutnost přeorientovat ošetrovatelskou praxi ve světle 38. regionálních cílů pro Evropu. Proto Světová zdravotnická organizace zorganizovala první Evropskou konferenci o ošetrovatelství, která se uskutečnila ve Vídni roku 1988. Ještě předtím zúčastnění mnoha místních a národních debat – na nichž se podíleli i členové mezinárodních vládních i nevládních organizací a 155 000 sester z Evropy – vyzdvihli potřebu reorientace ošetrovatelské praxe a vzdělávání (16).

## ***1.2 Koncepce holizmu***

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, úplnou celostní bytostí, a ne jako souborem částí a procesů. Termíny holistický a holizmus jsou odvozené z řeckého slova „holos“, které znamená „celek“. Holistická teorie vidí všechny živé organizmy jako

jednotné celky v interakci, které jsou takto více než jen spojení jejich částí. Když je vidíme v tomto světle, potom každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

Koncepce holizmu aplikovaná na člověka a jeho zdraví zobrazuje skutečnost, že sestry musí brát na vědomí osobu jako celek a musí se snažit současně pochopit vztah částí individua ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem. Proto když sestra studuje jednu část člověka, musí zvažovat, jaký má tato část vztah k ostatním. Sestra musí takto zvážit interakci a vztah jednotlivce k vnějšímu prostředí a k jiným lidem (10).

Holistické zdraví zahrnuje celou osobu: celistvost bytosti dané osoby a všechny stránky jejího životního stylu – fyzickou zdatnost, primární prevenci negativních fyzických a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, citlivost k prostředí, sebepojetí a duševno (4, 7).

Každá zdravotní zkušenost je významná jak pro člověka, kterému je ošetrovatelská péče poskytována, tak pro poskytovatele této péče. Holizmus je koncepce, která se zaměřuje na potřeby pacienta, a práce sestry s pacientem je založena na podkladě zájmu a vzájemného porozumění (11).

Nejen v ošetrovatelství, ale i v ostatních pomáhajících profesích je nezbytné ptát se a hledat odpovědi na otázky, kým se může a má stát každý člověk, s nímž se setkáváme. Spirála vyhledávání a uspokojování potřeb nabývá stále větších a větších rozměrů. Od onoho poměrně snadného uspokojení základních biologických potřeb, které zajišťují přežití, lze cílenou saturací vyšších, lidskému druhu vlastních potřeb dospět k rozkvětu jedinečné lidské bytosti. Je na každém zdravotníkovi, zda vykročí s klientem na cestu uvědomování si a naplňování jeho potřeb a pomůže mu tak objevit pravé rozměry jeho zcela konkrétního lidství (25).

### ***1.3 Potřeby člověka***

Potřeba je příznakem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí a chtěné. Potřeba nabádá k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě směřuje k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je

něčím, co člověk nutně potřebuje pro život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost lidské bytosti – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím vytváří vzorec chování jedince. Činy zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (2, 23).

Každý jedinec vyjadřuje a saturuje potřeby svým způsobem. Chování, které je motivováno uspokojením nějaké potřeby se projevuje u každého člověka jinak. Během života se potřeby jedince mění z hlediska kvality i kvantity. Množství a intenzita potřeb jsou závislé na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, na jeho inteligenci, zdravotním stavu a životních zkušenostech. Je podstatné vědět, že všichni lidé mají společné potřeby a je stejně důležité si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné (18, 23).

### *1.3.1 Klasifikace potřeb*

Život člověka je naplněn nepřetržitým uspokojováním různých potřeb, z nichž některé jsou zásadní pro lidskou existenci a jiné vytvářejí život bohatším, příjemnějším, vytvářejí pocit fyzické a psychické životní pohody.

První uvedenou skupinu potřeb lze označit jako základní životní potřeby a druhá skupina je zpravidla nazývána vyššími potřebami. Na rozdíl od základních životních potřeb jsou tyto potřeby velmi individuální. Způsoby jejich uspokojení vytvářejí v životě každého z nás určitou hodnotovou orientaci, vyjádřenou našimi přáními, tužbami, ideály, přesvědčením a tak vytvářejí naše životní hodnoty (3, 17).

V psychologii se obvykle objevuje třídění potřeb na fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Potřeby fyziologické jsou potřeby základní, mezi něž řadíme instinkty, pudy, dostatek spánku, jídla, tepla, hygienu, zdraví, tišení bolesti, potřebu fyzického kontaktu a uspokojení potřeb sexuálních. Potřeby psychické jsou ty, které vycházejí z individuálního vnímání světa, ze schopnosti vnímat a zpracovávat motivace k našemu jednání a chování. Vždy se jedná o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a bezpečí, potřebu absence strachu z opuštěnosti a samoty, potřebu orientačních bodů v denním pořádku, potřebu lásky, potřebu vyjadřovat své myšlenky a postoje a být vyslechnut. Mít informace o sobě a okolním světě, potřeby

péče o své zdraví a své blízké, potřeby ekonomického zabezpečení, potřeby soužití s blízkými lidmi, potřeba náležet k určité skupině je skupina potřeb sociálních. Potřeby spirituální se projevují v oblasti duchovního života. Jedná se o potřebu víry a vyznání, potřebu příslušenství do náboženských společenství nebo do společenství sekt (18, 23).

Nejčastěji používanou klasifikací potřeb je Maslowova klasifikace (viz. Příloha 3). Maslow byl americký psycholog, který se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi, které vedou člověka k jejich uspokojení. Tento psycholog řadí potřeby podle určité hierarchie, v níž vyšší potřeby mohou být uspokojeny teprve tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby základní (17, 18).

#### ***1.4 Ošetrovatelský proces***

Pojem „ošetřovatelský proces“ je v dnešní době mezi zdravotnickými pracovníky poměrně známý a málokteré slovní spojení vyvolává tolik rozporuplných reakcí a diskuzí. Tato racionální metoda ošetrovatelské praxe je vyučována na všech typech ošetrovatelských škol. Metodika ošetrovatelského procesu je profesionálům v ošetrovatelství dostupná v sérii odborných publikací. V mnoha zdravotnických institucích bylo zahájeno zavádění ošetrovatelské dokumentace, do níž jsou výsledky jednotlivých kroků této metody zaznamenávány (5, 26).

Teorie ošetrovatelského procesu je založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka, které jsou narušené probíhajícím onemocněním a jejich plánovitému uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativní ošetrovatelské péče (17).

##### ***1.4.1 Historie ošetrovatelského procesu***

Termín ošetrovatelský proces poprvé použila Hallová v roce 1955. Od té doby se ošetrovatelským procesem zabývalo mnoho sester. Wiedenbachová v roce 1963 popsala tři kroky procesu: pozorování, poskytnutí pomoci a přesvědčení se o výsledcích poskytnuté péče. Poté Knowlesová navrhla pět atributů ošetrovatelské péče: odhal, zamysli se, rozhodni, vykonej a zhodnot'. V prvních dvou attributech sestra sbírá údaje

o pacientovi a analyzuje ho. Ve třetím vypracuje operativní plán. Ve čtvrtém plán realizuje a v pátém posuzuje pacientovu odpověď na ošetřovatelské zásahy (6).

Roku 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education, WICHE) uvádí pět kroků ošetřovatelského procesu: percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení. Komise označila ošetřovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. Roku 1967 Fakulta ošetřovatelství Katolické americké univerzity předložila čtyři součásti ošetřovatelského procesu: posuzování, plánování, zásah a vyhodnocení.

Využití ošetřovatelského procesu se do klinické praxe zavedlo roku 1973, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo Normy ošetřovatelské praxe a uvedlo pět částí ošetřovatelského procesu: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení, které se používají dodnes (6).

#### *1.4.2 Definice ošetřovatelského procesu a jeho význam*

Ošetřovatelský proces je základním kamenem moderního ošetřovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a vede sestru od technického pojetí ošetřovatelské péče zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině či komunitě. Realizace ošetřovatelského procesu poskytuje sestře mnohem silnější zpětnou vazbu – lepší kvalita péče i její pozitivní hodnocení nemocným zvyšují osobní pracovní motivaci sestry, která ji naplánovala a zajistila. Ošetřovatelský proces předpokládá změnu tradičního a zaběhnutého způsobu práce sester.

Ošetřovatelský proces je taktéž metodickým rámcem pro realizaci cílů v ošetřovatelství. Umožňuje sestře systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého pacienta v nemocniční i terénní péči. Tato metoda je řadou vzájemně propojených činností, které jsou vykonávány ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Tyto činnosti dávají sestře možnost, aby se samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosáhla tak stanovených cílů a mohla změřit pokrok, kterého pacient s její pomocí dosáhl. Tak může zhodnotit, zda-li byla ošetřovatelská péče účinná (9, 13).



Dále tato metoda vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik, které se používají při ošetřování nemocných. Sestry získají o nemocných mnohem více informací. Hlubší poznání pacienta jako osoby umožňuje sestře, aby ho nechápala jen jako „lékařskou diagnózu“, ale aby to pro ni byl člověk se svými individuálními problémy (9, 13).

Velký význam v ošetřovatelském procesu vidíme také v tom, že zvyšuje profesní pravomoc a kreativitu sester a přináší jim lepší pocit z provedené práce a seberealizace. Umožňuje každému, kdo o nemocného pečuje, více samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetřovatelského týmu vidí výsledky své konkrétní práce v individualizované péči, neplní jen pasivně pracovní povinnosti a lékařské ordinace (13).

Všechny komponenty ošetřovatelské péče jsou zcela adresné, takže každý člen z ošetřovatelského týmu nese odpovědnost za tu část péče, kterou je povinen u daného nemocného zajistit (3).

Koncepce ošetřovatelského procesu tvoří také základ správného přístupu ke zdravým či nemocným během profesní přípravy. Dává studentkám šanci, aby se v průběhu studia naučily komplexnímu pohledu na ošetřování nemocného, na práci s ním, s jeho rodinou i s komunitou (9, 13).

### ***1.5 Fáze ošetřovatelského procesu***

Ošetřovatelský proces probíhá v pěti fázích – posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Jednotlivé fáze se navzájem prolínají a systematicky se opakují (viz. Příloha 2). Sestra musí nejprve svého pacienta poznat a zjistit jeho problémy z ošetřovatelského hlediska, rozhodnout se pro vhodný způsob jeho ošetřování, zvolit správný přístup k němu a nakonec zhodnotit výsledný efekt poskytované péče. Souběžně s poskytovanou péčí sbírá další informace a nachází další nejvhodnější postupy v ošetřování tohoto nemocného. Každá fáze tvoří samostatnou jednotku, na kterou navazuje následující fáze, avšak přístup k ošetřovatelské péči musí sestra uplatňovat jako celek, průběh každého kroku je tedy ovlivňován kroky ostatními (17).

### *1.5.1 Fáze posouzení*

Ve fázi posouzení sestra zahajuje realizaci ošetřovatelského procesu a to posouzením zdravotního stavu a zjištěním individuálních potřeb klienta, rodiny či komunity. Cílem této první fáze je získání potřebných informací, které jsou důležité pro poskytování efektivní a plánované péče. Posouzení se vždy zaměřuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta. Pokud některá z potřeb klienta není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, je dysfunkční a mluvíme o ošetřovatelském problému. Ošetřovatelský problém je standardně pojmenován názvem ošetřovatelské diagnózy s kódem. V české literatuře i praxi se v prvním kroku metody vyskytuje jistá míra pojmové a obsahové nesourodosti. Existují publikace a pracoviště, které první fázi ošetřovatelského procesu a s ním související část ošetřovatelské dokumentace označují ne zcela správně jako ošetřovatelskou anamnézu. Analýzou odborných textů je možné dokázat, že takové pojmenování není přesné. Získání ošetřovatelské anamnézy je totiž pouze jednou z činností celého posouzení. Většina ze zahraničních autorů rozděluje posouzení na dvě oblasti. První oblastí je získání ošetřovatelské anamnézy nebo-li rozpomenutí, získání informací souvisejících s obdobím před přijetím klienta do ošetřovatelské péče. V druhé oblasti sestra posuzuje aktuální stav potřeb klienta. Pro zahájení aplikace ošetřovatelského procesu (při přijímání klienta do ošetřovatelské péče nebo i v jejím průběhu) je vhodné postupovat dle určitého schématu. Sestra prvně získá anamnestické údaje a to nejprve studiem zdravotnické dokumentace, což je moudré provést ještě před rozhovorem s klientem. Sestra tak získá informace, na které může při anamnestickém rozhovoru navázat. Na klienta samotného jistě působí seriózněji, když se sestra opakovaně neptá na záležitosti, o kterých již vypovídal a které jsou již v jeho zdravotní dokumentaci uvedeny. Takový postup může sestře pomoci dosáhnout důvěry a ochoty na anamnéze i posouzení aktuálního stavu potřeb spolupracovat. Následně sestra získá informace o klientovi strukturovaným anamnestickým rozhovorem. Ten slouží ke sběru informací o individuálních potřebách v předchozím období. Napřed je potřeba se zaměřit na diagnosticky významné informace a to jsou ty, které přispívají k potvrzení přítomnosti ošetřovatelské diagnózy. V dlouhodobé péči pak sestra může doplnit

informace od rodiny či partnera. Jsou případy, kdy má sestra v péči člověka, který není schopen adekvátní komunikace, trpí například poruchou vědomí, je amentní, je v nízké věkové kategorii nebo komunikuje znakovou řečí či nezná náš národní jazyk, potom je nutné rozhovor modifikovat. V těchto případech je třeba zvážit získání nebo doplnění informací od jeho blízkých. Někdy bude třeba zajistit asistenci tlumočnicka nebo je možné využít speciálních komunikačních postupů, které se v rámci multikulturního ošetrovatelství začínají rozvíjet i v České republice. V návaznosti na sběr anamnestických údajů probíhá rozpoznání určujících znaků, souvisejících faktorů nebo rizikových faktorů, tzv. diagnostických prvků, ošetrovatelských diagnóz. Pro tuto činnost sestra využívá několik metodik, ke kterým patří strukturovaný rozhovor, pozorování, screeningové vyšetření ošetrovatelských fenoménů, vyšetření testy a škálami a rozhovor s rodinou či partnerem. Zjištěné diagnostické prvky je nutné dokumentovat do speciálního formuláře, který je součástí ošetrovatelské dokumentace (5, 22).

### *1.5.2 Diagnostika*

Stanovení ošetrovatelské diagnózy vytváří druhou fázi ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelskou diagnózu určí sestra na základě vyhodnocení získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci a standardní pojmenování klientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně zvolená a naplánovaná ošetrovatelská péče. Diagnostikován je současný stav zdravotního stavu pacienta a tak ošetrovatelská diagnóza pomáhá při plánování vhodné ošetrovatelské péče, neboť sumarizuje výsledky hodnocení nemocného sestrou. Ošetrovatelská diagnóza může popisovat jak současné problémy, tak zdravotní problémy, které se mohou teprve objevit a které lze očekávat (1, 8, 14, 28).

Cílem ošetrovatelské diagnostiky není určovat nemoc a přebírat tím funkci lékaře, ale identifikovat poruchy potřeb klientů. Lékařská diagnóza určuje nemoc či poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza označuje, jak a do jaké míry nemoc ovlivňuje život postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké problémy a trápení mu působí. Ošetrovatelská diagnóza se mění podle změn pacientových reakcí

a schopností, zatímco lékařská diagnóza zůstává konstantní v průběhu trvání nemoci (5).

Diagnostický proces je proces rozboru a syntézy získaných poznatků, při nichž je využívána řada myšlenkových procesů, jako je objektivita, kritické myšlení, rozhodování a deduktivní usuzování. Diagnostický proces probíhá ve čtyřech fázích, kdy sestra utřídí a vyhodnotí informace, určí zdravotní problémy pacienta a potřeby ošetrovatelské péče, formuluje ošetrovatelské diagnózy a nakonec seřadí ošetrovatelské diagnózy podle priorit pacienta.

Při formulaci ošetrovatelské diagnózy je třeba, aby sestra vyjádřila vlastní problém a pravděpodobnou příčinu jeho vzniku. Je také vhodné stručně popsat, jak se daná ošetrovatelská diagnóza projevuje.

V ošetrovatelské praxi existují tři základní typy ošetrovatelských diagnóz. Pokud pacient nebo sestra verbálně vyjadřuje problém, který skutečně existuje, hovoříme o diagnóze aktuální. U některých nemocných může sestra zjistit vysoké riziko komplikací, nebo se problém projeví až po určité době, pak jde o diagnózu potenciální. Oba případy se mohou kombinovat a projevují se typickým obrazem společně a to jako diagnóza syndromová, nebo-li kombinovaná.

Ošetrovatelskou diagnózu může sestra vyjádřit volně svými slovy a to tak, že stručně popíše pacientův problém. V dnešním moderním ošetrovatelství se již setkáváme se snahou používat k označování problémů jednotnou terminologii podobně, jak je tomu v medicíně. Tyto mezinárodní snahy se koncentrují v několika významných mezinárodních sesterských organizacích, které se propracováním taxonomie ošetrovatelských diagnóz, nebo-li jednotným označováním diagnóz podle dohodnutých seznamů výhradně zabývají. Nejznámější je systém NANDA, vypracovaný a dlouhodobě řízený Americkou asociací pro ošetrovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association). Své místo našel i v Evropě a k účelu jeho modifikace pro evropské podmínky tak vznikla Evropská skupina pro ošetrovatelské diagnózy (14).

### *1.5.3 Plánování ošetrovatelské péče*

Ve třetí fázi ošetrovatelského procesu je stanoven plán ošetrovatelské péče. Je to systematická metoda, kdy jsou řešeny problémy nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. V ošetrovatelském plánu na základě ošetrovatelských diagnóz sestra stanoví cíle péče, způsoby, jakými bude společně s pacientem individuální problémy řešit a pořadí v jakém bude postupovat.

Během zavádění ošetrovatelského procesu do praxe se někdy setkáváme s připomínkou, že plánování ošetrovatelské péče zcela opomíjí lékařskou diagnózu a ordinace lékaře jsou odsouvány až na druhou kolej. Samozřejmě toto ošetrovatelský tým nesmí dopustit. Každý člen týmu je povinen zajistit všechny lékařské ordinace. Jelikož je ošetrovatelský proces postaven především na respektování individuality klienta, musí sestra aspektům lékařské diagnosticko-terapeutické péče věnovat při té ošetrovatelské zvýšenou pozornost a zahrnout je do plánu individualizované péče.

Plán ošetrovatelské péče předkládá celkový obraz o individuální péči. Měli by z něj být zřejmé vazby mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací i hodnocením jejího efektu. Ošetrovatelský plán má být sestaven tak, aby bylo možné ho podle potřeby měnit a doplňovat. Každý člen ošetrovatelského týmu musí být schopen z plánu vydedukovat, jakou péči nemocný vyžaduje a které potřeby byly či nebyly uspokojeny. Kvalita plánu ošetrovatelské péče je závislá na teoretických znalostech a praktických zkušenostech sestry, na očekávání pacienta či jeho rodiny a na dostupných možnostech (14).

Cíl, který si sestra stanovila na počátku plánování ošetrovatelské péče, vyjadřuje tělesný, psychický a nebo sociální stav pacienta. Stanovené ošetrovatelské cíle tvoří základ pro pozdější hodnocení účinnosti poskytnuté péče. Cíle také odrážejí to, co může pacient udělat sám pro sebe a co lze očekávat, že zajistí ošetrovatelský tým aktivní péčí. Součástí cíle je obvykle časový údaj pro jeho dosažení a přehodnocení. Cíle by měly být konkrétní a měřitelné, aby bylo možné objektivně zhodnotit dosažený výsledek poskytnuté péče. Vždy je třeba, aby sestra stanovila cíle reálné, pro jejichž dosažení má podmínky. Sestra nesmí zapomínat, že ošetrovatelské cíle nejsou dané pro celou dobu

hospitalizace, ale s měnícím se stavem pacienta se mění i cíle a to v závislosti na efektu poskytované péče a změnách jeho potřeb (14).

#### *1.5.4 Realizace ošetrovatelského procesu*

Fáze, během které realizujeme ošetrovatelský plán, je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Propojuje jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu v jeden dynamický celek, protože pokud není naplánovaná individuální péče realizována, nepociťuje nemocný žádné zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces se stává spíše administrativní záležitostí. Ve fázi realizace se činnost ošetrovatelského týmu zaměřuje na dosažení naplánovaných cílů individualizované péče. Realizace péče závisí na tom, jak kvalitně je vypracovaný ošetrovatelský plán. Z těchto důvodů sestra maximálně využívá spolupráce a schopností pacienta, tedy pracuje s pacientem a ve prospěch pacienta.

Při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe je tato fáze sestřím nejbližší, protože je spojena s konkrétní péčí o nemocného. Sestry se v ní cítí jistější, než v předchozích fázích, kde se od nich očekává větší odbornost, samostatnost a tvořivost.

Ve fázi realizace se lze setkat se třemi způsoby ošetrovatelské péče. A to se způsoby kdy ošetrovatelský tým pod vedením skupinové nebo primární sestry poskytuje nemocnému individuální péči podle předem vytvořeného plánu a dokumentuje její provedení, nebo kdy plán může být přehodnocen a upraven podle momentální situace a nebo se také můžeme setkat se situací, kdy ošetrovatelský tým poskytuje neplánovanou péči, neboť stav pacienta i informace o něm se mohou dynamicky v průběhu ošetrovatelského procesu změnit. O této neplánované péči je zapotřebí provést záznam a informovat primární nebo skupinovou sestru, pokud během těchto neplánovaných úkonů nebyla přítomna (14).

#### *1.5.5 Hodnocení poskytované péče*

Poslední fází ošetrovatelského procesu je hodnocení efektu péče, která byla poskytnuta podle individuálního plánu (14).

Hodnocení je podle Světové zdravotnické organizace založeno na určení specifických výsledných kritérií, které sestře umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení také poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k vyhledávání dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, to znamená stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovatelských intervencí, které jsou stanovené v ošetrovatelských plánech.

Hodnocení je důležité i proto, že pomáhá ošetrovatelskému týmu zjistit účinnost nebo neúčinnost poskytované péče tím, že analyzuje vliv různých ošetrovatelských výkonů na dosažení stanovených cílů a tak usnadňuje rozhodnutí pro další vhodný krok.

Zpětný pohled na poskytnutou péči nám dává informace i o tom, že je například zapotřebí lépe vzdělávat ošetrovatelský personál nebo že práce sester není dobře organizována.

Hodnocení je nepostradatelné k uzavření každého cyklu ošetrovatelského procesu. O tom, zda byla plánovitě poskytovaná péče skutečně účinná, se přesvědčíme, porovnáme-li její výsledek s jednotlivými fázemi procesu.

Hodnocení výsledného efektu péče provádí jak sestra, tak pacient. Sestra se především snaží získat objektivní hodnoty, které svědčí o pozitivním, žádném nebo negativním účinku péče. Při hodnocení si sestra také všímá, do jaké míry se na účinnosti poskytnuté péče podílel pacient, případně jeho rodina či blízké okolí a jakou odpovědnost za dosažení či nedosažení cílů nesou další pracovníci týmu. Nemocný při hodnocení péče subjektivně vyjadřuje svoje pocity. Spoluúčast pacienta na hodnocení poskytované péče je stejně důležitá jako ve všech ostatních fázích ošetrovatelského procesu. Sestra by měla s pacientem hovořit o tom, co bylo účinné a co naopak ne. Je důležité, aby sestra měla zpětnou vazbu od člověka, který přijímá ošetrovatelskou péči a aby věděla, jak on sám vnímá, do jaké míry bylo cíle dosaženo. Pokud má pacient pocit, že cíle dosaženo nebylo a tak nebyly uspokojeny jeho potřeby, může nám účinně pomoci najít jiný vhodný způsob řešení.

Během hodnocení dodržujeme postup, kdy dosažené výsledky porovnáme s plánovanými cíli, pokud je to možné, změříme efekt plánovaných ošetrovatelských

zákroků pomocí specifických ošetrovatelských metod a v případě, že cíle nebylo dosaženo, změníme na základě výsledku hodnocení plán péče (14).

Jestliže nebylo dosaženo očekávaných výsledků, je velmi dobré, diskutovat o problematice nemocného s ostatními členy ošetrovatelského či zdravotnického týmu na pravidelných poradách. Jejich individuální pohled na pacienta a jejich zkušenosti mohou přispět ke vhodné korekci ošetrovatelského plánu (14).

### ***1.6 Dokumentace v ošetrovatelském procesu***

Ošetrovatelská (sesterská) dokumentace je nezbytnou součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném a tak tvoří významnou složku celého ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech poskytované péče, o péči samotné a jejích výsledcích. Tato dokumentace také zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče, dává sestřám chronologický přehled o poskytované péči. Prostřednictvím ošetrovatelské dokumentace si mohou sestry předávat veškeré informace o nemocném a na jejím základě je nám umožněno hodnotit účinnost či neúčinnost různých ošetrovatelských zákroků a proto je tak důležitá pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče. Sesterská dokumentace je také zdrojem hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování a poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum.

Všechny tyto informace mohou velmi dobře sloužit nejen sestřám, které nemocného ošetrují, ale také lékařům a ostatním členům zdravotnického týmu. Právě z těchto důvodů má být veškerá dokumentace o nemocném vždy pohromadě a dostupná všem, kteří ji mohou využít ve prospěch nemocného. Separovaná sesterská dokumentace plní svůj účel jen částečně (13).

Ošetrovatelská dokumentace by se měla skládat z minimálně pěti komponent, k nimž se řadí dokumentované posouzení stavu individuálních lidských potřeb (strukturované dle diagnostických domén NANDA taxonomie II s přiloženými vyplněnými formuláři použitých testů či škál a výsledky screeningového vyšetření



sestrou), individuální plán ošetrovateľskej pēče, dokumentování realizace ošetrovateľskej pēče, denn záznamy (hlsnen sestery) a pēekladv a propouštěcí zpráva sestry (6, 19).

### **1.7 Aliance NNN**

V roce 1997 se uskutečnilo prvn pracovní setkání tm NANDA – North American Asociacion for Nursing Diagnosis (Severoamerick asociace pro ošetrovateľskou diagnostiku), NIC – Nursing Interventions Classification (klasifikace ošetrovateľských intervencí) a NOC – Nursing Outcomes Classification (klasifikace ošetrovateľských cílů). To znamenalo propojen výsledků tch zmnnch klasifikací a tak vzniká produkt se standartními názvy ošetrovateľských diagnóz, ke kterm jsou pridleny vhodn ošetrovateľsk cíle a intervence. Autori odborn literatury hovor o vzniku unifikovaného ošetrovateľskho jazyka.

Propojen ˇinnost zastrešuje skupina odborníků pod názvem Aliance NNN. Název je odvozen od prvnch písmen projektů NANDA, NIC a NOC. NANDA udává směr k vývoji materiálu pro přesnou ošetrovateľskou diagnostiku, NIC pomáhá rozvíjet rozshl soubor ošetrovateľských intervencí a NOC se věnuje vývoji cílů ošetrovateľskej pēče, ke kterm jsou zpracována hodnotící kritéria (5).

#### **1.7.1 NANDA – North American Asociacion for Nursing Diagnosis**

Společensko historick situace období po druhé svtov válce ve Spojených státech amerických vytvorila dobr podmínky k historickm zmnm v pojetí oboru ošetrovateľství. Byly vylepšeny jeho teoretick prvky, zskan poznatky oboru byly vyvíjeny a kultivovány vědním způsobem a tak se otevrila cesta k rozvoji ošetrovateľskej vždy. Tehdejs situaci doprovázel vrazn nedostatek zdravotníků a státní instituce se obvaly o zajištění kvalitn pēče o zdrav populace. To vše vytvorilo ˇivnou pdu pro rozvoj oboru, jeho paradigmat i terminologie a pro postupnou transformaci ošetrovateľství směrem k vědnímu oboru. Po téměř sto letech mohly být oživeny myšlenky britsk autorky Florence Nightingaleov, kter jř ve své době konstatovala, že ošetrovateľství a ošetrovateľsk pēče nejsou vymezovány pouze lkařskm rozhodnutím (6).

Jako součást zmíněného období se postupně začala rodit koncepce ošetrovatelské diagnostiky. V roce 1950 se odborníci v zahraniční literatuře zmiňují o pojmu „ošetrovatelská diagnóza“. Do té doby byla ošetrovatelská péče popisována pouze jako série úkolů sester vedených lékařem. Ošetrovatelská praxe byla asistenční, vycházela ze zaměření na chorobu, kterou léčili lékaři. Určitá samostatnost sester s typickou orientací na holisticky vnímanou lidskou bytost se specifickými potřebami ovlivněnými prostředím a kulturou, chyběla.

Pro mnohé odborníky i laiky bylo nutné objasnit funkce sester a smysl ošetrovatelské péče. Nastaly diskuze o činnostech sester, které mají konat. Autorka McManusová v roce 1950 prezentovala, že funkcemi profesionální sestry jsou identifikace a diagnostikování ošetrovatelských problémů a výběr ošetrovatelských aktivit vedoucích k řešení problému. Kingová v roce 1967 titulem „Co je to ošetrovatelská diagnóza?“ připravila odbornou veřejnost o tradiční myšlenku, že diagnostický proces používají pouze lékaři. Přínosem k této problematice byly také práce autorek Abdellahové, Gebbieové, Kingové, Lavinové, Rothbergové a dalších. Velké množství odborných zahraničních autorů uznalo, že i v ošetrovatelství je zapotřebí specifického klinického úsudku a jasné identifikace problémů řešených ošetrovatelskými intervencemi.

Tento vývoj událostí s sebou přinesl rozvoj ošetrovatelské diagnostické terminologie, která byla do té doby naprosto nejasná. Proto se v roce 1973 uskutečnila První národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, na niž navazovala řada dalších aktivit. Mezi ně patří i vznik asociace NANDA, do které se dnes začleňují sestry ze Severní a Jižní Ameriky, Kanady, Evropy i Asie. Americko – kanadské aktivity dosáhly řady významných změn a stále jsou hybnou silou dění (6).

V roce 1974 byl vydán první konferenční sborník, který je od té doby vydáván každé dva roky. Rokem 1977 byla pod vedením Callisty Royové zahájena týmová práce sester teoretiček, které se zaměřily na vývoj organizačního systému diagnostické terminologie. Následně tato skupina prezentovala řadu odborných prací. V roce 1982 Callista Royová spolupracovala s významnými autorkami jako je například Margaret Newmanová, Martha Rogersová, Dorothea Oremová a Imogene Kingová a společně

s nimi prezentovala NANDA asociaci a jejímu výboru pro taxonomii nově uspořádaný rámec (stavbu, strukturu či systém) ošetřovatelské diagnostiky, který nazvaly Patterns of Unitary Man – Vzorce unitárního člověka. Po nějaké době byly přejmenovány na Vzorce lidských reakcí (výměna, komunikace, vztahování, výběr, oceňování, pohyb, vnímání, vědění a cítění).

V roce 1986 byla zahájena činnost výboru pro revizi ošetřovatelských diagnóz a za předsednictví Lindy Carpenitové postupoval ve shodě se Směrnicemi k přezkoumání ošetřovatelských diagnóz ustanovených taxonomií I. Ve stejném roce byla NANDA diagnostická klasifikace zaslána Světové zdravotnické organizaci za účelem jejího zahrnutí do mezinárodní klasifikace onemocnění (MKO).

Práce na vývoji nové terminologie a diagnostiky pokračovaly. V roce 1987 byla NANDA taxonomie I, za přispění Phyllis Kritekové, publikována a odborná veřejnost si ji osvojila pod pracovním názvem „Oranžová kniha“ (Orange Book). Vydávání oficiálního NANDA periodika Nursing Diagnosis bylo započato v roce 1990 a jeho název byl v roce 1997 upraven na Nursing Diagnosis – The Journal of Nursing Language and Classification.

Na základě výsledků testování obsahu i organizační struktury taxonomie I v praxi, při kterém mnoho sester uvedlo nízkou míru klinické využitelnosti struktury devíti vzorců lidských reakcí byl v roce 2000 výborem pro taxonomii předložen systém nový. Je založen na struktuře diagnostických domén, které se odrážejí ve Funkčních vzorcích zdraví Majory Gordonové a vznikla tak vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů nazvaná NANDA taxonomie II.

Popisované události jsou typické předně pro anglosaské země, ale podobný vývoj se s mírnou časovou prodlevou odehrával i v dalších vyspělých zemích Evropy i Asie (6).

Studium ošetřovatelské diagnostiky a s ním spojené používání ošetřovatelských diagnóz NANDA je v českém kontextu záležitostí, která se začala rozvíjet od začátku devadesátých let 20. století. Do té doby v českém i slovenském kontextu a v zemích východní Evropy informovanost o rozvoji problematiky v zahraničí vážla. Situace byla silně ovlivněna vývojem politického dělení světa po druhé světové válce. Po nástupu

hospodářsko-politických změn bylo v těchto zemích zahájeno studium ošetrovatelské teorie, ošetrovatelské diagnostiky a funkcí sester. Nároky, které jsou předloženy ve směrnicích Evropské unie pro nelékařská povolání ve zdravotnickém sektoru, transformaci podporují. Postupně by měli všichni zdravotničtí profesionálové přijmout fakt, že zaměření ošetrovatelské péče vychází z ošetrovatelské diagnostiky (6).

### *1.7.2 NIC – Nursing Interventions Classification*

Klasifikace ošetrovatelských intervencí NIC je zařazena mezi projekty vedené Centrem pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) Univerzity Iowa v USA. Byla založena v roce 1995 a má podpořit výzkum v oblasti ošetrovatelských klasifikací NIC a NOC, který probíhá už od roku 1987. Každá NIC ošetrovatelská intervence navazuje na diagnostické konstatování vyjádřené NANDA terminologií.

Intervence jsou seřazeny z pohledu abstrakce ve třech úrovních taxonomické struktury. Nejvyšší úroveň představují domény a do úrovně nejnižší patří vysoce konkrétní ošetrovatelské intervence se sumou aktivit. K sedmi doménám zařazujeme: doménu fyziologickou základní, fyziologickou komplexní, behaviorální, doménu bezpečí, doménu rodiny, doménu zdravotnického systému a doménu komunity. Uvnitř domén je sestaveno 30 tříd a v nich pak jednotlivé ošetrovatelské intervence. Domény, třídy i intervence mají své definice a každá intervence má přidělen specifický čtyřčíselný kód.

System NIC lze široce využít a to hlavně v ošetrovatelské dokumentaci, při komunikaci o péči i k hromadění dat o ošetrovatelské praxi napříč zdravotními systémy a odděleními. Je vhodný k monitorování efektivnosti ošetrovatelské péče, k produktivnímu měření a kompetentnímu hodnocení poskytované ošetrovatelské péče.

Název intervence, který sestavil tým NIC, je uveden standardizovanou terminologií a není možné ho měnit, ale činnosti, které spadají pod danou intervenci, je naopak vhodné v adekvátní míře modifikovat a to v souvislosti s aktuálními potřebami klienta a za účelem poskytování individuálně plánované a konané ošetrovatelské péče (5).

System nabízí dvě kategorie intervencí a to přímé a nepřímé. Mezi intervence přímé ošetrovatelské péče patří: intervence fyziologické (například intervence číslo 1910 – Management acidobazické rovnováhy), psychosociální (například intervence číslo 5820 – Redukce úzkosti), léčebné (například intervence číslo 2130 – Management hypoglykémie), preventivní (například intervence číslo 6490 – prevence pádu) a intervence na podporu zdraví (například intervence číslo 0200 – Podporování cvičení). Mezi intervence nepřímé ošetrovatelské péče, vycházející hlavně z ordinace lékařů, je možné zařadit například intervenci číslo 2304 – Podávání léčiv per os.

NIC klasifikace zahrnuje veškeré činnosti poskytované sestrou. Jedná se o intervence sahající do základní péče, až po intervence péče vysoce komplexní a specializované (5, 27).

### *1.7.3 NOC – Nursing Outcomes Classification*

Klasifikace očekávaných výsledků ošetrovatelské péče je dalším z projektů Centra pro ošetrovatelskou klasifikaci a klinickou efektivnost (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness) Univerzity Iowa. Je standardizovanou klasifikací, která je vyvíjena pro vyhodnocování efektu cílů ošetrovatelské péče (5).

V posledním vydání NOC klasifikace je publikováno 330 standardizovaných výsledků péče. Jednotlivé výsledky jsou sestaveny v sedmi doménách – fyzické zdraví, fyziologické zdraví, psychosociální zdraví, znalosti o zdraví, chování, pochopení zdraví a komunitní zdraví. V doménách je obsaženo 31 tříd a jednotlivé výsledky, které jsou do nich zařazené, jsou přesně definovány, abecedně seřazeny a označeny číselným kódem. Zahrnují také soubor indikátorů, nebo-li hodnotitelných fenoménů a škálu pro vyhodnocení dosaženého stavu klienta. Každý standardizovaný výsledek má svůj čtyřčíselný kód, který tvoří základ číselné identifikace. Pod výsledek také spadají indikátory, které pak čtyřčíselný kód mění na šestičíselný (5, 27).

Důraz na výkonnost a efektivitu péče o zdraví populace vyústila v nutnost definovat měřitelné očekávané výsledky u klienta. Tyto výsledky mají v multidisciplinární péči více dimenzí a žádná z nich nemůže být ignorována. Jednou z těchto dimenzí jsou i výsledky, kterých bylo dosaženo realizací ošetrovatelské péče,

proto se v dnešní době na mezinárodní úrovni pracuje na této klasifikaci očekávaných výsledků (8).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit jaký postoj zaujmají sestry k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe na standardních odděleních v nemocnici Frýdek – Místek p. o.
2. Zjistit znalosti sester o ošetrovatelském procesu potřebných k jeho zavedení do praxe na standardních odděleních v nemocnici Frýdek – Místek p. o.

### **2.2 Hypotézy práce**

H1: Sestry souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe na standardních odděleních v Nemocnici Frýdek – Místek p. o.

H2: Sestry vnímají zavedení ošetrovatelského procesu do praxe na standardních odděleních v Nemocnici Frýdek – Místek p. o. jako přítěž pro administrativní práci sestry.

H3: Sestry si myslí, že díky zavedení ošetrovatelského procesu do praxe selepší kvalita péče o klienta na standardních odděleních v Nemocnici Frýdek – Místek p. o.

H4: Sestry souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí klientovy skutečné problémy.

H5: Sestry souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí klientovy potenciální problémy.

H 6: Sestry na standardních odděleních v Nemocnici Frýdek – Místek p. o. nemají znalosti o ošetrovatelském procesu.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Ke sběru dat pro zjištění stanovených cílů a hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Sběr dat proběhl pomocí dotazníku, který obsahoval 27 otázek. Dotazník byl anonymní. Otázka 1 až 3 jsou uzavřené a sloužily k identifikaci zkoumaného vzorku. Otázky 4 až 13 jsou otázky vědomostní a odhalily znalosti sester v oblasti teorie a problematiky ošetrovatelského procesu. Otázkami 14 až 27 jsme chtěli zjistit názor a postoj sester k zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. Dotazníky byly rozdány na vybraných standardních odděleních Nemocnice Frýdek – Místek p.o. a to z toho důvodu, že v období našeho výzkumu se v tomto zařízení začínal ošetrovatelský proces zavádět a tak jsme měli možnost zachytit čerstvé názory a postoje sester k této metodě. Výzkumné šetření bylo doplněno o pozorování, které taktéž probíhalo ve frýdecko – místecké nemocnici a to během individuální praxe v měsících červenec a srpen 2007.

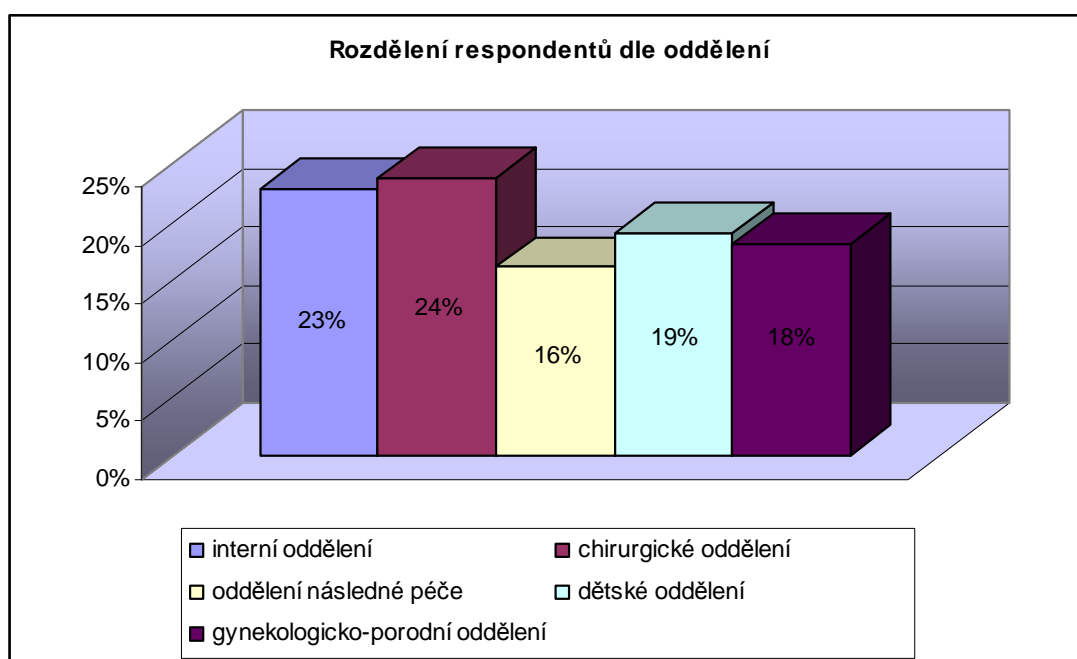
#### ***3.1 Charakteristika výzkumného souboru***

Sledovaný soubor tvořily sestry pracující na vybraných standardních odděleních a to na interním, chirurgickém, gynekologicko-porodním, dětském oddělení a na oddělení následné péče v Nemocnici Frýdek – Místek p.o. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho jsem obdržela 107 dotazníků zpět, 3 se nevrátily vůbec. Vyplněno bylo 107 dotazníků a 2 jsem musela pro neúplnost vyřadit. Zpracováno bylo tedy 105 dotazníků. Návratnost byla 97%.



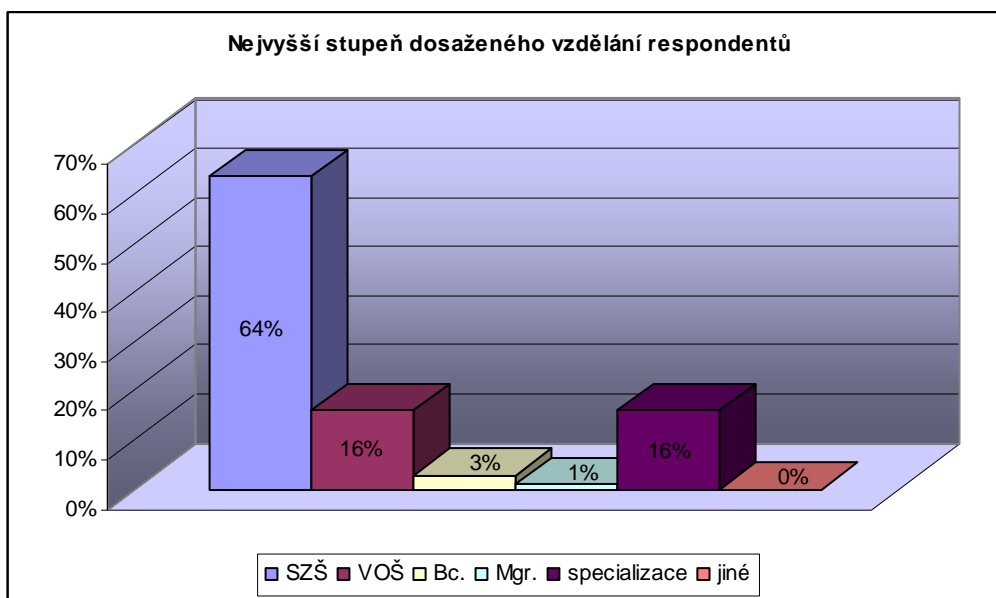
## 4. Výsledky

**Graf 1 Rozdělení respondentů dle oddělení**



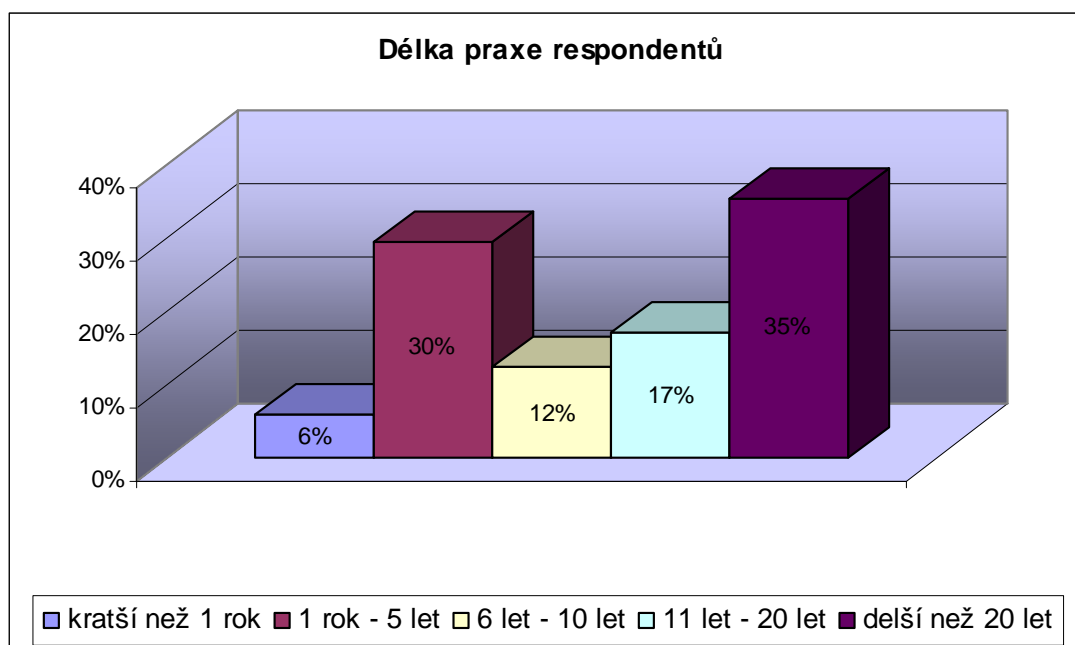
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 24 (23 %) pracuje na interním oddělení, 25 (24 %) respondentů na chirurgickém oddělení, 17 (16 %) respondentů na oddělení následné péče, 20 (19 %) respondentů na dětském oddělení a poslední skupinu tvoří 19 (18 %) respondentů z gynekologicko-porodnického oddělení.

**Graf 2 Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání respondentů**



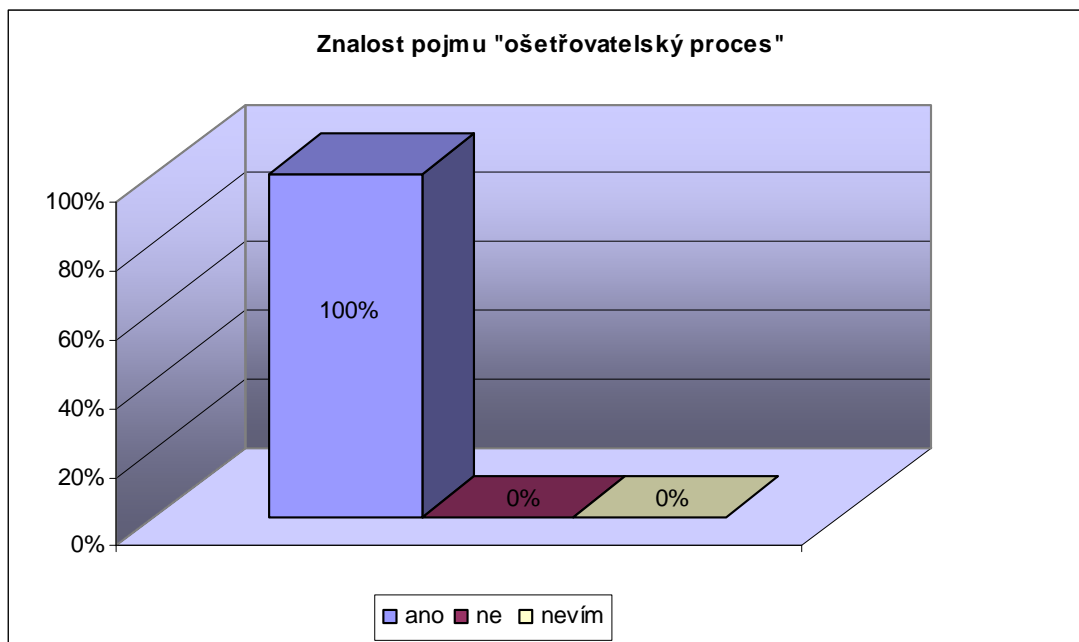
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů dosáhlo 67 (64 %) středně zdravotnického vzdělání, 17 (16 %) respondentů dokončilo studium na vyšší odborné škole, 3 respondenti (3 %) dostudovali bakalářské studium na vysoké škole, 1 (1 %) respondent dokončil magisterské studium, 17 (16 %) respondentů získalo specializaci v oboru a odpověď „jiné“ nezvolil žádný z dotazovaných (0 %).

**Graf 3 Délka praxe respondentů**



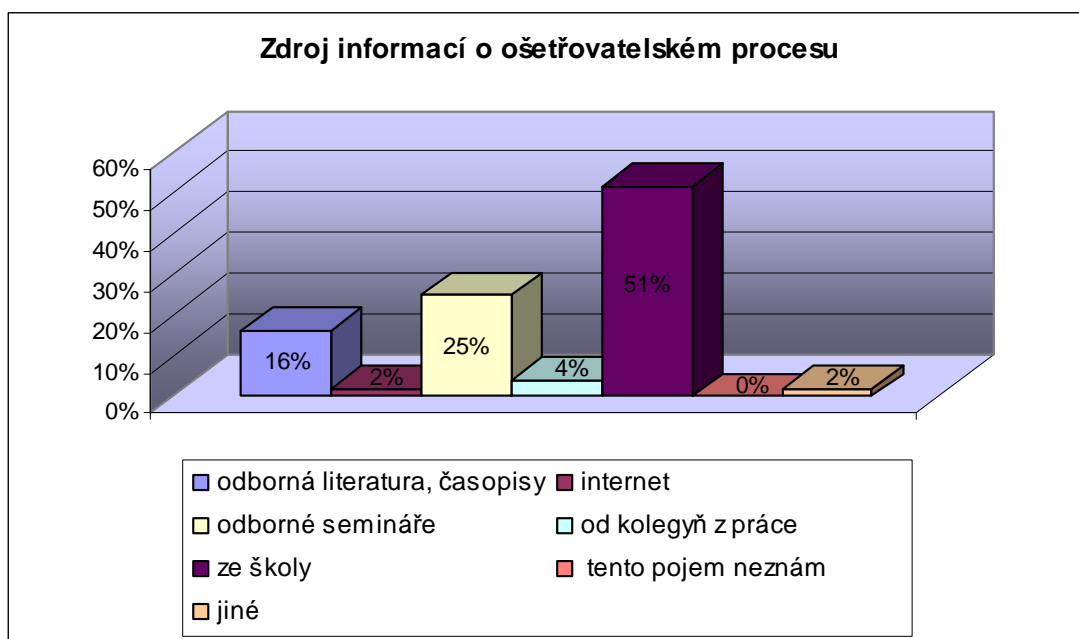
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 6 (6 %) pracuje ve zdravotnictví kratší dobu než 1 rok. Respondentů, jejichž praxe je dlouhá 1 rok až 5 let je 31 (30 %). Po dobu 6-ti až 10-ti let pracuje ve zdravotnictví 13 (12 %) respondentů. 18 (17 %) respondentů má praxi 11 až 20 let a 37 (36 %) respondentů má praxi delší než 20 let.

**Graf 4 Znalost pojmu „ošetřovatelský proces“**



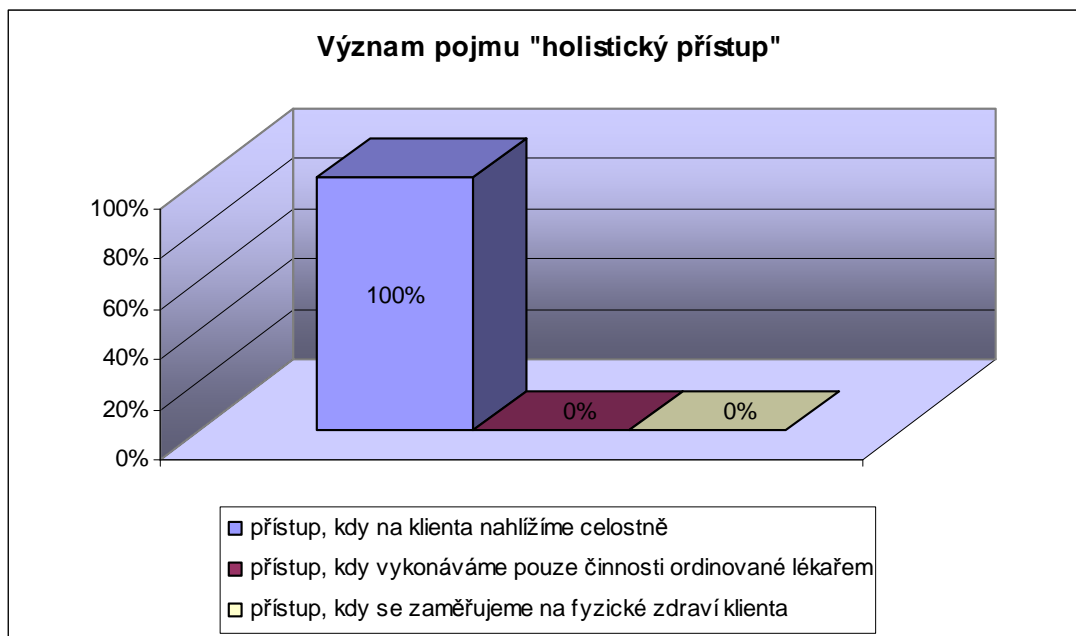
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů všichni (100 %) odpověděli, že znají pojem „ošetřovatelský proces“.

**Graf 5 Zdroj informací o ošetrovatelském procesy**



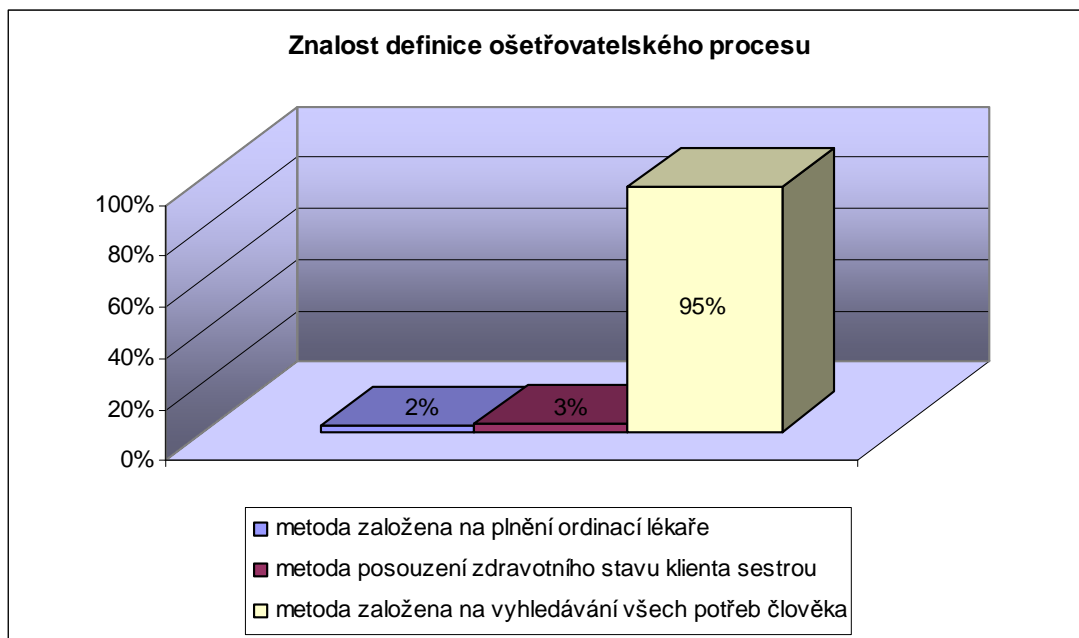
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 17 (16 %) poprvé získalo informace o ošetrovatelském procesy z odborné literatury či časopisů, 2 (2 %) z internetu, 26 (25 %) z odborných seminářů, 4 (4 %) od kolegyň z práce, 54 (51 %) ze školy a 2 (2 %) respondenti zvolili odpověď „jiné“.

**Graf 6 Význam pojmu „holistický přístup“**



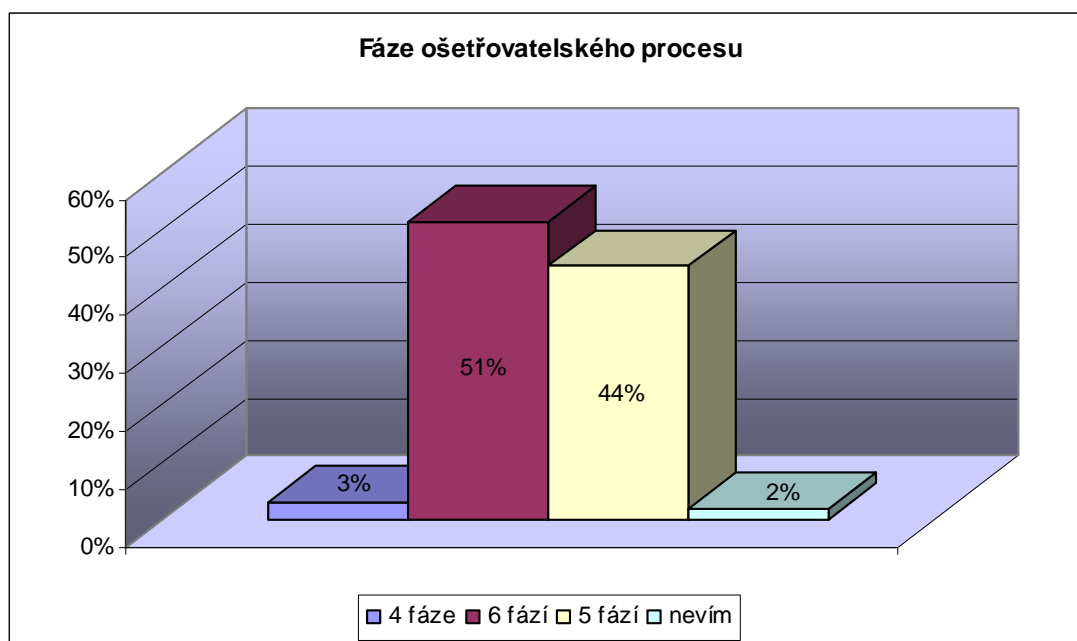
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů se všichni (100 %) domnívají, že holistický přístup je ten, kdy na klienta nahlížíme celostně, jako na bio-psycho-socio-spirituální jednotku.

**Graf 7 Znalost definice ošetrovatelského procesu**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů se 2 (2 %) domnívají, že ošetrovatelský proces je metoda založena na plnění ordinací lékaře, 3 (3 %) odpověděli, že ošetrovatelský proces je metoda posouzení zdravotního stavu klienta sestrou a 100 (95 %) respondentů ví, že ošetrovatelský proces je metoda založena na vyhledávání bio-psycho-socio-spirituálních potřeb člověka.

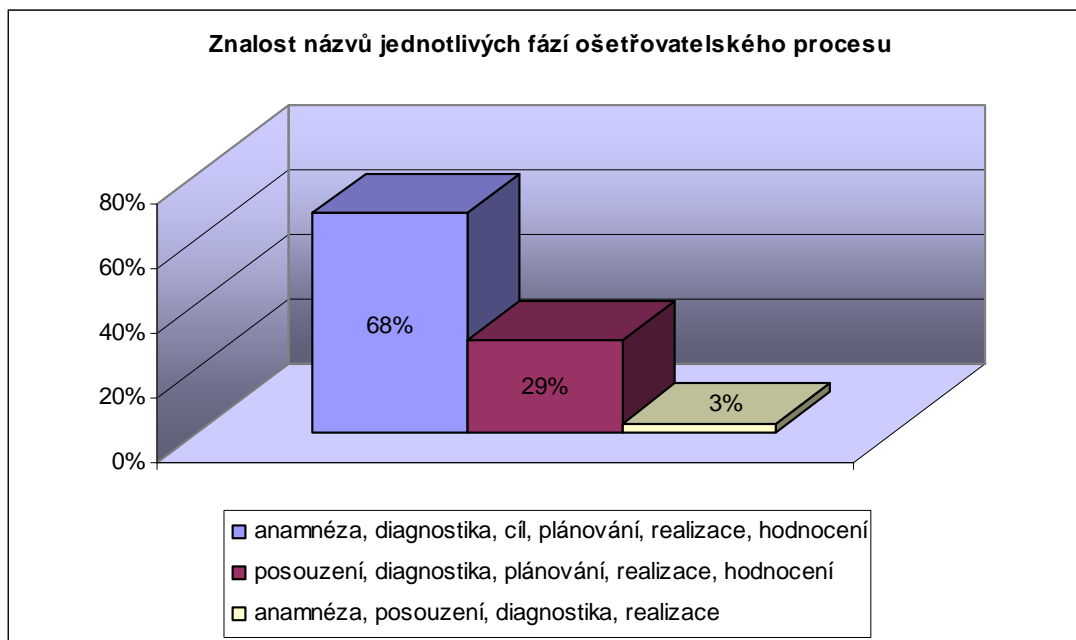
**Graf 8 Fáze ošetrovatelského procesu**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 3 (3 %) odpověděli, že ošetrovatelský proces má 4 fáze, 54 (51%) respondentů se domnívá, že ošetrovatelský proces obsahuje 6 fází, 46 (44 %) respondentů správně označilo odpověď, ve které je uvedeno, že ošetrovatelský proces probíhá v 5-ti fázích a 2 (2 %) respondenti uvedli, že během ošetrovatelského procesu pracují ve 4 fázích.

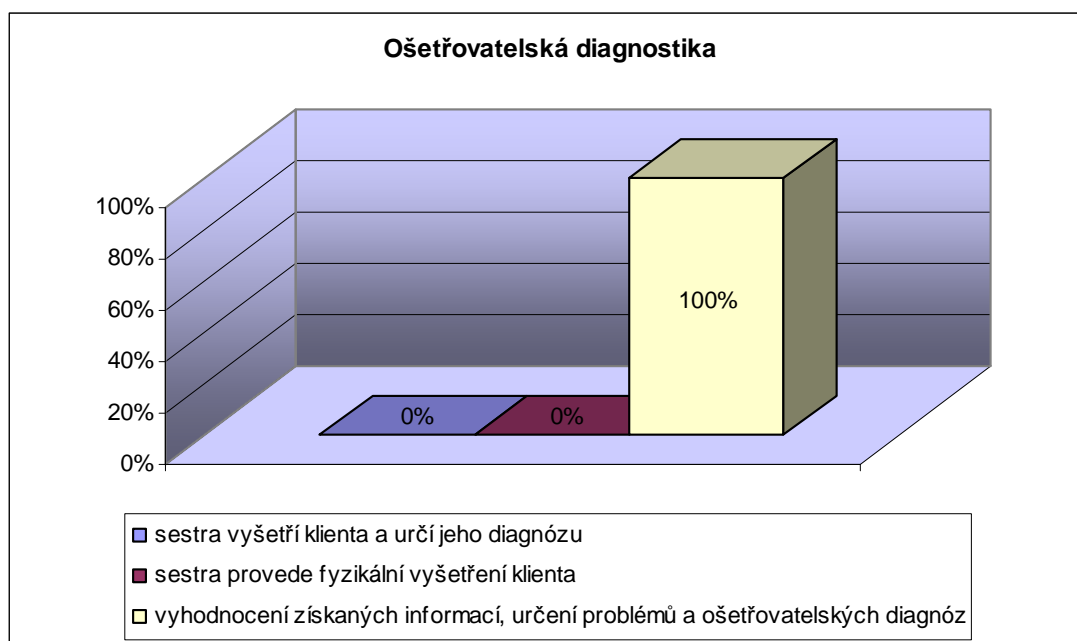


**Graf 9 Znalost názvů jednotlivých fází ošetrovatelského procesu**



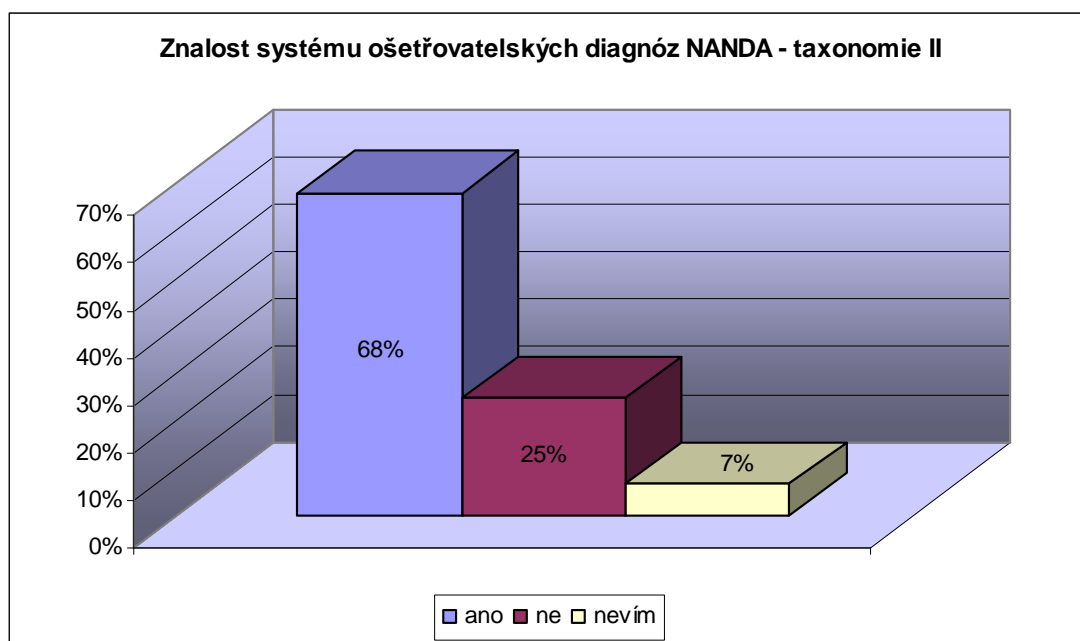
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů se 72 (68 %) domnívá, že jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu se nazývají ošetrovatelská anamnéza, diagnostika, určení cíle ošetrovatelské péče, plánování, realizace a hodnocení. 30 (29 %) respondentů odpovědělo správně, že mezi fáze ošetrovatelského procesu patří posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. 3 (3 %) respondenti zvolili odpověď, ve které je uvedeno, že názvy jednotlivých fází ošetrovatelského procesu jsou ošetrovatelská anamnéza, posouzení, diagnostika a realizace.

**Graf 10 Ošetřovatelská diagnostika**



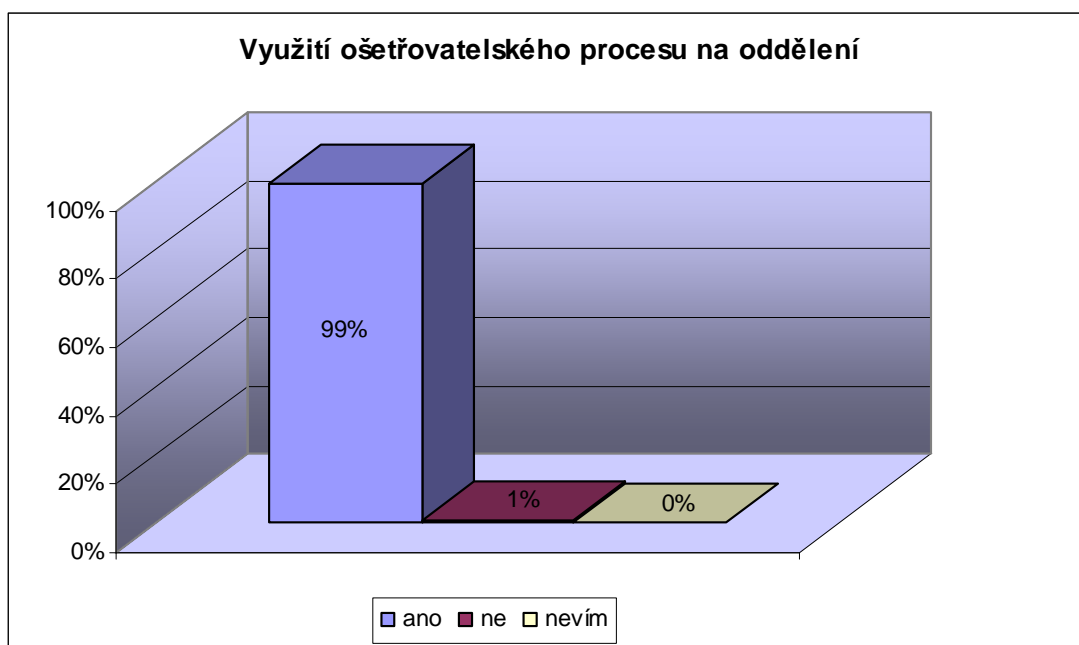
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů všichni (100 %) uvedli, že ošetřovatelská diagnostika je proces, kdy sestra vyhodnotí získané informace o klientovi, určí jeho problémy, které zformuluje do ošetřovatelské diagnózy a nakonec je seřadí podle priorit klienta.

**Graf 11 Znalost systému ošetrovateľských diagnóz NANDA – taxonomie II**



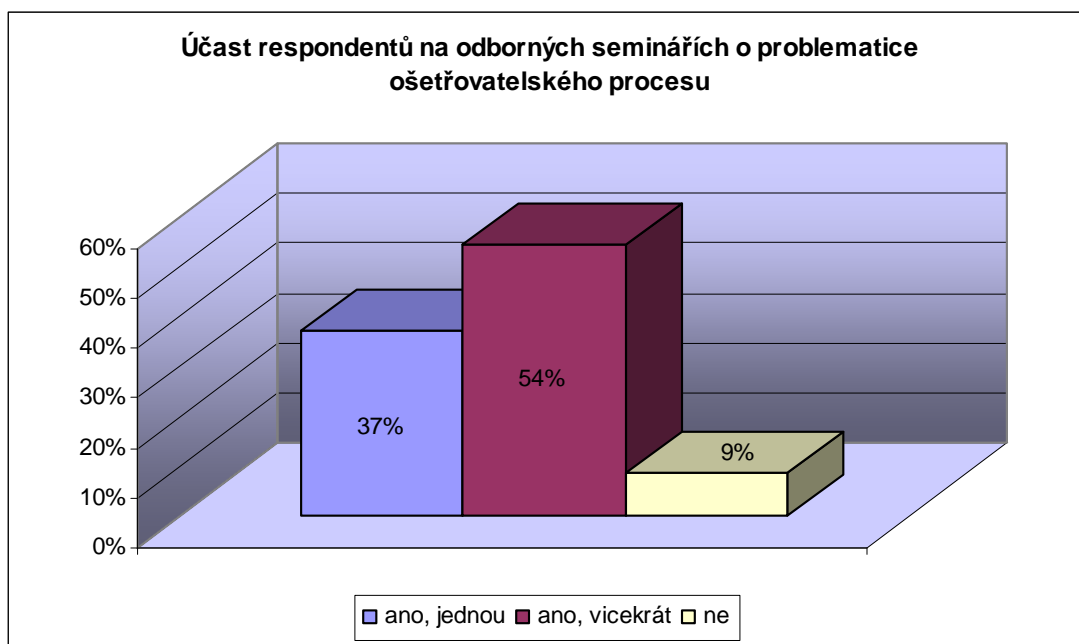
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 72 (68 %) zná systém ošetrovateľských diagnóz NANDA – taxonomie II. 26 (25%) respondentů tento systém nezná a 7 (7 %) respondentů uvedlo, že neví zda-li systém NANDA – taxonomie II zná či ne.

**Graf 12 Využití ošetrovatelského procesu na oddělení**



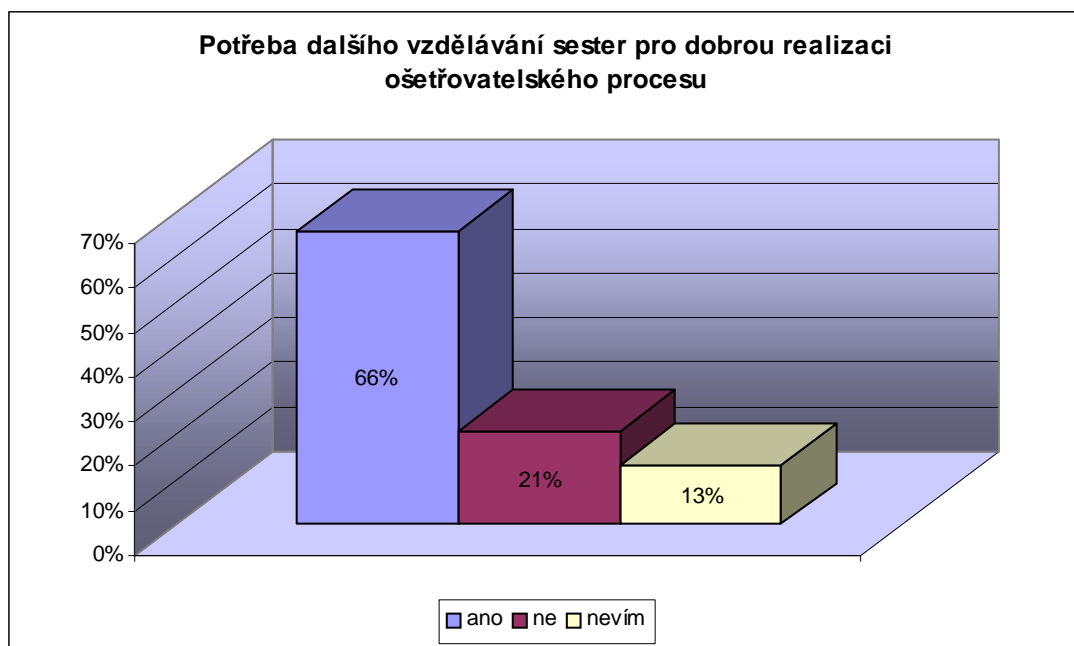
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 104 (99 %) odpověděli, že ošetrovatelský proces je využíván na jejich oddělení jako pracovní metoda ošetrovatelské péče, pouze 1 (1 %) respondent se domnívá, že tomu tak není.

**Graf 13 Účast respondentů na odborných seminářích o problematice ošetrovatelského procesu.**



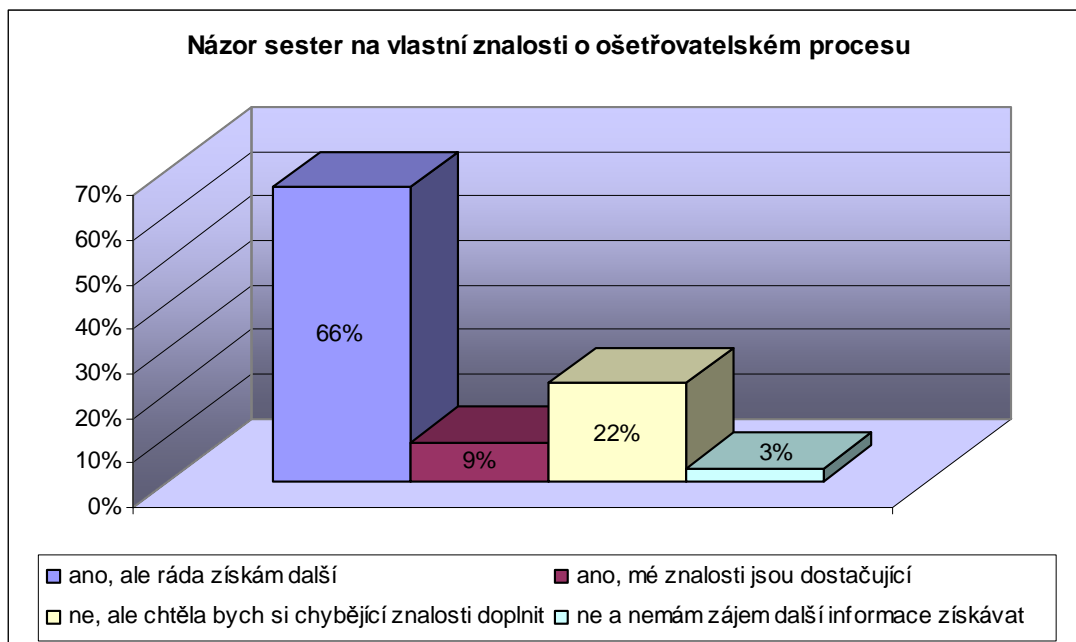
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů se 39 (37 %) zúčastnilo alespoň jednou odborného semináře o problematice ošetrovatelského procesu. 57 (54 %) respondentů uvedlo, že se odborného semináře zúčastnili vícekrát a 9 (9 %) respondentů se těchto seminářů nezúčastnilo vůbec.

**Graf 14** Potřeba dalšího vzdělávání sester pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu



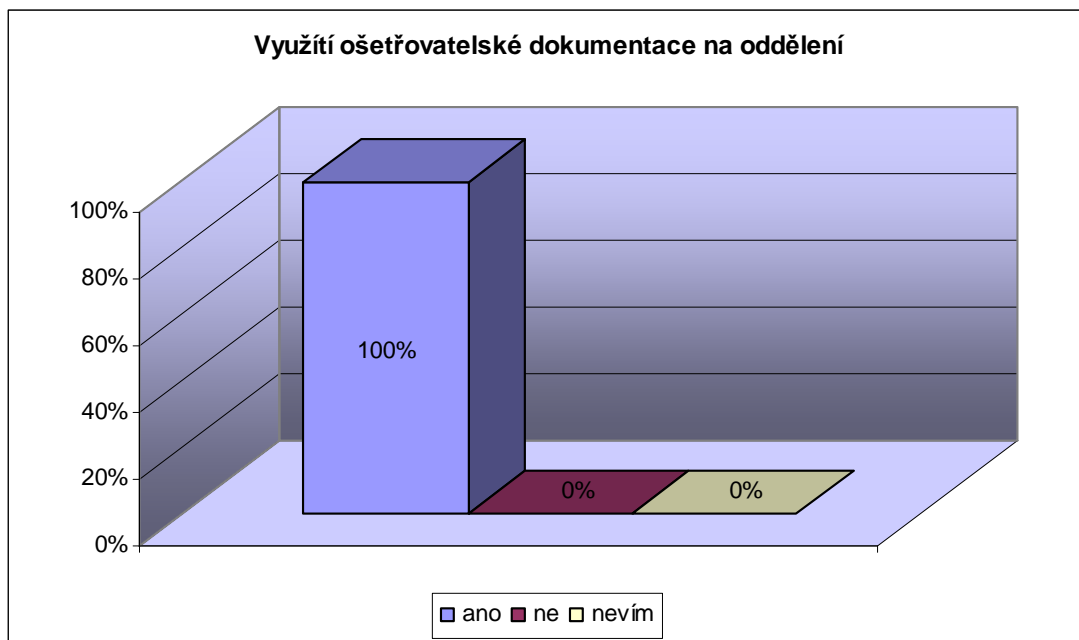
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 69 (66 %) myslí, že pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu je zapotřebí dalšího vzdělávání sester. 22 (21 %) respondentů jsou toho názoru, že se pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu sestry nemusí dále vzdělávat a 14 (13 %) respondentů neví, zda-li je či není potřeba, aby se sestry v této problematice dále vzdělávaly.

**Graf 15 Názor sester na vlastní znalosti o ošetrovatelském procesy**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 70 (66 %) myslí, že mají dostatečné znalosti o ošetrovatelském procesy, ale rádi získají další. 9 (9 %) respondentů zastává názor, že jejich znalosti jsou dostačující a nepotřebují se v této problematice dále vzdělávat. 23 (22 %) respondentů se domnívá, že jejich znalosti nejsou dostatečné a uvítali by např. pořádání dalších odborných seminářů, aby si mohli chybějící znalosti doplnit a 3 (3 %) respondenti uvedli, že jejich znalosti nejsou dostatečné a ani nemají zájem další informace o ošetrovatelském procesy získávat.

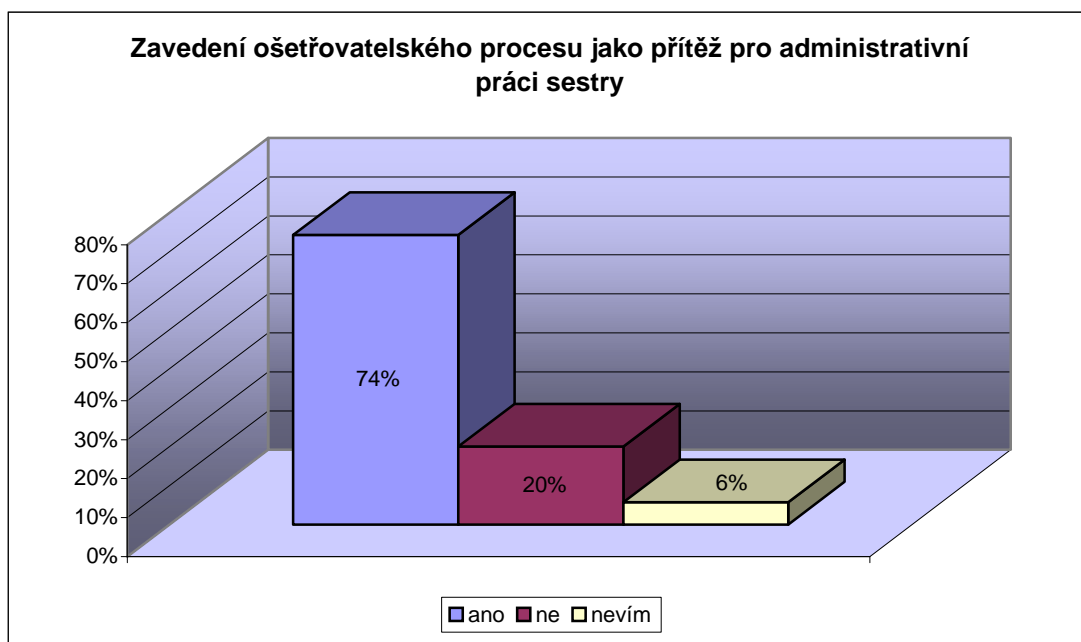
**Graf 16 Využití ošetrovatelské dokumentace na oddělení**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů všichni (100 %) odpověděli, že se na jejich oddělení používá sesterská dokumentace.

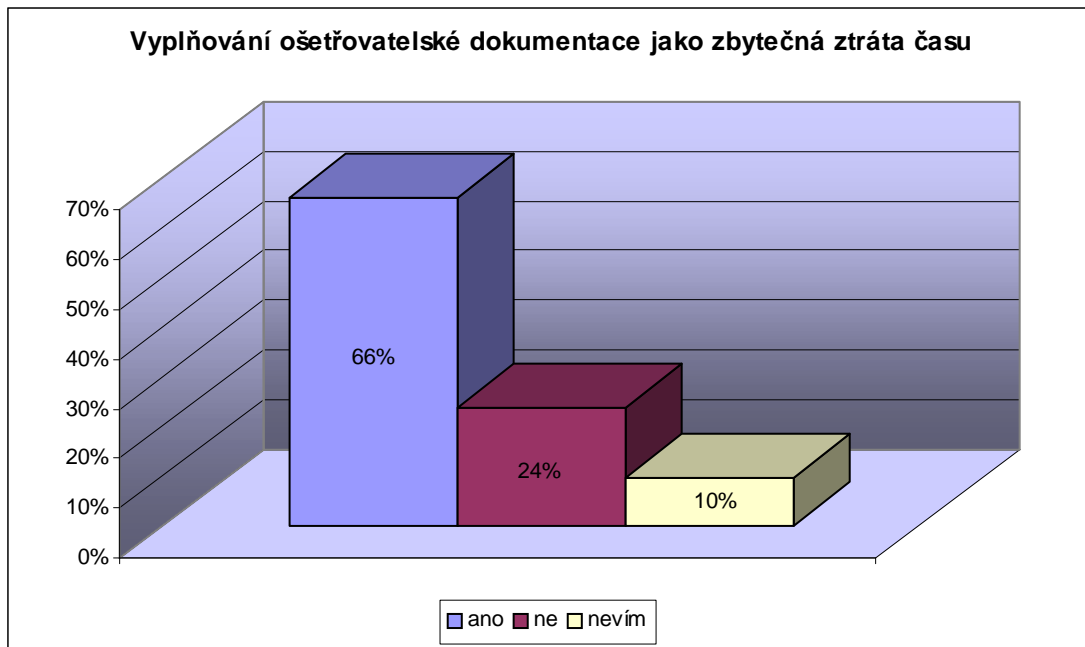


**Graf 17 Zavedení ošetrovatelského procesu jako přítěž pro administrativní práci sestry**



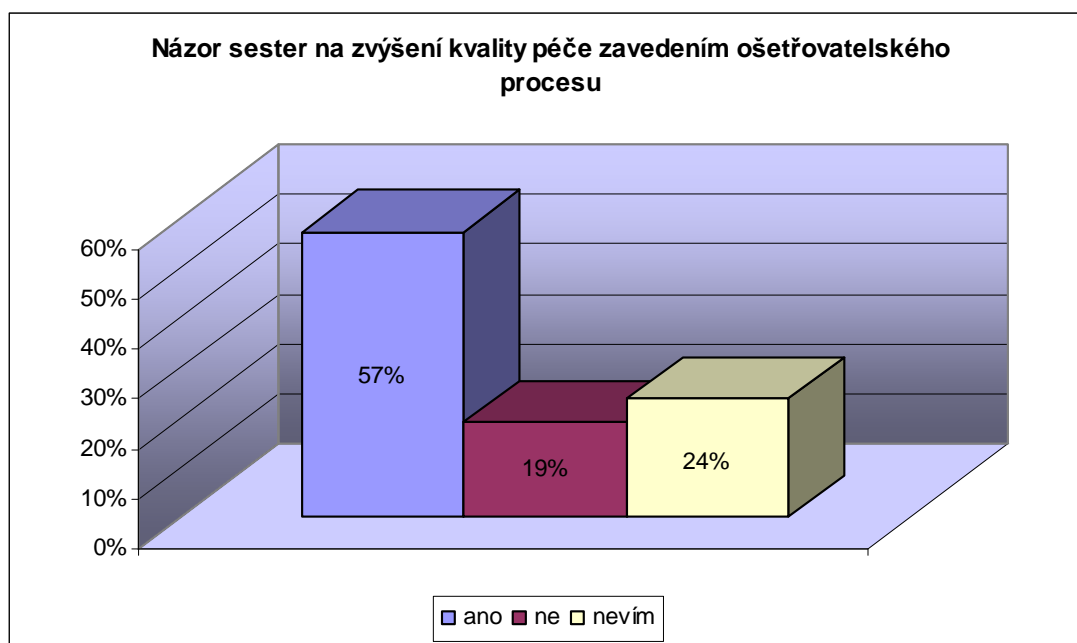
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 78 (74 %) vnímá zavedení ošetrovatelského procesu do praxe jako přítěž pro administrativní práci sestry. 21 (20 %) respondentů nemá pocit, že by bylo zavedení ošetrovatelského procesu přítěží pro jejich administrativní práci a 6 (6 %) respondentů neví zda-li ošetrovatelský proces v praxi je či není přítěží pro administrativní práci sestry.

**Graf 18 Vyplňování ošetrovatelské dokumentace jako zbytečná ztráta času**



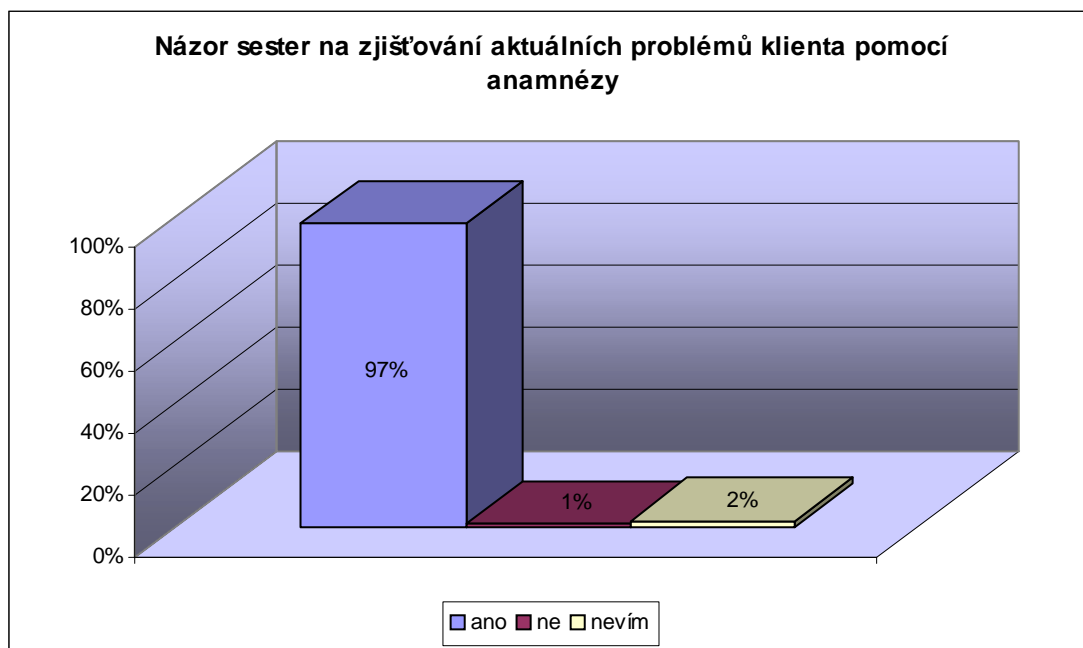
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 70 (66 %) je toho názoru, že čas strávený vyplňováním ošetrovatelské dokumentace je zbytečně ztracený a raději by ho věnovali přímé péči o pacienty. 20 (24 %) respondentů je opačného názoru a 10 respondentů neví zda-li vyplňování ošetrovatelské dokumentace je či není zbytečná ztráta času.

**Graf 19** Názor sester na zvýšení kvality péče zavedením ošetrovatelského procesu



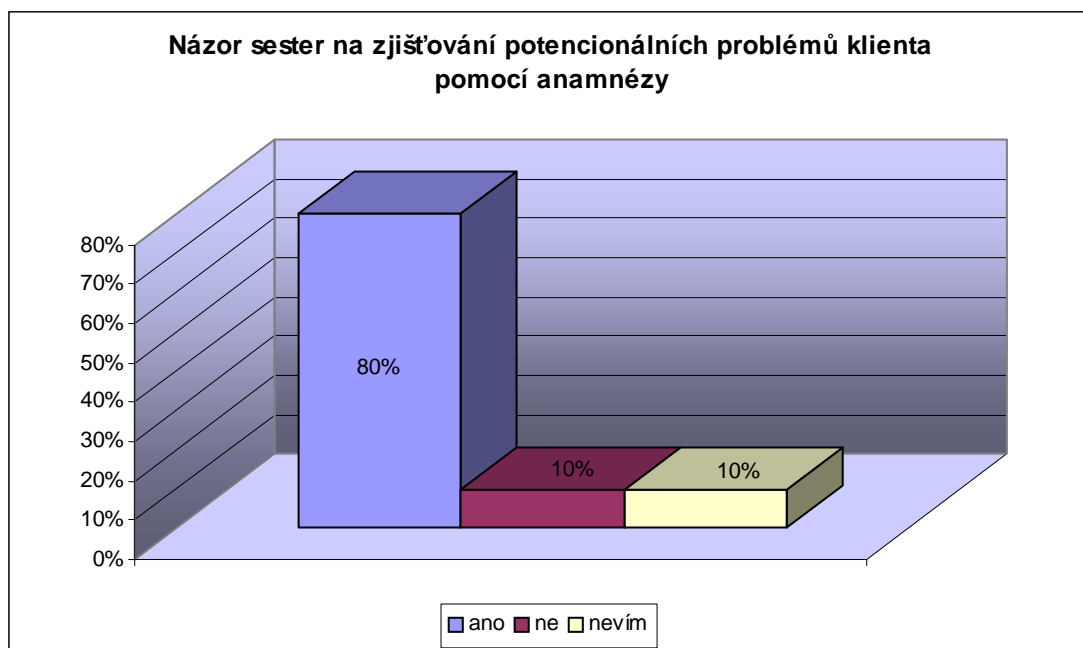
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 60 (57 %) myslí, že zavedením ošetrovatelského procesu se zvýší kvalita ošetrovatelské péče o klienta. 20 (19 %) respondentů tento názor nesdílí a 25 (24 %) respondentů neví zda-li zavedení ošetrovatelského procesu má vliv na zvýšení kvality ošetrovatelské péče o klienta.

**Graf 20** Názor sester na zjišťování aktuálních problémů klienta pomocí ošetrovatelské anamnézy



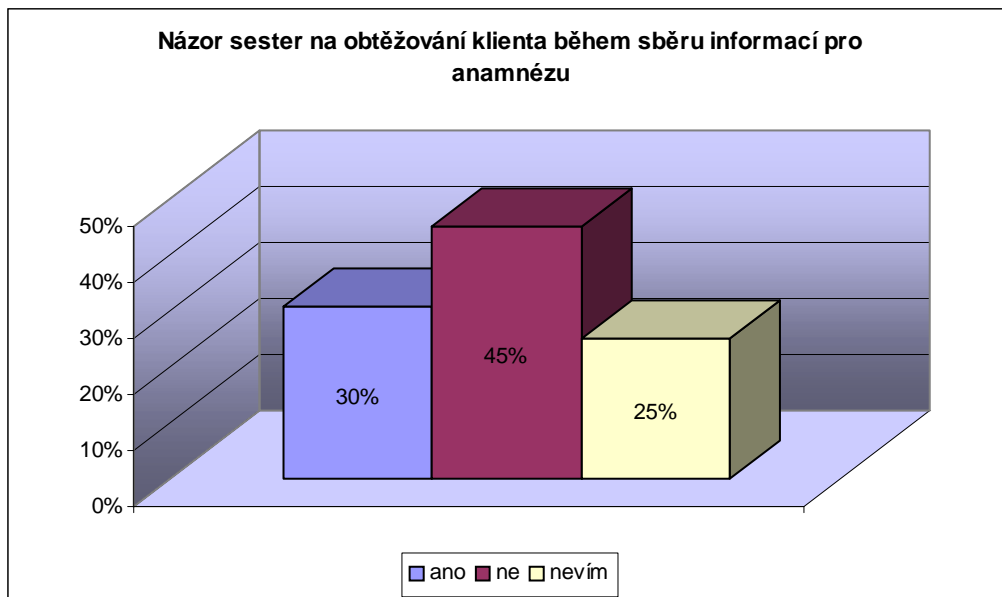
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 102 (97 %) souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené anamnézy lépe zjistí klientovy aktuální problémy, 1 (1 %) respondent tento názor nesdílí a 2 (2 %) respondenti neví zda-li s tímto výrokem souhlasit či ne.

**Graf 21** Názor sester na zjišťování potencionálních problémů klienta pomocí ošetrovatelské anamnézy



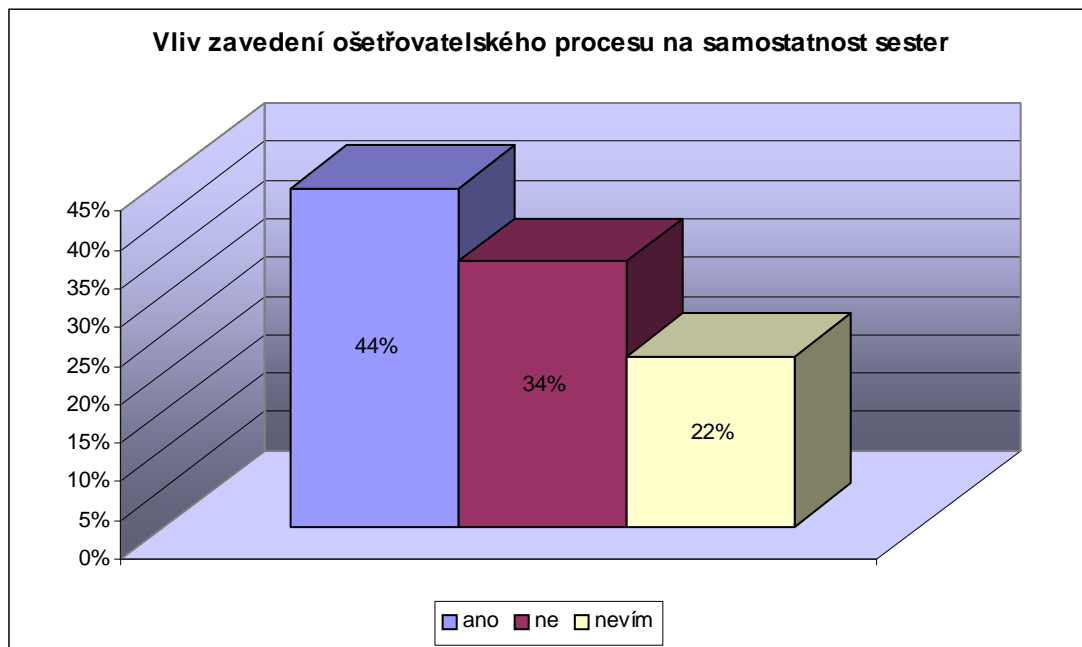
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 85 (80 %) myslí, že pomocí kvalitně provedené anamnézy lépe zjistí klientovy potencionální problémy, 10 (10 %) respondentů s tímto názorem nesouhlasí a 10 (10 %) respondentů neví zda-li s tímto tvrzením souhlasit či ne.

**Graf 22 Názor sester na obtěžování klienta během sběru informací pro anamnézu**



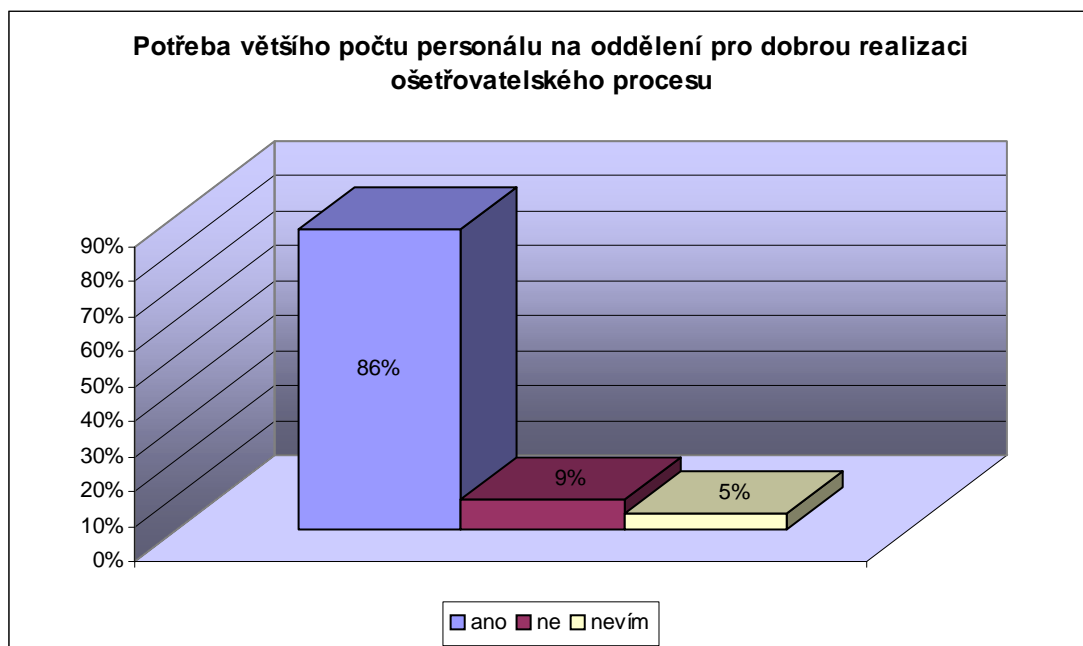
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů se 32 (30 %) domnívá, že během fáze posouzení, kdy sbírají informace pro anamnézu, tím klienta obtěžují. 47 (45 %) respondentů si nemyslí, že by byl sběr informací pro klienta obtěžující a 26 (25 %) respondentů neví zda-li obtěžují či neobtěžují klienta během vypracování ošetrovatelské anamnézy.

**Graf 23 Vliv zavedení ošetrovatelského procesu na samostatnost sester**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 46 (44 %) myslí, že zavedením ošetrovatelského procesu do praxe se zvýší samostatnost sester. 36 (34 %) respondentů si nemyslí, že by byly sestry díky zavedení ošetrovatelského procesu samostatnější a 23 (22 %) respondentů neví zda-li zavedení ošetrovatelského procesu má či nemá vliv na samostatnost sester.

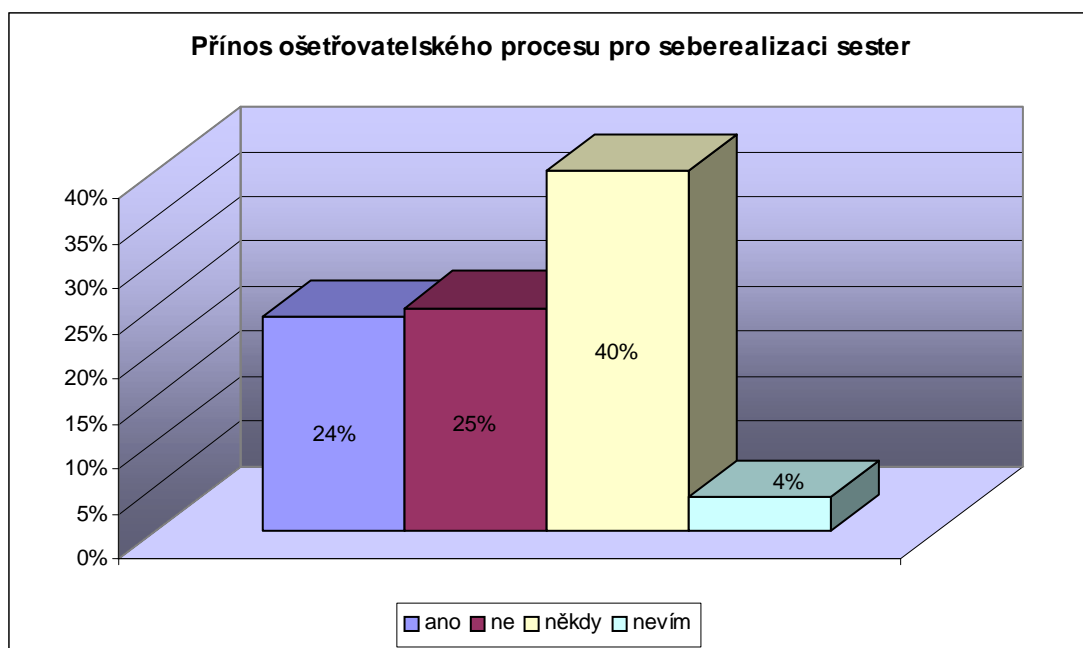
**Graf 24** Potřeba většího počtu personálu na oddělení pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 91 (86 %) zastává názor, že pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu je zapotřebí většího počtu personálu na oddělení. 9 (9 %) respondentů s tímto tvrzením nesouhlasí a 5 (5 %) respondentů neví zda-li pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu je či není zapotřebí zvýšit počet personálu na oddělení.

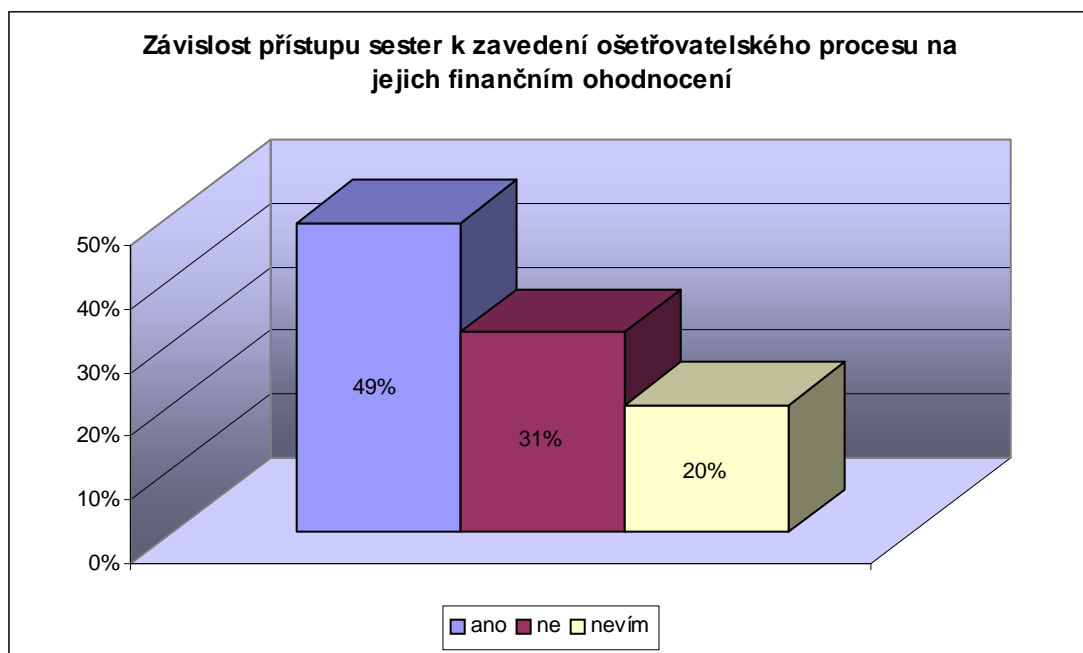


**Graf 25 Přínos ošetrovatelského procesu pro seberealizaci sester**



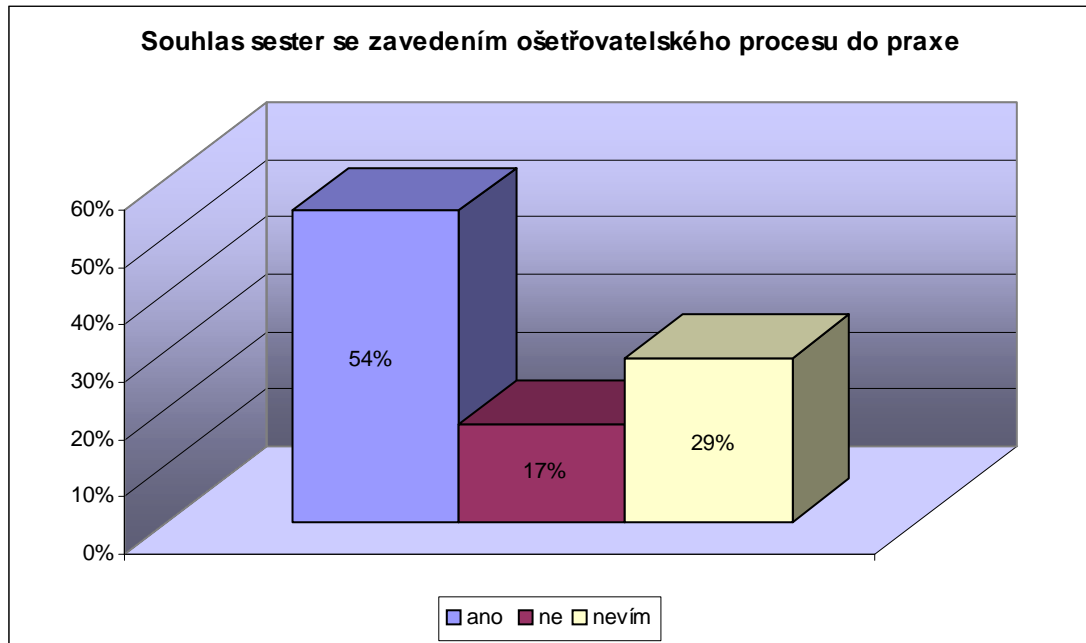
Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 25 (24 %) vnímá ošetrovatelský proces jako přínos pro svou seberealizaci v práci, 26 (25%) respondentů to tak naopak necítí. 43 (40 %) respondentů uvedlo, že ošetrovatelský proces jako přínos pro jejich seberealizaci vnímají pouze někdy a 11 (4 %) respondentů zvolilo odpověď „nevím“.

**Graf 26 Závislost přístupu sester k zavedení ošetrovatelského procesu na jejich finančním ohodnocení**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů si 51 (49 %) myslí, že ochota sester přistoupit na zavedení ošetrovatelského procesu do praxe závisí na jejich finančním ohodnocení. 33 (31 %) respondentů tento názor nesdílí a 21 (20 %) respondentů neví, zda-li je či není přístup sester k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe závislý na jejich finančním ohodnocení.

**Graf 27 Souhlas sester se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe**



Ze 105 (100 %) dotazovaných respondentů 57 (54 %) souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe, 18 (17 %) respondentů nesouhlasí se zavedením této metody do praxe a 30 (29 %) respondentů zvolilo odpověď „nevím“.

## 5. Diskuze

Výzkum byl zaměřen na problematiku zavádění ošetrovatelského procesu do praxe, jehož cílem bylo zjistit, jaký postoj sestry zaujímají k této problematice a jaké mají teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu. Výzkumné šetření bylo provedeno v Nemocnici Frýdek – Místek p. o. a to na interním, chirurgickém, gynekologicko – porodním, dětském oddělení a na oddělení následné péče. Jelikož jsme chtěli zachytit čerstvé názory sester o této problematice, vybrali jsme si zařízení, ve kterém realizace ošetrovatelského procesu během našeho výzkumu byla v počátcích. Dotazníkové šetření jsme doplnili o pozorování na jednotlivých vybraných odděleních, které probíhalo v rámci individuální praxe v měsících červenec a srpen 2007.

Úvodní otázky byly koncipovány jako identifikační. Otázkami č. 1, 2, a 3 jsme zjišťovali, na jakém oddělení respondenti pracují, jaký je jejich nejvyšší stupeň vzdělání a jaká je délka jejich praxe. Největší skupinu tvořily sestry pracující na chirurgickém oddělení 24 % (graf 1). Je možné, že tyto výsledky jsou ovlivněné tím, že výzkum byl proveden v jednom zdravotnickém zařízení, které má různý rozsah jednotlivých oddělení a tudíž je i rozdílné zastoupení sester. Dále jsme identifikovali respondenty podle nejvyššího dosaženého stupně vzdělání. Největší zastoupení měla skupina středoškolsky vzdělaných sester 64 % (graf 2). Dle mého názoru je to dáno tím, že do nedávné doby nebyl takový zájem ze strany sester o studium na vysokých školách a až teprve teď se pomalu začne skupina sester, které mají bakalářské či magisterské studium rozšiřovat. Co se týče délky praxe respondentů, nejširší skupinu tvořily sestry, které ve zdravotnictví pracují delší dobu než 20 let, což činí 35 % (graf 3). Myslím si, že i tento výsledek je úzce spojen s předchozí otázkou, neboť sestry, jejichž délka praxe přesahuje hranici 20 - ti let, neměly v době jejich studií takové možnosti vzdělávat se jako je tomu dnes a proto i v současnosti ve frýdecko – místecké nemocnici převažuje skupina sester se středoškolským vzděláním.

Druhý okruh otázek se zabýval tím, jaké mají sestry znalosti o ošetrovatelském procesu. Podle zvolených odpovědí byla vyvrácena hypotéza H6 (sestry na standardních odděleních v Nemocnici Frýdek – Místek p. o. nemají znalosti o ošetrovatelském

procesu). Zjišťovali jsme, jestli sestry znají pojem „ošetřovatelský proces“. Marečková ve své publikaci NANDA – International diagnostika v ošetřovatelském procesu NIC a NOC klasifikace (2006) uvádí, že pojem „ošetřovatelský proces“ je v dnešní době mezi zdravotníky poměrně známý. Tento fakt můžeme vidět i ve výsledcích našeho výzkumu, kdy všichni (100 %) dotazovaní respondenti uvedli, že se s tímto pojmem již setkali (graf 4).

Dále jsme se respondentů zeptali, ze kterých zdrojů poprvé získali informace o ošetřovatelském procesu. 51 % respondentů uvedlo, že jejich prvním zdrojem k poznání této pracovní metody byla výuka ve škole (graf 5). Je zřejmé, že metoda ošetřovatelského procesu se vyučuje na všech typech zdravotnických škol, jak uvádí Marečková ve skriptech NANDA – International diagnostika v ošetřovatelském procesu NIC a NOC klasifikace (2006). 25 % respondentů se poprvé s ošetřovatelským procesem seznámilo na odborných seminářích (graf 5). Myslím si, že je to i díky tomu, že po vzniku povinné registrace sester se začaly organizovat různé odborné semináře, na kterých téma „ošetřovatelský proces“ nemohlo chybět a na kterých měly sestry šanci chybějící informace získat.

Také nás zajímalo, jestli sestry znají význam holistického přístupu ke klientovi. Všichni (100 %) respondenti odpověděli správně, že holistický přístup ke klientovi je takový, kdy na něj nahlížíme celostně, jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost (graf 6), jak uvádí Kozierová v knize Ošetřovatelství I (1995), nebo Mastiliaková v publikaci Holistické přístupy v péči o zdraví (1999). Otázkou však zůstává, zda-li sestry holistický přístup neznají pouze z teoretického hlediska, ale jestli ho také využívají v praxi. Asi všichni z nás, ať už z řad odborníků či laiků, jsme se setkali s různým přístupem sestry ke klientovi. Musím bohužel podotknout, že i během pozorování jsem se setkala se sestrami, kterým jsou pojmy jako je holismus, empatie a tolerance cizí.

Pomocí otázky č. 7 jsme zjišťovali, zda-li sestry znají definici ošetřovatelského procesu. V odborné literatuře můžeme najít různé formy definice této metody. Například Staňková v učebnici Ošetřovatelství I/2 uvádí, že ošetřovatelský proces je metoda založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních

a spirituálních potřeb člověka a jejich plánovitým uspokojováním prostřednictvím aktivní a individualizované péče, nebo Mastiliaková v učebním textu Úvod do ošetrovatelství – I. díl systémový přístup (2004) publikuje, že z praktického hlediska je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pokud možno pozitivní a zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta. Není důležité, jakou formu definice ošetrovatelského procesu přijmeme za vlastní, ale podstatné je to, že každá z těchto definic je postavena na stejných principech a to na principech holistického přístupu. Z dotazníkového šetření je viditelné, že i většina sester (95 %) z frýdecko – místecké nemocnice zná definici této metody (graf 7). Ale z dalších výsledků je poněkud zarážející, že 51 % sester se domnívá, že ošetrovatelský proces je realizován v 6 - ti fázích a jen 44 % sester odpovědělo správně, že tato metoda obsahuje 5 fází (graf 8). Důvod, proč se sestry domnívají, že ošetrovatelský proces probíhá v 6 – ti fázích je ten, že některé z nich označují jako samostatnou fázi určení cíle ošetrovatelské péče. Tuto skutečnost jsme zjistili podle zvolených odpovědí v otázce č. 9, kdy 68 % sester uvedlo, že jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu se nazývají ošetrovatelská anamnéza, diagnostika, určení cíle ošetrovatelské péče, plánování, realizace a hodnocení (graf 9). Pouze 29 % respondentů odpovědělo správně, že jednotlivé fáze této metody nazýváme posouzením, diagnostikou, plánováním, realizací a hodnocením (graf 9), jak je uváděno v odborné literatuře například Staňkovou v příručce pro sestry České ošetrovatelství 3 Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe (2002). Na základě těchto výsledků bych doporučila vedoucím sestrám frýdecko – místecké nemocnice, aby zorganizovaly odborný seminář o ošetrovatelském procesu, na kterém by si mohly sestry doplnit a utříbit znalosti o této metodě.

Také jsme se respondentů zeptali, jestli ví, co všechno by sestra měla udělat během fáze ošetrovatelské diagnostiky. Jednou z možných odpovědí byla ta, která popsala ošetrovatelskou diagnostiku jako proces, kdy sestra vyhodnotí a utříbí získané informace o klientovi, určí jeho problémy a potřeby ošetrovatelské péče, které zformuluje do ošetrovatelské diagnózy a nakonec je seřadí podle priorit klienta, jak prezentuje Staňková ve své publikaci Ošetrovatelství 3 (2002). V našem dotazníkovém

šetření tuto odpověď zvolili všichni (100 %) dotazovaní respondenti (graf 10). Což je sice pozitivní, ale ze svého pozorování jsem zjistila, že sestry jednotlivé úkony diagnostického procesu neprovádějí a dokonce v některých případech bylo zjevné, že sestra určila problémy klienta na základě anamnézy, kterou vypracovala bez jeho spolupráce či spolupráce jeho blízkých. V těchto případech si myslím, že sestra nemůže správně určit klientovy problémy a tak ani není možné naplánovat vhodnou individuální ošetrovatelskou péči na základě klientových potřeb, což se vymyká veškerým principům ošetrovatelského procesu. V této situaci by bylo vhodné provést na jednotlivých odděleních audit, který by se zaměřil na to, zda-li sestry správně realizují všechny fáze této metody.

Dále jsme chtěli odhalit, zda-li sestry znají systém ošetrovatelských diagnóz NANDA – taxonomie II. Je potěšující, že 68 % respondentů odpovědělo, že tento systém ošetrovatelských diagnóz zná (graf 11). Jen se mi naskytla otázka, zda-li respondenti mylně nezaměnili tuto klasifikaci se systémem ošetrovatelských diagnóz NANDA – taxonomie I, která je publikována Doenges a Moorhouse v Kapesním průvodci zdravotní sestry (1996), neboť na odděleních, kde bylo provedeno dotazníkové šetření jsem zjistila, že sestry místo klasifikace NANDA – taxonomie II používají právě výše uvedeného Kapesního průvodce zdravotní sestry. Myslím si, že v tomto případě je důležité, aby se všechna zdravotnická zařízení sjednotila a používala tak stejnou klasifikaci pro ošetrovatelské diagnózy. Vždyť i Marečková ve svých skriptech NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu NIC a NOC klasifikace (2006) uvádí, že tato klasifikace ošetrovatelských diagnóz by se měla stát společným jazykem všech zdravotnických pracovníků.

Třetí okruh otázek byl zaměřen na zjištění, jaký postoj sestry zaujímají k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe a jaký mají názor na tuto problematiku. Informace o tom, zda-li sestry na daných odděleních pracují metodou ošetrovatelského procesu, jsme získávali v otázce č. 12. Tóthová ve svém výzkumném sdělení Ošetrovatelský proces v práci s pacientem dle typu zdravotnického zařízení, který byl publikován v časopise Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství (2005) uvádí výsledky celorepublikového projektu Současný stav realizace ošetrovatelského

procesu v českých lůžkových zdravotnických zařízeních, které poukazují na to, že ve 164 zdravotnických zařízeních sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu. Mezi tato zařízení se zařadila i frýdecko – místecká nemocnice. Vyplývá to z výsledků, kdy 99 % sester odpovědělo, že v současné době využívají ošetrovatelský proces v praxi (graf 12). Musím, ale podotknout, že v období, kdy jsme prováděli výzkumné šetření, byla realizace ošetrovatelského procesu teprve v počátcích a z mých zkušeností během individuální praxe na odděleních, ze kterých se sestry účastnily dotazníkového šetření, mohu konstatovat, že většina z nich se domnívá, že realizace ošetrovatelského procesu se rovná vedení ošetrovatelské dokumentace. Což je domněnka, která je mylná a znemožňuje tuto metodu realizovat správně podle jejích principů.

V otázce č. 13 jsme se respondentů zeptali, jestli se někdy účastnili odborného semináře o problematice ošetrovatelského procesu. 91 % sester označilo odpověď „ano“, z nichž 37 % se účastnilo pouze jednou a 54 % vícekrát (graf 13). Je zřejmé, že sestry mají stále větší zájem o účast na odborných seminářích. Na druhou stranu doufám, že tento zájem není podnícen pouze získáním potřebných kreditů pro registraci, ale že sestry opravdu mají zájem získávat nové informace o této problematice. Na předchozí otázku navazuje otázka č. 14, prostřednictvím které jsme chtěli zjistit názor sester, zda-li je pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu zapotřebí dalšího vzdělávání například na odborných seminářích. 66 % sester si myslí, že ano (graf 14). Což je sice většina, ale podle mého názoru by si měli všichni zdravotničtí pracovníci uvědomit, že moderní ošetrovatelství je obor, který zaznamenal převrat ve své koncepci, ve které je kladen důraz i na to, že je důležité, aby se sestry dále vzdělávaly a to celoživotně, jak uvedla Staňková v příručce České ošetrovatelství 1 Koncepce českého ošetrovatelství (2002).

Dále jsme chtěli zjistit, zda-li si dotazovaní respondenti myslí, že mají teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu. 66 % respondentů se domnívá, že ano, ale byli by rádi, kdyby měli možnost získat další informace o této problematice (graf 15). Dalších 22 % respondentů si sice myslí, že teoretické znalosti o této metodě nemají, ale uvítali by, kdyby si mohli chybějící informace doplnit například na dalších vzdělávacích akcích (graf 15). Z těchto výsledků vyplývá, že 86 % sester má



zájem o získání nových poznatků z této problematiky, v čemž vidím velké plus, protože v ošetrovatelství neustále nacházíme nové postupy a metody ošetrovatelské péče, které úzce souvisí s ošetrovatelským procesem a je proto důležité, aby každá sestra podle svého zaměření tyto novinky sledovala.

Také jsme chtěli zdokumentovat, zda-li sestry na odděleních, kde bylo prováděno dotazníkové šetření, používají ošetrovatelskou dokumentaci. Všichni respondenti (100 %) odpověděli, že ošetrovatelská dokumentace je na jejich pracovišti využívána (graf 16). Tyto výsledky považujeme za pozitivní, neboť zastávám názor, že ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, tak jak prezentuje i Tóthová s Kotaskovou v příspěvku Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice publikovaný v časopisu Florence (2007), který seznamuje s výsledky průzkumného grantu Současný stav realizace ošetrovatelského procesu v českých lůžkových zdravotnických zařízeních. I v tomto příspěvku můžeme vidět pozitivní výsledky, které uvádějí, že většina dotazovaných sester dokumentují jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Také z pozorování mohu říci, že na odděleních, která byla zahrnuta do našeho výzkumu, opravdu ošetrovatelskou dokumentaci používají, ale jak už bylo výše uvedeno, nemyslím si, že vždy je vedena správně. Asi největší chybou je to, že sestry v některých případech vyplňují dokumentaci podle svého uvážení a nezapojí do celého procesu samotného pacienta, čímž porušují jednu ze základních myšlenek ošetrovatelského procesu.

V dotazníkovém šetření jsme chtěli odhalit, jestli sestry vnímají zavedení ošetrovatelského procesu jako přítěž pro administrativní práci sestry. 74 % sester je toho názoru, že zavedením ošetrovatelského procesu se ztíží jejich administrativní práce (graf 17), čímž se potvrdila hypotéza H2 (sestry vnímají zavedení ošetrovatelského procesu do praxe na standardních odděleních v nemocnici Frýdek-Místek p. o. jako přítěž pro administrativní práci sestry). S touto otázkou souvisí otázka č. 18, ve které jsme se respondentů zeptali, zda-li si myslí, že čas strávený vyplňováním ošetrovatelské dokumentace je zbytečně ztracený. 66 % respondentů zvolilo odpověď „ano“ (graf 18). Jak už bylo výše uvedeno ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu a je spousta důvodů, proč tuto dokumentaci zavádět společně

s ošetrovatelským procesem. Jedním z nich je zajištění předávání potřebných informací o každém nemocném v ošetrovatelském týmu, nebo dokumentace individuality ošetrovatelské péče a zachycení, kdy a co bylo nemocnému skutečně poskytnuto a má samozřejmě i forenzní význam jak uvádí Staňková v praktické příručce pro sestry České ošetrovatelství 3 (2002). Souhlasím s názory autorů odborné literatury, že ošetrovatelská dokumentace by měla být jednoduchá, stručná a přehledná, vyhovující dané skupině nemocných a proto si myslím, že každé pracoviště by si mělo vytvořit dokumentaci podle svých specifik ošetrovatelské péče a měly by být do tvorby nové dokumentace zapojeny také sestry, které na daném oddělení pracují.

V otázce č. 19 bylo cílem zjistit, zda-li si sestry myslí, že zavedením ošetrovatelského procesu do praxe se zvýší kvalita ošetrovatelské péče. Je sice fakt, že 57 % respondentů zaškrtnulo odpověď „ano“, což je více jak polovina dotazovaných sester a čímž se potvrdila hypotéza H3 (sestry si myslí, že díky zavedení ošetrovatelského procesu do praxe selepší kvalita péče o klienta na standardních odděleních v nemocnici Frýdek-Místek p. o.), ale z ostatních čísel lze vyčíst jakási nedůvěra v toto tvrzení, neboť 19 % sester zvolilo odpověď „ne“ a 24 % odpověď „nevím“. Myslím si, že tato situace úzce souvisí s obavami sester, že ošetrovatelský proces za každou cenu ztíží jejich administrativní práci a tak nebudou mít čas na přímou péči o pacienta.

V následujících dvou otázkách jsme zdokumentovali názor sester, jestli souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí klientovy problémy. Zaměřili jsme se na aktuální i potenciaální problémy. 97 % respondentů je toho názoru, že anamnéza jim pomůže ve vyhledávání klientových aktuálních problémů (graf 20) a 80 % se domnívá, že i při zjišťování potenciaálních problémů má anamnéza své opodstatnění (graf 21), čímž se potvrdila hypotéza H4 (sestry souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí klientovy skutečné problémy) a hypotéza H5 (sestry souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí klientovy potenciaální problémy). Názorově se přikláním ke kladným odpovědím dotazovaných respondentů, jelikož se domnívám, že ošetrovatelská anamnéza dává sestře jakousi strukturu potřeb pacienta a to v oblasti

biologické, psychické, sociální i spirituální a tak nemůže zapomenout na žádnou z daných oblastí. Dále si myslím, že i klientovy zkušenosti prožité v minulosti, mohou být důležité pro následující plánování ošetrovatelské péče. Na druhou stranu záleží na tom, jakým způsobem je ošetrovatelská anamnéza vyplňována. Pokud sestra tuto část dokumentace provede bez spolupráce samotného klienta, či jeho blízkých a vyplní anamnézu podle svého mínění, pak tato součást celého procesu nemá význam.

V praxi můžeme často zaslechnout názor, že během sbírání informací pro anamnézu klienta obtěžujeme. Tímto problémem jsme se zabývali v otázce č. 22. Z dosažených výsledků lze vidět, že rozdíly mezi jednotlivými výsledky nejsou tak velké. 30 % respondentů má pocit, že sbíráním informací pro anamnézu tím klienta obtěžují, 45 % respondentů to cítí naopak a zbývajících 25 % respondentů zaškrtno odpověď „nevím“ (graf 22). Během zamyšlení nad těmito výsledky, si ale musíme uvědomit, že odpovědi nastiňují, jak tento problém vnímají sestry, a ne samotný pacient. Ale určitě by bylo zajímavé se na tuto problematiku zeptat přímo pacientů například v dotaznících, které zjišťují názor pacientů na kvalitu poskytované zdravotní péče. Možná bychom se dočkali překvapivých výsledků, které by poukázaly na to, že klienti považují za pozitivní, že se někdo o ně zajímá a má čas vyslechnout si jeho starosti. Ze svých zkušeností vím, že tento problém je velmi individuální a záleží na každém pacientovi jak tuto situaci vnímá. Ze svého pozorování mohu konstatovat, že některé sestry opravdu mají obavy, zda-li sběr informací pro anamnézu není pro klienty obtěžující. Jako důvod těchto obav často uváděly to, že přeci když je člověk nemocen chce mít svůj klid a nemá zájem odpovídat na dotazy sestry. Myslím si, že v tomto případě opravdu nelze s určitostí rozhodnout, která ze stran má pravdu, neboť jak už bylo řečeno, každý pacient tuto situaci vnímá individuálně.

Staňková v příručce pro sestry České ošetrovatelství 3 (2002) publikuje jako jednu z výhod zavedení ošetrovatelského procesu pro sestru zvýšení samostatnosti při poskytování ošetrovatelské péče. Z výsledků je zřejmé, že sestry o tomto tvrzení nejsou přesvědčené, jelikož pouze 44 % sester souhlasí s tímto tvrzením a zbýající respondenti buď nesouhlasí, nebo volili odpověď „nevím“ (graf 23). Podle mého názoru je to dáno tím, že ve většině českých nemocnicích je ještě pořád zvykem, že sestra je

neustále v kontaktu s lékařem, který klade důraz na plnění jeho ordinací, ale už nedává sestře prostor pro její seberealizaci, názory a nápady a hlavně je nepřípustné, aby je realizovala bez jeho svolení, čehož jsem také byla svědkem během pozorování ve frýdecko – místecké nemocnici. Myslím si, že do té doby než lékaři pochopí, že i sestry mohou být rovnocennými partnery a dokážou být samostatné, budou mít pocit, že samy bez dozoru lékaře nemohou vůbec nic.

Dalším problémem, nad kterým často sestry diskutují, je potřeba většího počtu personálu pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu v praxi. Co si o této problematice naši respondenti myslí, jsme chtěli zjistit v otázce č. 24. Z výsledků je jasné, že většina sester (86 %) se domnívá, že pro dobrou realizaci této metody je zapotřebí zvýšit počet personálu na jednotlivých odděleních (graf 24). Staňková v publikaci České ošetrovatelství 3 (2002) uvádí, že není potřeba zvýšit počet kvalifikovaných sester, ale je nezbytné změnit organizační systém práce na skupinovou péči, nebo na péči primární sestry, o což se při zavedení této metody všechna zdravotnická zařízení snaží, ale ne vždy je výsledek správný. Je pravda, že tento výrok doplnila o tvrzení, že je vhodné ošetrovatelský tým doplnit větším počtem pomocného zdravotnického personálu. Také Tóthová ve svém výzkumném sdělení Ošetrovatelský proces v práci s pacientem dle typu zdravotnického zařízení (2005), které bylo uvedeno v časopise Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství publikuje, že ze 164 lůžkových zdravotnických zařízení, ve kterém byl tento výzkum proveden, muselo 38,6 % manažerek pro ošetrovatelskou péči zvýšit počet ošetrujícího personálu a naopak v 61,3 % případech tomu tak nebylo. Měli bychom, ale brát zřetel na to, že v dnešní době, kdy sestry pokračují ve studiu na vysoké škole, mají možnost pracovat v zahraničí, nebo jednoduše zdravotnictví pro špatné pracovní podmínky opouštějí, začíná být nedostatek sester kritický a není se čemu divit, že realizace ošetrovatelského procesu v praxi není zrovna jednoduchou záležitostí. Také ve frýdecko – místecké nemocnici jsem mohla vidět, že tvrzení o celkovém nedostatku ošetrujícího personálu je na místě. Další problém, který jsem mohla zpozorovat je ten, že i když ve standardu pro ošetrovatelský proces je uvedeno, že sestry mají pracovat systémem skupinové péče nebo systémem péče primární sestry, tomu tak

není a sestry ještě dnes pracují systémem funkčním. Což je fakt protichůdný směrům, které udává nová koncepce českého ošetrovatelství a proto je toto zjištění zarážející. Myslím si, že ještě nějakou dobu potrvá než sestry změní myšlení v zaběhnutém systému péče a přistoupí tak na jednu z variant, která je uvedena v koncepci.

V otázce č. 25 jsme se respondentů zeptali, jestli ošetrovatelský proces vnímají jako přínos pro jejich seberealizaci v práci. Tato otázka je úzce spjata s otázkou č. 23 a domnívám se, že i ze stejných důvodů 40 % respondentů zvolilo odpověď „nevím“ a 25 % odpověď „ne“ (graf 23). Navíc si myslím, že sestry nevidí přínos v ošetrovatelském procesu pro svou seberealizaci i z toho důvodu, že se často mohou setkat s negativním postojem k této metodě ze strany lékařů, kteří nemají zájem ošetrovatelský proces poznat a dovolit sestře, aby více realizovala své nápady. Však také Tóthová v časopise Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství ve výzkumném sdělení Ošetrovatelský proces v práci s pacientem dle typu zdravotnického zařízení (2005) uvádí v pořadí na třetím místě negativní postoj lékařů, jako jeden z důvodů, proč se některá zdravotnická zařízení brání zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Možná by pomohlo, kdyby se i lékaři snažili proniknout do principů této metody a uznali ji tak za plnohodnotnou.

Další téma, nad kterým každá sestra horlivě diskutuje, je nedoceněná práce sestry a jejich ne příliš dobré platové podmínky. Zajímalo nás, zda-li i tento problém má vliv na ochotu sester přistoupit na zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Je sice pravda, že 31 % respondentů zvolilo odpověď „ne“ a 20 % odpověď „nevím“, ale na druhé straně stojí 49 % sester, které přiznaly, že jejich přístup k zavedení ošetrovatelského procesu je závislý na finančním hodnocení (graf 26). Lze tedy říci, že i v této problematice se odráží ekonomická situace českého zdravotnictví a s tím související platy sester, tak jak prezentuje i Tóthová v časopise Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství ve výsledcích dotazníkového šetření Ošetrovatelský proces v práci s pacientem dle typu zdravotnického zařízení (2005), kdy ze 164 zdravotnických zařízení 91,9 % manažerek pro ošetrovatelskou péči souhlasí s tím, že ekonomická situace daného zařízení má vliv na zavedení ošetrovatelského procesu do praxe .

V poslední otázce č. 27 jsme se sester zeptali, jestli souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe. Z výsledků je zřejmé, že 54 % respondentů souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe, čímž se také potvrdila hypotéza H1 (sestry souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe na standardních odděleních v nemocnici Frýdek-Místek). Podle mého mínění, by ale toto číslo mělo mít vyšší hodnotu, jelikož jak už jsme uvedli v úvodu této práce jednou ze základních podmínek dobrých výsledků je také kladný přístup sester k této metodě.

## 6. Závěr

Ošetrovatelský proces je základním kamenem dnešního moderního ošetrovatelství, který zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a vede sestru od technického pojetí ošetrovatelské péče zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině či komunitě. Ošetrovatelský proces je také metoda, která je založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka a jejich plánovitým uspokojováním prostřednictvím aktivní a individualizované péče. Veškeré výsledky jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu je zapotřebí zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace, která je nedílnou součástí této metodiky.

Cílem práce bylo zjistit jaký postoj sestry zaujímají k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Dalším cílem bylo zjistit jaké mají sestry znalosti o ošetrovatelském procesu. Oba cíle byly splněny.

Na základě těchto cílů bylo stanoveno 6 hypotéz. Hypotézy H4 a H5 byly potvrzeny, jelikož sestry souhlasí s tím, že pomocí kvalitně provedené ošetrovatelské anamnézy lépe zjistí skutečné a potenciaální problémy klienta. Hypotéza H2 byla také potvrzena, neboť sestry neustále vnímají zavedení ošetrovatelského procesu jako přítěž pro jejich administrativní práci. Z výsledků výzkum je zřejmé, že sestry mají znalosti o ošetrovatelském procesu, čímž se vyvrátila hypotéza H6. Dále byly potvrzeny hypotézy H1 a H3, jelikož sestry souhlasí se zavedením ošetrovatelského procesu do praxe a domnívají se, že se díky tomulepší kvalita ošetrovatelské péče o klienta.

Ošetrovatelství je obor, který si v dnešní době vytvořil nezastupitelnou roli v péči o zdraví jedince, rodiny, či komunity. Koncepce českého ošetrovatelství klade důraz na samostatnější práci zdravotnických pracovníků a na nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu, jehož charakteristickým rysem je individualizovaná ošetrovatelská péče založena na vyhledávání a plánovitým uspokojování potřeb člověka. Je nezbytné, aby tato metoda byla doprovázena řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací. Je ale také zapotřebí, zamyslet se nad tím, zda-li tato tvrzení jsou i skutečností. Právě z diskuze této práce můžeme zjistit, že postoj sester k ošetrovatelskému procesu se sice postupně mění k lepšímu, ale je neustále přítomno

mnoho překážek, které nám brání, aby veškeré principy nové koncepce českého ošetrovatelství byly naplněny. Proto také doufám, že i tato práce pomůže sestřám tyto překážky překonat a proniknout tak do principů ošetrovatelského procesu a věřím, že tak přispějeme k dobré realizaci ošetrovatelského procesu v Nemocnici Frýdek – Místek p. o.



## 7. Seznam použitých zdrojů

1. DOENGES, E. M., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8.
2. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
3. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
4. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. MAREČKOVÁ, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
6. MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
7. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
8. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, 1. díl systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
9. MIČUDOVÁ, E., KOCOURKOVÁ, J. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3, s. 25. ISSN 1210-0404.
10. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
11. RICHARDS, A., SHARON, E. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

12. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1, Koncepce českého ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
13. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3, Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
14. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4, Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
15. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
16. STAŇKOVÁ, M. *LEMON 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
17. STAŇKOVÁ, M., ROZSYPALOVÁ, M. *Ošetrovatelství I/2*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.
18. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze Nakladatelství Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
19. TÓTHOVÁ, V., KOTASKOVÁ, L. Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. III, č. 10, s. 425 - 427. ISSN 1801-464X.
20. TÓTHOVÁ, V. Ošetrovatelský proces v práci s pacientem dle typu zdravotnického zařízení. *Ošetrovatelství – teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2005, sv. 7, č. 3 - 4, s. 70 - 74. ISSN 1212-723X.
21. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.

22. TÓTHOVÁ, V. Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetrovatelském procesu. *Florence*. Praha: Galén, 2006, roč. II, č. 5, s. 44 - 47. ISSN 1801-464X.
23. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
24. VAŠÁTKOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 43 s. ISBN 80-7013-327-9.
25. VECHETOVÁ, J. Holistický a integrálně-antropologický pohled na potřeby člověka. *Ošetrovatelství – Teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2002, sv. 4, č. 3 - 4, s. 58-59. ISSN 1212-723X.
26. VIDOVIČ, S. Otazníky ošetrovatelského procesu. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. III, č. 2, s. 84. ISSN 1801-464X.
27. VOROSOVÁ, G. a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
28. VOROSOVÁ, G. Sesterská diagnóza a jej realizácia v praxi. *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: 2007, roč. VI, č. 5 - 6, s. 13-14. ISSN 1335-9444

## **8. Klíčová slova**

Ošetrovatelská koncepce

Ošetrovatelský proces

Potřeby

Holistický přístup

Sestra

Pacient / klient

## **9. Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Pozorování

Příloha 3: Ošetrovatelský proces

Příloha 4: Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa

Příloha 5: Diagnostické domény, okruhy a třídy klasifikace NANDA taxonomie II

Příloha 6: Dokumentace pro hodnocení bolesti

Příloha 7: Příklad vizuální analogové škály

Příloha 8: Příklad dokumentace hodnocení soběstačnosti dle Barthela

Příloha 9: Ošetrovatelská anamnéza

Příloha 10: Příklad ošetrovatelské překladové a propouštěcí zprávy

## **DOTAZNÍK**

Vážení kolegové, kolegyně,  
jmenuji se Michaela Kotková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma: Postoj sester k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Tento dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro výzkumné účely. Prosím Vás, aby jste tomuto dotazníku věnovali pozornost a na uvedené dotazy odpovídaly pravdivě, tak jak to doopravdy cítíte a prožíváte. Vámi jednu zvolenou odpověď, prosím, zakroužkujte. Předem děkuji za Váš čas a za vyplnění dotazníku.

Kotková Michaela

1. Na jakém oddělení pracujete?
  - a. interní oddělení
  - b. chirurgické oddělení
  - c. oddělení následné péče
  - d. dětské oddělení
  - e. gynekologicko-porodní oddělení
  
2. Jaký je nejvyšší stupeň Vašeho dosaženého vzdělání?
  - a. středoškolské vzdělání
  - b. vyšší odborná škola
  - c. vysokoškolské vzdělání bakalář
  - d. vysokoškolské vzdělání magistr

- e. specializace v oboru (např. ARIP)
- f. jiné

3. Jaká je délka Vaší praxe?

- a. kratší než 1 rok
- b. 1 rok – 5 let
- c. 6 let – 10 let
- d. 11 let – 20 let
- e. delší než 20 let

4. Znáte pojem „ošetřovatelský proces“ ?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

5. Ze kterých zdrojů jste poprvé získala informace o ošetřovatelském procesu?

- a. odborná literatura, časopisy
- b. internet
- c. odborné semináře
- d. od kolegyň z práce
- e. ze školy
- f. tento pojem neznám
- g. jiné

6. Holistický přístup ke klientovi znamená:

- a. přístup, kdy na klienta nahlížíme celostně, jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost
- b. přístup, kdy vykonáváme pouze činnosti ordinované lékařem
- c. přístup, kdy se zaměřujeme na fyzické zdraví klienta

7. Definice ošetrovatelského procesu zní:
- je to metoda ošetrovatelské praxe, která je založena na plnění ordinací lékaře
  - je to metoda posouzení zdravotního stavu klienta sestrou
  - je to metoda založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka a jejich plánovitým uspokojování prostřednictvím aktivní a individualizované péče
8. Kolik fází má ošetrovatelský proces?
- 4 fáze
  - 6 fází
  - 5 fází
  - nevím
9. Jak znějí názvy jednotlivých fází ošetrovatelského procesu?
- ošetrovatelská anamnéza, diagnostika, určení cíle ošetrovatelské péče, plánování, realizace, hodnocení
  - posouzení, diagnostika, plánování, realizace, hodnocení
  - ošetrovatelská anamnéza, posouzení, diagnostika, realizace
10. Ošetrovatelská diagnostika je proces kdy:
- sestra vyšetří klienta a určí jeho diagnózu
  - sestra provede fyzikální vyšetření klienta
  - sestra vyhodnotí získané informace o klientovi, určí jeho problémy, které zformuluje do ošetrovatelské diagnózy a nakonec je seřadí podle priorit klienta
11. Znáte systém ošetrovatelských diagnóz NANDA – taxonomie II?
- ano
  - ne
  - nevím



12. Pracujete na Vašem oddělení metodou ošetrovatelského procesu?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

13. Zúčastnila jste se někdy odborných seminářů o problematice ošetrovatelského procesu?

- a. ano, jednou
- b. ano, vícekrát
- c. ne

14. Myslíte si, že pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu v praxi je zapotřebí dalšího vzdělávání sester (např. na vysokých školách, odborné semináře)?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

15. Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o ošetrovatelském procesu?

- a. ano, ale ráda získám další
- b. ano, myslím si, že mé znalosti jsou dostačující a nepotřebuji se v této problematice dále vzdělávat
- c. ne, ale uvítala bych např. další odborné semináře, abych si mohla chybějící znalosti doplnit
- d. ne a nemám zájem další informace získávat

16. Je na Vašem oddělení používána sesterská dokumentace?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

17. Vnímáte zavedení ošetrovatelského procesu do praxe jako přítěž pro administrativní práci sestry?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
18. Myslíte si, že čas strávený vyplňováním ošetrovatelské dokumentace je zbytečně ztracený a raději byste ho věnovala přímé péči o klienta?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
19. Myslíte si, že zavedením ošetrovatelského procesu na Vašem oddělení se zvýší kvalita ošetrovatelské péče o klienta?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
20. Souhlasíte s tím, že pomocí kvalitně provedené anamnézy lépe zjistíte klientovy aktuální problémy?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
21. Souhlasíte s tím, že pomocí kvalitně provedené anamnézy lépe zjistíte klientovy potenciaální problémy?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím

22. Myslíte si, že během fáze posouzení, kdy sbíráte informace pro anamnézu, tím klienta obtěžujete?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
23. Myslíte si, že zavedením ošetrovatelského procesu do praxe se zvýší samostatnost sestry?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
24. Myslíte si, že pro dobrou realizaci ošetrovatelského procesu na Vašem oddělení je zapotřebí většího počtu personálu?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím
25. Vnímáte ošetrovatelský proces jako přínos pro vaši seberealizaci v práci?
- a. ano
  - b. ne
  - c. někdy
  - d. nevím
26. Myslíte si, že ochota sester přistoupit na zavedení ošetrovatelského procesu do praxe závisí také na finančním ohodnocení sester?
- a. ano
  - b. ne
  - c. nevím

27. Souhlasíte se zavedením ošetrovatelského procesu na Vašem oddělení?

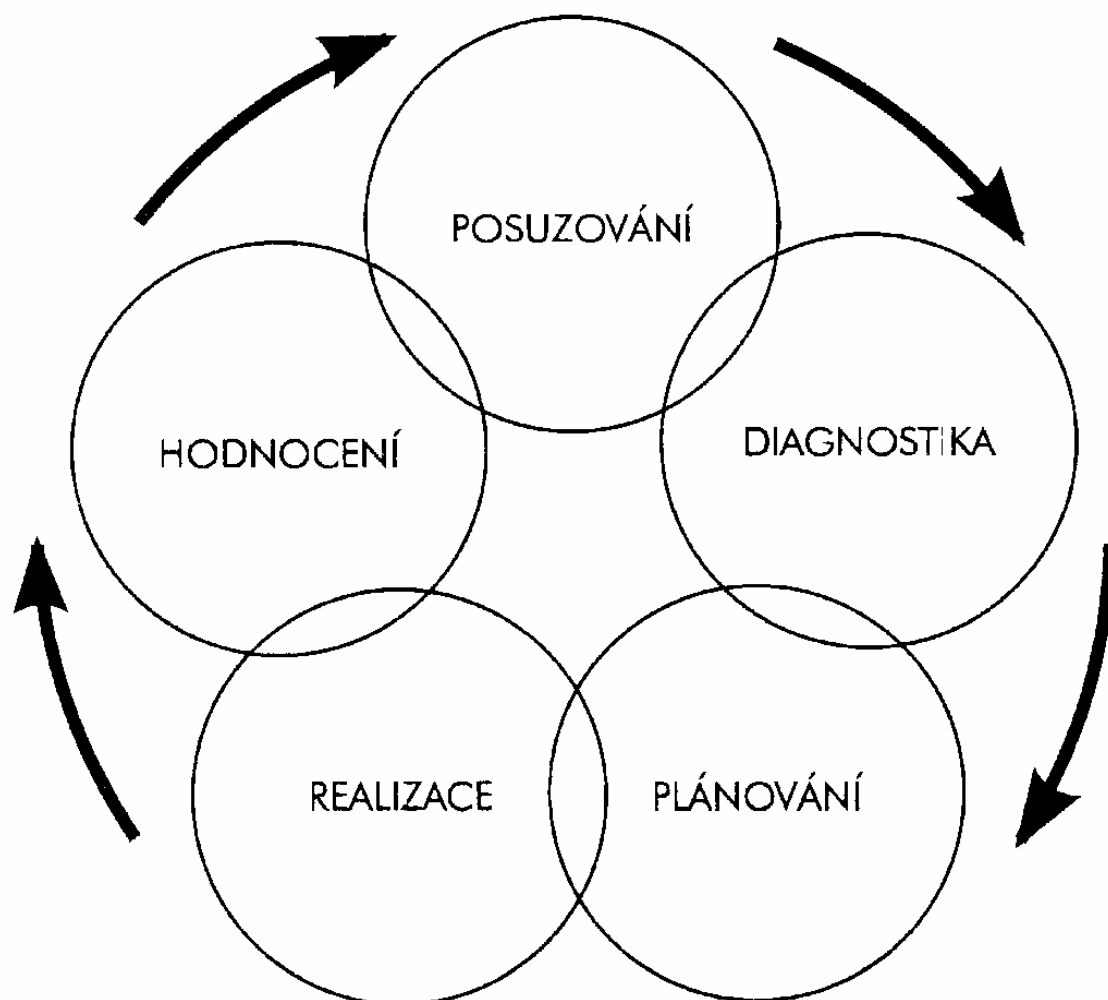
- a. ano
- b. ne
- c. nevím

Zdroj: vlastní

## Příloha 2: **Pozorování**

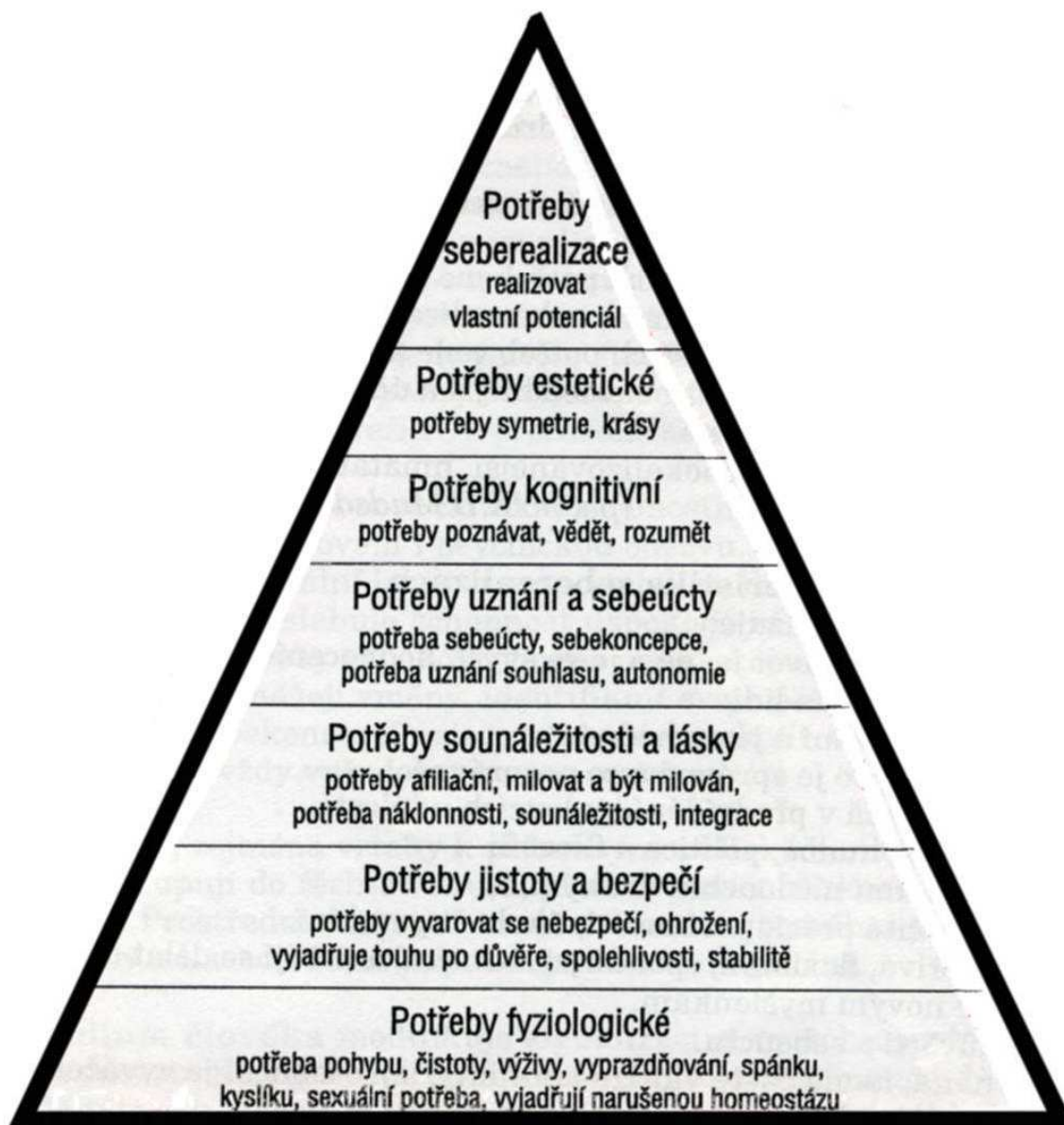
- a. Dodržování diagnostického postupu
- b. Dodržování holistického přístupu
- c. Znalost a využití klasifikace NANDA taxonomie II
- d. Správná realizace ošetřovatelského procesu vs. Ošetřovatelský proces rovná se vedení ošetřovatelské dokumentace
- e. Využití ošetřovatelské dokumentace
- f. Zvýšení samostatnosti sester díky zavedení ošetřovatelského procesu do praxe
- g. Potřeba zvýšení ošetřovatelského personálu pro dobrou realizaci ošetřovatelského procesu
- h. Systém ošetřovatelské péče (funkční, skupinový, systém primární sestry)

### Příloha 3: Ošetrovatelský proces



Zdroj: JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

#### Příloha 4: Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

## Příloha 5: Diagnostické domény, okruhy a třídy klasifikace NANDA taxonomie II

Tab. 1.1 Diagnostické domény, okruhy působnosti a třídy klasifikace NANDA – Int., taxonomie II

domény	oblast diagnostiky dysfunkčních potřeb	třídy
1. Podpora zdraví	Povědomí o zdravém životě, povědomí o správném fungování člověka a povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• povědomí o zdraví</li> <li>• management zdraví</li> </ul>
2. Výživa	Přijímání a asimilace látek, využívání živin za účelem zachování a hojení tkání a za účelem tvorby energie člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přijímání potravy</li> <li>• trávení</li> <li>• vstřebávání</li> <li>• metabolismus</li> <li>• hydratace</li> </ul>
3. Vylučování a výměna	Sekrece a exkrece odpadových produktů z těla.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vyprazdňování moči</li> <li>• gastrointestinální funkce</li> <li>• funkce pokožky</li> <li>• respirační funkce</li> </ul>
4. Aktivita – odpočinek	Produkce, uchování, výdej a rovnováha energetických zdrojů člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spánek – odpočinek</li> <li>• aktivita – pohyb</li> <li>• energetická rovnováha</li> <li>• srdeční – plicní odezva</li> <li>• sebezpečí</li> </ul>
5. Vnímání – poznávání	Informační systémy člověka – pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání a komunikace.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozornost</li> <li>• orientace</li> <li>• čítí – vnímání</li> <li>• poznávání</li> <li>• komunikace</li> </ul>
6. Vnímání sebe sama	Povědomí o sobě samém.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sebezpečí</li> <li>• sebeúcta</li> <li>• obraz těla</li> </ul>
7. Vztahy	Pozitivní a negativní společenské kontakty a společný život lidí nebo skupin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• role pečovatele</li> <li>• rodinné vztahy</li> <li>• vykonávání rolí</li> </ul>
8. Sexualita	Sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuální identita</li> <li>• sexuální funkce</li> <li>• reprodukce</li> </ul>
9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Vyrovňování se se životními událostmi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posttraumatická odezva</li> <li>• reakce na zvládání zátěže</li> <li>• neurobehaviorální stres</li> </ul>
10. Životní principy	Zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení, projevů a zvyků člověka nebo institucí. Jsou jimi považovány za pravdivé a mají pro ně vnitřní hodnotu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hodnoty</li> <li>• přesvědčení</li> <li>• soulad hodnot, přesvědčení a činů</li> </ul>
11. Bezpečnost – ochrana	Ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému. Jistota a bezpečí.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infekce</li> <li>• tělesné poškození</li> <li>• násilí</li> <li>• rizika životního prostředí</li> <li>• obranné procesy</li> <li>• termoregulace</li> </ul>
12. Komfort	Psychická, tělesná a sociální pohoda nebo klid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tělesný komfort</li> <li>• komfort prostředí</li> <li>• sociální komfort</li> </ul>
13. Růst/vývoj	Nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stadií člověka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• růst</li> <li>• vývoj</li> </ul>

Zdroj: MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1339-3.



## Příloha 6: Dokumentace pro hodnocení bolesti

### Hodnocení bolesti

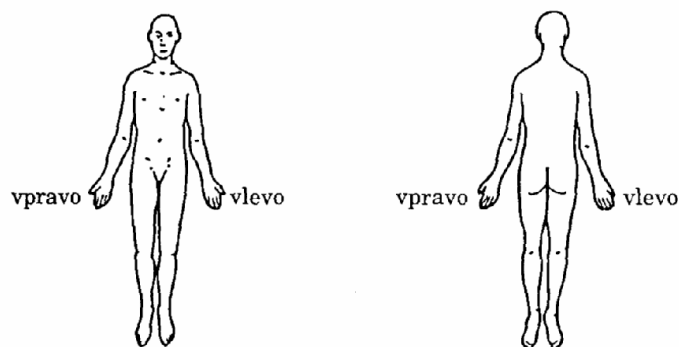
(podle Royal Marsden Hospital, in LEMON 1, 1996)

Jméno a příjmení .....  
R. č. ....  
Datum .....  
Základní vyšetření .....  
Pacientův popis bolesti .....  
Co pomáhá zmírnit bolest .....  
Co bolest zhoršuje .....

Máte bolest?	1. v noci	ano	ne	poznámka
	2. v klidu	ano	ne	poznámka
	3. při pohybu	ano	ne	poznámka

### Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C....



<b>Intenzita bolesti:</b> 0 – žádná bolest	3 – silná, stresující bolest
1 – mírná bolest	4 – velmi silná bolest
2 – obtěžující bolest	5 – nesnesitelná bolest

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*.  
1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s.  
ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 7: Příklad vizuální analogové škály



Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*.  
1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s.  
ISBN 80-7013-323-6.

**Příloha 8: Příklad dokumentace hodnocení soběstačnosti dle Barthela**

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL-activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

## Příloha 9: Ošetřovatelská anamnéza

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>ŠTÍTEK</b> </div>	<b>Důvod k přijetí:</b> <b>Lékařská dg.:</b> <b>Ošetřující lékař:</b> <b>Souhlas pacienta k podání informací, vztah, adresa, telefon:</b>
<b>Jak chcete být osloven:</b>	
<b>Příjem</b> <input type="checkbox"/> l. přijetí <input type="checkbox"/> přeložen <input type="checkbox"/> opak. přijetí odkud:	
<b>Alergie</b> <input type="checkbox"/> ne    ano, jaká:	
<b>Oš. dg.:</b>	
<b>1. Vnímání zdraví</b> Jak se cítíte? <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> : Důležité změny ve zdravotním stavu za poslední rok: <b>Oš. dg.:</b>	
<b>2. Výživa – metabolismus</b> Dieta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká:    Porucha polykání <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Forma stravy <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá    Stav chrupu <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> umělá protéza Způsob přijímání potravy <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie: Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulín, jaký: Příjem tekutin za 24 hod <input type="checkbox"/> < 0,5l <input type="checkbox"/> < 1 l <input type="checkbox"/> 2 l <input type="checkbox"/> > 2 l Pocit žízně <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemá Stav kůže <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> otoky, kde: Dekubity <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, lokalizace:    Léze <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, kde: způsob ošetřování: : Kanyla <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> periferní <input type="checkbox"/> centrální    kanylace dne:    umístění: Stav sliznic <input type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> soor <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> jiné <b>Oš. dg.:</b>	
<b>3. Vylučování</b> Vyprazdňování střeva <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> na posteli <input type="checkbox"/> stomie: Stolice <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa...x za týden <input type="checkbox"/> průjem...x za týden    Barva: Inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Užívané pomůcky: Užívané prostředky k vyprazdňování: Vylučování moče <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> na posteli <input type="checkbox"/> stomie: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> přes den <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v menších porcích <input type="checkbox"/> se zvýšeným tlakem <input type="checkbox"/> bolestivé močení <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> katétr, jaký:    od: Inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Užívané pomůcky: Pocení <input type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> nepotí se    Oděr <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>Oš. dg.:</b>	
<b>4. Aktivita, cvičení</b> Faktory bránící tělesné aktivitě <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> srdeční onemocnění <input type="checkbox"/> plicní onemocnění <input type="checkbox"/> onemocnění pohybového ap. <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> nezáměr o pohybovou aktivitu <input type="checkbox"/> svalové křeče, kde: <input type="checkbox"/> parézy/plegie, kde: Chybění částí těla:    Kompenzační pomůcky: Úroveň soběstačnosti (funkční úroveň: 0 – nezávislý, 1 – vyžaduje pomocný prostředek, 2 – potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby, 3 – potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení, 4 – potřebuje úplný dohled, 5 – potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen) .. najíst se .. umýt se .. vykoupat se .. obléci se .. polybovat se .. uvařit si .. nakoupit si .. udržovat domácnost <b>Oš. dg.:</b>	

<p><b>5. Spánek, odpočinek</b></p> <p><input type="checkbox"/> kvalitní spánek celou noc    <input type="checkbox"/> problémy s usínáním    <input type="checkbox"/> budí se, jak často:    <input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod.....</p> <p>Po probuzení se cítí    <input type="checkbox"/> odpočatý    <input type="checkbox"/> nevyspalý    <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Léky – hypnotika    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Odpočinek    <input type="checkbox"/> aktivní:.....    <input type="checkbox"/> pasivní:.....</p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>6. Vnímání, poznávání</b></p> <p>Vědomí    <input type="checkbox"/> jasné    <input type="checkbox"/> zastřené    <input type="checkbox"/> somnolence    <input type="checkbox"/> bezvědomí</p> <p>Orientace    <input type="checkbox"/> plně orientován    <input type="checkbox"/> částečně    <input type="checkbox"/> dezorientovaný:    <input type="checkbox"/> osobou    <input type="checkbox"/> časem    <input type="checkbox"/> místem</p> <p>Sluch    <input type="checkbox"/> dobrý    <input type="checkbox"/> zhoršený P - L    <input type="checkbox"/> neslyší P - L    <input type="checkbox"/> neslyšící</p> <p>Kompenzační pomůcky    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano: P - L</p> <p>Řeč    <input type="checkbox"/> plynulá    <input type="checkbox"/> narušená    <input type="checkbox"/> němý,    Schopnost dorozumění:</p> <p>Zrak    <input type="checkbox"/> normální    <input type="checkbox"/> zhoršený P - L    <input type="checkbox"/> nevidomý</p> <p>Kompenzační pomůcky    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano:    <input type="checkbox"/> brýle: .....    <input type="checkbox"/> čočky</p> <p>Bolest    <input type="checkbox"/> nemá    <input type="checkbox"/> má:    <input type="checkbox"/> akutní    <input type="checkbox"/> chronickou    <input type="checkbox"/> kde:    <input type="checkbox"/> kdy:</p> <p>Bolest vnímá    <input type="checkbox"/> přiměřeně    <input type="checkbox"/> zvýšeně    Škála:.....</p> <p>Co ji tiší: léky – analgetika:    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano    <input type="checkbox"/> úlevová poloha    <input type="checkbox"/> relaxační techniky    <input type="checkbox"/> tlakové masáže</p> <p>obklady    <input type="checkbox"/> teplé    <input type="checkbox"/> studené    <input type="checkbox"/></p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>7. Sebepojetí</b></p> <p><input type="checkbox"/> optimista    <input type="checkbox"/> pesimista    <input type="checkbox"/> vytrvalý    <input type="checkbox"/> nemá pevnou vůli    <input type="checkbox"/> zodpovědný    <input type="checkbox"/> nezodpovědný</p> <p>Hlas    <input type="checkbox"/> přiměřený    <input type="checkbox"/> hlučný    <input type="checkbox"/> tichý</p> <p>Způsob řeči    <input type="checkbox"/> srozumitelná, klidná    <input type="checkbox"/> rychlá    <input type="checkbox"/> pomalá    <input type="checkbox"/> pokašlává    <input type="checkbox"/> zadržává    <input type="checkbox"/> jiná, jaká:</p> <p>Cítíte omezení v době nemoci?    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano, v čem:</p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>8. Role – mezilidské vztahy:</b></p> <p><input type="checkbox"/> zaměstnaný    <input type="checkbox"/> nezam.    <input type="checkbox"/> důchodce    <input type="checkbox"/> student    <input type="checkbox"/> žák    <input type="checkbox"/> svobodný    <input type="checkbox"/> ženatý    <input type="checkbox"/> vdaná    <input type="checkbox"/> rozvedený    <input type="checkbox"/> děti:</p> <p>Bydlí    <input type="checkbox"/> sám    <input type="checkbox"/> s partnerem    <input type="checkbox"/> s dětmi    <input type="checkbox"/> domov důchodců    <input type="checkbox"/> pečovatelská služba    <input type="checkbox"/> bezdomovec</p> <p>Rodinné problémy    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Reakce rodiny na onemocnění    <input type="checkbox"/> zájem    <input type="checkbox"/> nezájem    <input type="checkbox"/> nevědí o nemoci    <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Chování k lidem    <input type="checkbox"/> asertivní    <input type="checkbox"/> pasivní    <input type="checkbox"/> agresivní    <input type="checkbox"/> přátelské    <input type="checkbox"/> familierní    <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>9. Sexualita – reprodukční schopnost</b></p> <p>♀ <b>Menstruace</b>    <input type="checkbox"/> pravidelná    <input type="checkbox"/> nepravidelná    <input type="checkbox"/> cyklus.../... (dny)    <input type="checkbox"/> normální    <input type="checkbox"/> silná    <input type="checkbox"/> slabá</p> <p>Vaginální výtoky    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano, jaké:    <b>Antikoncepce</b>    <input type="checkbox"/> žádná    <input type="checkbox"/> ano, jaká:</p> <p>Klimaktérium    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano, kdy.....    problémy:</p> <p>♂ <b>Problémy s prostatou</b>    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano, jaké:    <b>Jiné potíže:</b></p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí</b></p> <p>Prožívání napětí    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> zřídka    <input type="checkbox"/> často, jak často:</p> <p>Stres zvládá    <input type="checkbox"/> lehce    <input type="checkbox"/> obtížně    <input type="checkbox"/> sám    <input type="checkbox"/> s přítelem    <input type="checkbox"/> s rodinou    <input type="checkbox"/> jinak:</p> <p>Co ho vyvolává    <input type="checkbox"/> rodina    <input type="checkbox"/> škola    <input type="checkbox"/> zaměstnání    <input type="checkbox"/> okolí    <input type="checkbox"/> nemoc    <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Co ho snižuje    <input type="checkbox"/> relaxace    <input type="checkbox"/> alkohol    <input type="checkbox"/> drogy    <input type="checkbox"/> léky, jaké:</p> <p>Stresová situace vyvolává    <input type="checkbox"/> úzkosti    <input type="checkbox"/> beznaděje    <input type="checkbox"/> selhání    <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>11. Víra, životní hodnoty:</b> Náboženské vyznání:    <input type="checkbox"/> ne    <input type="checkbox"/> ano    Chcete zajistit:    <input type="checkbox"/> kněze    <input type="checkbox"/> pastora    <input type="checkbox"/></p> <p>Oš. dg.:</p>	
<p><b>12. Jiné:</b> Co pro Vás mohu nyní udělat?</p>	

**Základní screeningové vyšetření sestrou:**

Celkový vzhled, úprava:

Puls/ rychlost: Pravidelnost: Krevní tlak:

Dýchání/ rychlost: Pravidelnost: Tělesná teplota:

Hmotnost: Stablní: ano ne Zvýšená o .....kg Snížená o ....kg

Výška:

RTG snímky má s sebou: ano ne

Vzájemná spolupráce se členy rodiny:

Přepřacovaná Nortonova stupnice		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ										
	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	každé další onem. dle odpov. st.	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Polyblivost	Inkontinence	Součet		
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádná 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4			
	malá 3	<30 3	alergie 3	diabet.,teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	část.omez 3	občas 3			
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen obcizita 2	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	velmi ome. 2	přev.moč 2			
	žádná 1	60 a více 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leži 1	žádná 1	moč+stol. 1			

**Specifity oddělení:**

**Nemocný byl seznámen:**

s Právy nemocného ano ne

s domácím řádem ano ne

se službami nemocnice ano ne

**Nemocný zná:**

svého ošetřujícího lékaře ano ne

cennosti předány k uložení ano ne

svou primární sestru ano ne

**Poznámky:**

Datum: Ošetřovatelská anamnéza získána od:

Podpis sestry: Podpis klienta:

Zdroj: VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetřovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. ISBN 80-7013-327-9.

Příloha 10: Příklad ošetřovatelské překládové a propouštěcí zprávy

FAKULTNÍ NEMOCNICE Hradec Králové		ŠTÍTEK
<b>OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLAĐOVÁ A PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA</b>		
Hospitalizace na oddělení..... od: do: <input type="checkbox"/> Propuštění <input type="checkbox"/> Překlad .....		
Pacientova adresa po propuštění: Adresa domů / je-li jiná, než po propuštění /:		
Cennosti předány: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: Plánovaná vyšetření: Snímky RTG , CT předány kam:		
<b>1. Vnímání zdraví</b> Jak se cítíte? <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> : Spolupráce při léčbě:		
<b>2. Výživa – metabolismus</b> Dieta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaká: Porucha polykání <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Forma stravy <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá Stav chrupu <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> umělá protéza Způsob přijímání potravy <input type="checkbox"/> dostatečný <input type="checkbox"/> nízký <input type="checkbox"/> zvýšený <input type="checkbox"/> per os Sonda, jaká: od kdy: <input type="checkbox"/> stomie, jaká: od kdy: Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin, jaký: Příjem tekutin za 24 hod <input type="checkbox"/> < 0,5l <input type="checkbox"/> < 1 l <input type="checkbox"/> 2 l <input type="checkbox"/> > 2 l <input type="checkbox"/> aktivně nabízet Stav kůže <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> léze <input type="checkbox"/> převaz, kdy: Dekubity <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano I. II. III. IV. st. lokalizace: způsob ošetřování: : i.v. vstupy, od kdy: Časované léky <input type="checkbox"/> i.v.: <input type="checkbox"/> per os:		
<b>3. Vylučování</b> Stolice <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> patol. příměsi : <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie: Močení <input type="checkbox"/> bez potíží <input type="checkbox"/> potíže: <input type="checkbox"/> patol. příměsi: <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> permanentní katetr od kdy: <input type="checkbox"/> stomie: Pocení <input type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> nepotí se Oděr <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
<b>4. Aktivita</b> Kompenzační pomůcky: <i>Úroveň soběstačnosti (Funkční úroveň: 0- nezávislý, 1 – vyžaduje pomocný prostředek, 2 – potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby, 3 – potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení, 4 – potřebuje úplný dohled, 5 – potřebuje úplnou pomoc, sám není schopen)</i> .. najít se .. umýt se .. vykoupat se .. obléci se .. pohybovat se .. uvařit si .. nakoupit si .. udržovat domácnost		
<b>5. Spánek</b> <input type="checkbox"/> kvalitní spánek celou noc <input type="checkbox"/> problémy , jaké :		
<b>6. Vnímání, poznávání</b> Orientace <input type="checkbox"/> plně orientován <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> dezorientovaný: <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem Sluch <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený P - L Zrak <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršený P - L <input type="checkbox"/> brýle: ..... <input type="checkbox"/> čočky Bolest <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> má: <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronickou <input type="checkbox"/> kde: úlevová poloha:		
<b>7. Sebepojetí</b> <input type="checkbox"/> příjemný <input type="checkbox"/> hovorný <input type="checkbox"/> tichý <input type="checkbox"/> úzkostný <input type="checkbox"/> bojácný <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> výbušný <input type="checkbox"/> podrážděný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> mrzutý <input type="checkbox"/> náladový.....		
<b>8. Mezilidské vztahy</b> <input type="checkbox"/> příbuzní tel.: <input type="checkbox"/> zaměstnaný <input type="checkbox"/> nezam. <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> žák <input type="checkbox"/> svobodný <input type="checkbox"/> ženatý <input type="checkbox"/> vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený <input type="checkbox"/> děti: Bydlí <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s dětmi <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> bezdomovec Problémy se souvisejícím propuštěním z nemocnice: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> podána žádost do soc. zařízení , kam: <input type="checkbox"/> nutné řešení sociální pracovníci		
<b>9. Sexualita</b> problémy s prostatou <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké: Menstruace: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> obtíže, jaké: Vaginální výtok <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaký:		
<b>10. Stres, zvládání</b> Co nejvíce pomáhá ve stresové situaci:		
<b>11. Víra, životní hodnoty:</b> Náboženské vyznání: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
<b>12. Jiné:</b>		
<b>Ošetřovatelské diagnózy:</b>		<b>sesterské intervence:</b>
Informovanost pacienta:		
Upozornění:	Datum:	Podpis sestry:

Zdroj: VAŠÁTKOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelská dokumentace v nemocnici.*

1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 43 s. ISBN 80-7013-327-9.