

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vytvoření ošetrovatelské dokumentace a její využití v Domově pro seniory Chýnov

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Ivana Chloubová

Autor:
Anna Chamrová

2010

Abstract

Nursing documentation is becoming an important part of the medical documentation and it is an integral part of the nursing process in the homes for seniors too.

The theoretical part of the Bachelor thesis "Formation of Nursing Documentation and its Usage in the Home for Seniors Chýnov" contains chapters concerning the nursing process and nursing documentation. Further this part deals with the characteristics of the Home for Seniors Chýnov and with the specific problems and needs of geriatric clients in particular the clients suffering from Alzheimer dementia.

The target of the work is to make nursing documentation in the Home for Seniors Chýnov, to apply it in this establishment and to find out whether the availability of this documentation influences the holistic attitude of nurses to the client. The first stage of the research part involved formation of the new documentation and its application in the Home for Seniors Chýnov. The respondents had an opportunity to work with the documentation in the months of January and February 2010. In the second part we tried to survey opinions of the respondents of the made documentation. Four research questions were preceding the research. Research question number 1: Shall the nurses working in the Home for Seniors Chýnov accept the newly made documentation as a part of the medical documentation? Research question number 2: Shall the nurses working in the Home for Seniors Chýnov refer to time consuming work with the documentation? Research question number 3: Has the new documentation influenced communication among the members of the nursing staff? Research question number 4: Shall the newly made documentation contribute to the change of the nurses' opinion of the patients from the holistic philosophy point of view? To fulfil the set aims there was carried out the qualitative research using the method of questioning and semi-standardized interview. The research set consisted of 7 respondents (general nurses) working in this establishment.

Considering the research results we suppose that the work target has been fulfilled. The research has proved that the newly made documentation has improved communication among the members of the nursing team and the nurses have accepted it as a part of the medical documentation. The aim of the work was making a quality

nursing documentation which should be simple, not time consuming and which should be focused on specific needs of the clients of the Home for Seniors Chýnov. The thesis has practical contribution.

Abstrakt

Ošetrovatelská dokumentace se stává v současnosti důležitou složkou zdravotnické dokumentace. Je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu i v domovech pro seniory.

Teoretická část bakalářské práce „Vytvoření ošetrovatelské dokumentace a její využití v Domově pro seniory Chýnov“ obsahuje kapitoly týkající se ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské dokumentace. Dále se v této části zabýváme charakteristikou Domova pro seniory Chýnov a specifickými problémy a potřebami geriatrických klientů, především klientů s Alzheimerovou demencí.

Cílem mé práce je vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci v Domově pro seniory Chýnov, aplikovat ji v tomto zařízení a v neposlední řadě zjistit, zda použití této dokumentace má vliv na holistický přístup sester ke klientovi. Ve výzkumné části práce byla v první fázi vytvořena nová dokumentace a aplikována v Domově pro seniory Chýnov. Respondenti měli možnost s dokumentací pracovat v měsíci lednu a únoru roku 2010. V druhé fázi jsme se snažili zmapovat názory respondentů na vytvořenou dokumentaci. Před začátkem výzkumu byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Přijmou sestry, pracující v Domově pro seniory Chýnov nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace? Výzkumná otázka 2: Nebudou se sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov odvolávat na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací? Výzkumná otázka 3: Ovlivnila vytvořená dokumentace komunikaci mezi ošetrujícím personálem? Výzkumná otázka 4: Přispěje nově vytvořená dokumentace ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie? Pro naplnění uvedených cílů byl proveden kvalitativní výzkum metodou dotazování s využitím polostandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 7 respondentů (všeobecných sester) pracujících v tomto zařízení.

Na základě výsledků výzkumu se domníváme, že cíle práce byly splněny. Výzkum ukázal, že nově vytvořená dokumentace přispěla ke zlepšení komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu a sestry ji přijali jako součást zdravotnické dokumentace. Smyslem práce bylo vytvoření kvalitní ošetrovatelské dokumentace, která by byla

jednoduchá, časově nenáročná a zároveň byla zaměřena na specifické potřeby klientů
Domova pro seniory Chýnov. Práce má přínos praktický.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vytvoření ošetřovatelské dokumentace a její využití v Domově pro seniory Chýnov vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji vedení Domova pro seniory Chýnov za možnost provést výzkum v tomto zařízení a všem respondentům za ochotu, vstřícnost a věnovaný čas. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za psychickou podporu.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
<i>1.1 Ošetrovatelský proces</i>	<i>4</i>
<i>1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....</i>	<i>5</i>
<i>1.1 Ošetrovatelská dokumentace.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.1 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.2 Základní složky ošetrovatelské dokumentace.....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3 Význam ošetrovatelské dokumentace.....</i>	<i>8</i>
<i>1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace a právní normy.....</i>	<i>8</i>
<i>1.3 Charakteristika Domova pro seniory Chýnov.....</i>	<i>9</i>
<i>1.3.1 Domov pro seniory Chýnov</i>	<i>9</i>
<i>1.3.2 Domov se zvláštním režimem Chýnov.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3.3 Oddělení „Vážka“.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.3.1 Alzheimerova demence.....</i>	<i>12</i>
<i>1.3.3.2 Specifická péče o klienty Alzheimerovou demencí.....</i>	<i>13</i>
<i>1.3.4 Zaměstnanci Domova pro seniory Chýnov.....</i>	<i>14</i>
<i>1.4 Specifika ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory.....</i>	<i>15</i>
<i>1.5 Specifické problémy a potřeby geriatrických klientů.....</i>	<i>16</i>
<i>1.6 Etické aspekty sester.....</i>	<i>20</i>
<i>1.7 Specifika ošetrovatelské dokumentace klientů v Domově pro seniory.....</i>	<i>21</i>
<i>1.7.1 Vstupní ošetrovatelský záznam.....</i>	<i>21</i>
<i>1.7.2 Ošetrovatelský plán</i>	<i>22</i>
<i>1.7.3 Individuální plánování sociálních služeb</i>	<i>24</i>
<i>1.7.4 Dokumentace a vykazování péče zdravotním pojišťovnám</i>	<i>25</i>
2. Cíl práce a hypotézy.....	27
<i>2.1 Cíle práce.....</i>	<i>27</i>
<i>2.2 Výzkumné otázky.....</i>	<i>27</i>
3. Metodika.....	28
<i>3.1 Použité metody výzkumu.....</i>	<i>28</i>

3.2 Charakteristika cílového souboru.....	28
4. Výsledky.....	29
4.1 Vznik dokumentace.....	29
4.2 Rozhovory s respondenty.....	32
4.2.1 Identifikační údaje respondentů.....	32
4.2.2 Rozhovor s respondentem 1.....	34
4.2.3 Rozhovor s respondentem 2.....	37
4.2.4 Rozhovor s respondentem 3.....	40
4.2.5 Rozhovor s respondentem 4.....	43
4.2.6 Rozhovor s respondentem 5.....	46
4.2.7 Rozhovor s respondentem 6.....	49
4.2.8 Rozhovor s respondentem 7.....	52
5. Diskuse.....	55
6. Závěr.....	60
7. Seznam použité literatury.....	62
8. Klíčová slova.....	65
9. Přílohy.....	66
9.1 Seznam příloh.....	66

Úvod

S příchodem platnosti zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách se objevila povinnost vykazovat zdravotní výkony a vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace v domovech pro seniory a ústavech sociální péče. Dále koncepce ošetrovatelství MZ z roku 2004 ukládá vést zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci ve zdravotnických zařízeních, sociálních zařízeních a komunitní péči, která dokládá, že ošetrovatelská péče je prováděna metodou ošetrovatelského procesu.

Pracuji v Domově pro seniory Chýnov jako všeobecná sestra, proto téma „Vytvoření ošetrovatelské dokumentace a její využití v Domově pro seniory Chýnov“ bylo podmíněno mým osobním zájmem. Domnívám se, že dokumentace v domově pro seniory by měla být odlišná, vzhledem ke specifickým potřebám geriatrických klientů a délky pobytu v zařízení. Ošetrovatelská dokumentace slouží k zaznamenávání ošetrovatelského a individuálního plánu, hodnocení jednotlivých činností, sledování vývoje stavu klienta. Je dokladem toho, že všechny intervence jsou prováděny v zájmu klienta.

V této práci bych ráda zjistila, zda sestry, pracující v Domově pro seniory Chýnov, přijmou nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace. Zda nově vytvořená dokumentace přispěje ke změně pohledu na klienta a ke zlepšení komunikace mezi ošetrojícím personálem.

1. Současný stav

1.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces představuje soubor plánovaných činností, které jsou zaměřeny především na odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Stává se hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu při poskytování a řízení ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních, sociálních zařízeních i v komunitním ošetrovatelství (16). Jedná se o individualizovaný přístup k ošetrovatelské péči o pacienta/klienta, který je orientovaný především na řešení problému, s cílem uspokojit individuální potřeby pacienta/ klienta.

Význam ošetrovatelského procesu spočívá především v tom, že sestry poznávají pacienta/klienta mnohem lépe, stává se pro ni člověk se svými osobními problémy a nejen „lékařská diagnóza“. Každý člen ošetrovatelského týmu nese zodpovědnost za konkrétní část péče, kterou je povinen zajistit. U pacientů/klientů, kteří jsou chronicky nemocní a v terminálním stádiu, kde nelze očekávat vyléčení, přináší plánovaná a cílevědomá individuální péče mnohem více prospěchu. U obtížně spolupracujících pacientů/klientů ošetrovatelský proces pomáhá pochopit příčiny jejich chování a umožňuje najít vhodný způsob přístupu ošetrovatelského týmu (24).

Výhodou ošetrovatelského procesu pro pacienta/klienta je především to, že individualizovaná ošetrovatelská péče je řízena a ordinována sestrou s ohledem na jeho aktuální a potencionální problémy a je zaměřena na uspokojování potřeb jednotlivce. Je kladen důraz na aktivní účast pacienta/klienta, který se podílí na hodnocení péče a jeho měnícím se potřebám se přizpůsobuje i ošetrovatelská péče, která zvyšuje nebo pouze udržuje jeho soběstačnost. Přínosem pro sestru je zvyšování samostatnosti při práci, zvyšování profesních pravomocí a odpovědnosti. Vyhodnocování péče a pozitivní zpětná vazba přináší sestře lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace (24, 12).

1.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces probíhá v pěti základních fázích, které slouží k posouzení a zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, ke stanovení ošetrovatelských problémů, k plánování a realizaci ošetrovatelské péče a následně k vyhodnocování její efektivity (16, 24).

Posouzení je první fází ošetrovatelského procesu. Jedná se o sběr informací a jejich následné třídění. Zaznamenávají se osobní údaje o pacientovi/klientovi, poznatky jeho denních zvyků, hodnotí se současný stav, který ovlivňuje naléhavost další ošetrovatelské péče. Snažíme se sestavit ošetrovatelskou anamnézu, která není totožná s lékařskou. Obě tyto diagnózy se však vzájemně doplňují (12, 16, 25).

Druhou fází je *diagnostika*. Jde vlastně o vytvoření ošetrovatelské diagnózy, kterou chápeme jako označení potřeb pacienta/klienta, při které sestra zpracovává získané údaje a stanovuje prioritní potřeby a ošetrovatelské problémy z hlediska sestry a pacienta/klienta. Můžeme ji rozdělit na aktuální, potencionální a edukační. Aktuální je zaměřena na již přítomný problém, jako je např. bolest, dušnost, porušená integrita kůže, hypertermie a jiné. Potenciální diagnóza je zaměřena na ošetrovatelskou péči v předcházení případných rizik spojených s dlouhodobou nemocí jako je riziko pádu, porušení kožní integrity, deficitu tělesných tekutin apod. Edukační ošetrovatelská diagnóza je orientována na potřebu klienta, která nevykazuje dysfunkci, ale edukací a podporou ji můžeme zlepšit. Sesterskou diagnózu je možné stanovit podle standardizované taxonomie II. NANDA (North American Nurse Diagnosis Association), kde jsou zahrnuty názvy diagnóz s číselným kódem (11, 12, 24, 25).

Plánování ošetrovatelské péče je další fází, která znamená stanovení naléhavosti řešení problémů, stanovení očekávaných výsledků. Jedná se o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, naplánování metod a ošetrovatelských intervencí potřebných k jejich naplnění (12, 25).

Realizace plánu péče je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Je zaměřena na dosažení stanovených cílů. Každý z účastníků plní svoji příslušnou roli a uplatňuje ošetrovatelské činnosti v praxi k zajištění prospěchu a pohody pacienta/ klienta (12, 24, 25).

Poslední fází je *vyhodnocení* výsledků péče. V této fázi sestra zjišťuje, zda a do jaké míry byly dosaženy stanovené cíle, zda má plán péče a jednotlivé intervence změnit nebo naplánovat jiné. Zhodnocení provádí sestra objektivně a pacient/klient subjektivně.

Všechny fáze ošetrovatelského procesu se vzájemně prolínají a opakují. Jejich nedílnou součástí se stává dokumentace (12, 24, 25).

1.2 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace má v současnosti stále větší váhu, stává se důležitou součástí zdravotnické dokumentace. Její základní struktura vychází z Koncepce ošetrovatelství ČR a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Shromažďuje informace o nemocném z ošetrovatelského pohledu, záznamy o poskytnuté péči a jejím efektu na pacienta (24). Všechny tyto údaje o fyzickém, emocionálním i sociálním stavu klienta, jeho reakce na lékařské a ošetrovatelské intervence slouží všem ostatním členům týmu a přispívají k uspokojování potřeb pacienta/klienta (9). Ošetrovatelská péče je prováděna jak podle ordinace ošetrujícího lékaře, tak i dle rozhodnutí sestry, která péči poskytuje. To, že ji sestra provedla správně v určeném čase a způsobem, jak bylo ordinováno, dokládá právě ošetrovatelská dokumentace (30).

1.2.1 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace stejně jako dokumentace lékařů, aby plnila svou funkci a odpovídala platným předpisům, musí být vedena v listinné nebo elektronické formě (30). Správně vedená dokumentace by neměla obsahovat zbytečné údaje. Jejím účelem není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativě (24).

Existuje několik pravidel, které přispívají k efektivnímu vedení ošetrovatelské dokumentace. V první řadě musí mít každý pacient/klient vedenou samostatnou ošetrovatelskou dokumentaci, která by měla obsahovat ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladovou/propouštěcí zprávu (1).

Zapisování pravdivých informací by mělo být samozřejmostí všech členů týmu. Zde je na místě uvědomit si, že nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí pohled na celou dokumentaci. Všechny uvedené záznamy musí být čitelné, věcné, srozumitelné, napsané správně po jazykové stránce bez zbytečných vulgarismů, slangových výrazů a neschválených značek. Místo ani oprávnění v dokumentaci nemají v žádném případě subjektivní pocity ošetřujících. Tyto záznamy jsou laickou veřejností vnímány negativně jako projev neodbornosti (30). Všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla. Ošetřovatelské záznamy mají být pořizovány vždy při změně pacientova/ klientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu a příspěvek každého člena ošetřovatelského týmu by měl být považován za stejně důležitý. Dobré vedení ošetřovatelské dokumentace pomáhá dodržet stanovenou kvalitu péče pro pacienty. Přispívá také k ochraně pacienta tím, že zajišťuje standard ošetřovatelské péče, kontinuitu péče, lepší komunikaci a předávání informací mezi členy zdravotnického týmu, přesný popis plánu péče a poskytované péče a v neposlední řadě možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy pacienta.(1).

1.2.2 Základní složky ošetřovatelské dokumentace

Základní ošetřovatelská dokumentace obsahuje:

Vstupní ošetřovatelský záznam, jehož součástí je ošetřovatelská anamnéza, subjektivní hodnocení nemocného sestrou a objektivní hodnocení pomocí měřících technik

Plán ošetřovatelské péče, jehož součástí je ošetřovatelská diagnóza, cíle ošetřovatelské péče, plánované sesterské činnosti, hodnocení efektu péče. Dále musí obsahovat datum poskytnutí a hodnocení péče, záznam o neplánované situaci, podpis sestry odpovídající za plán péče a sestry, která péči poskytla.

Výstupní ošetřovatelská zpráva, která zajišťují kontinuitu péče při překladech pacienta na jiné pracoviště.

Doplňující záznamy o různých ošetřovatelských testech, které jsou typické pro druh zařízení a poskytovanou péči, např. hodnocení soběstačnosti, hodnocení bolesti, hodnocení rizika vzniku dekubitů, hodnocení rizika pádu, polohovací záznam, záznam o příjmu a výdeji tekutin, karta diabetika, edukační záznam (24).

1.2.3 Význam ošetřovatelské dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace poskytuje aktuální přehled o vývoji zdravotního stavu, je zdrojem informací o aktuálních potřebách jedince, cílech péče a jednotlivých intervencí, potřebných k jejímu naplnění. Dává ucelený a systematický přehled o poskytované péči a slouží jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis. Je formou písemné komunikace mezi členy ošetřovatelského týmu, usnadňuje přesné sdělování informací o pacientovi, pozitivní či negativní reakce pacienta na léčbu a ošetřovatelskou péči, umožňuje hodnotit účinnost a neúčinnost jednotlivých ošetřovatelských zákroků. Zápis v ošetřovatelské dokumentaci musí být proveden při každé změně zdravotního stavu pacienta/klienta a jeho hodnocení by mělo následovat ošetřujícím personálem za každou pracovní směnu. Tyto údaje mohou být využívány v ošetřovatelském výzkumu. V tomto případě musí být v dokumentaci písemný souhlas pacienta/klienta. Právo pacienta/klienta odmítnout přístup k jeho záznamům by mělo být respektováno. Velký význam má dokumentace pro kontrolu kvality péče (24).

1.2.4 Ošetřovatelská dokumentace a právní normy

Podle nejnovějších právních norem se vedení dokumentace řídí vyhláškou č. 64/2007 Sb. publikované ve Sbírce zákonů, kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. (16). Zákon č.20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění změn a doplňků v § 55 odst. 2, písm. d) ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, získaných v souvislosti s výkonem svého povolání (29, 34). Ochranu osobních údajů o fyzických osobách, práva a povinnosti při zpracování těchto údajů upravuje Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v § 13 (35). Pro záznam v ošetřovatelské dokumentaci je důležité ustanovení § 5 odst. 1 písm. d) výše uvedeného zákona, který stanovuje povinnost správce shromažďovat osobní údaje, které odpovídají stanovenému účelu, a to pouze v rozsahu nezbytném pro jeho naplnění (29).

1.3 Charakteristika Domova pro seniory Chýnov

Domov pro seniory je umístěn v prostorách barokního zámku. Na podzim roku 2008 byla dokončena výstavba nového pavilonu, který nese jméno doc. prim. MUDr. Ivy Holmerové, Ph. D., předsedkyně České gerontologické společnosti a spoluzakladatelky České alzheimerovské společnosti, s kterou již řadu let toto zařízení spolupracuje. Na počátku roku 2009 byly zrekonstruovány prostory jedné části původního objektu. Pro uživatele tak vznikly jedno a dvoulůžkové pokoje se sociálním zařízením, což přispělo ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Ve zbývajících částech jsou dvou, tří a čtyřlůžkové pokoje (2).

Domov pro seniory Chýnov je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Jihočeský kraj se sídlem v Českých Budějovicích. Toto zařízení je zřízeno za účelem poskytování pobytových sociálních služeb a zdravotní péče uživatelům, kteří odpovídají cílové skupině a mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a zdravotního stavu. Poskytují se zde dvě sociální služby – Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Služby a péče jsou uživatelům poskytovány celý rok, nepřetržitě 24 hodin denně, na základě předem uzavřené smlouvy s uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Pobyt klienta může být sjednán pouze na dobu neurčitou (tzv. trvalý pobyt). Pro pobyt klientů je zpracován Domácí řád, se kterým je klient seznámen při nástupu do zařízení.(2).

1.3.1 Domov pro seniory Chýnov

Kapacita této služby je 41 lůžek. Hlavním účelem je poskytování pobytových služeb sociální péče osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v souladu s jejich právy a svobodami. Cílovou skupinou jsou především lidé, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo dospělé osoby, které jsou posouzeny jako plně invalidní. Všechny tyto osoby vzhledem k trvalé změně zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, nebo toto umístění nezbytně potřebují

z jiných vážných důvodů (2). V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, poskytuje Domov pro seniory svým uživatelům tyto základní činnosti:

- „ a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (33, část třetí, § 50, odst. 2)

1.3.2 Domov se zvláštním režimem Chýnov

Kapacita této služby je 36 lůžek. Hlavním účelem je poskytování pobytových služeb sociální péče osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, Parkinsonovou chorobou, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v souladu s jejich právy a svobodami. Cílovou skupinou jsou především senioři, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo dospělé osoby, které jsou posouzeny jako plně invalidní a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, nebo toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Je zde poskytována sociální služba pouze osobám s přiznaným stupněm závislosti (2). Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem se zajišťují v rozsahu úkonů uvedených zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (36, 33).

Při této službě je zřízeno informační poradenské centrum, které je garantováno Českou alzheimerovskou společností Praha. Jeho hlavním cílem je poskytovat rady a informace, jakým způsobem pečovat a zlepšovat kvalitu života osob v pokročilém stádiu Alzheimerovy demence. Toto centrum je určeno jednak pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou a zároveň pro rodinné příslušníky a přátele, kteří dosud pečují o tyto osoby sami v domácím prostředí. Poradenství probíhá osobní i telefonickou formou. Zájemci získají potřebné informace o chorobě samotné i o tom, jaké problémy mohou očekávat s postupem nemoci. Dále získají kontakty na další instituce s regionální či celostátní působností, kam se mohou zájemci obrátit. Důležitou součástí je i distribuce materiálů vydaných ČALS pro pečující (2).

1.3.3 Oddělení „Vážka“

Od roku 2001 je součástí Domova se zvláštním režimem oddělení „Vážka“, které má v současné době kapacitu 21 lůžek. Kvalita péče na tomto oddělení je hodnocena, sledována a certifikována Českou alzheimerovskou společností a řídí se kodexem „Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence“, který vydala Česká alzheimerovská společnost na pomoc občanům postiženým demencí Czech Alzheimer Society ve spolupráci s MZ ČR.

Nedílnou součástí péče je respektování zvláštních potřeb lidí s demencí, s důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, zachování soběstačnosti a všech ostatních schopností co nejdéle. Velký požadavek je zde kladen i na kontinuitu vzdělávání personálu, kterou sama tato společnost garantuje.

Posláním takového oddělení je udržení či zlepšení kvality života lidí v pokročilých stádiích demence. Na toto oddělení jsou přijímáni klienti, kteří mají výrazně sníženou soběstačnost ve všech aktivitách denního života a orientaci, kdy domácí péče je nezvládnutelná jak z hlediska zachování kvality života nemocného člověka i pečujících rodinných příslušníků anebo je vysoce náročná z finančního hlediska (2)

1.3.3.1 Alzheimerova demence

Alzheimerovu demenci řadíme mezi primárně degenerativní demence. Představuje 60 % všech demencí. Její první popis předložil profesor Alois Alzheimer (17). Jedná se o pomalu vznikající demenci s nenápadným začátkem. Způsobuje nevratné změny v mozkových buňkách a úbytek mozkové hmoty. Z počátku se projevuje a diagnostikuje jako mírná porucha kognitivních funkcí.

Prvními příznaky bývají poruchy paměti, především krátkodobé, drobné změny osobnosti, chování, návyků a zvyků. Nejvíce je porušena vštípivost paměti, tedy schopnosti zapamatovat si nové informace (7, 17). S postupující demencí se velice brzy objevují poruchy orientace v prostoru i čase. Zhoršuje se schopnost úsudku, rozhodování je stále obtížnější. Významně se snižuje slovní zásoba, dochází k poruchám řeči a plynulého vyjadřování. Nemocný má problémy s vykonáváním běžných domácích úkolů, problémy při oblékání, hygieně. V oblasti emoční nastává postupně emoční oploštělost, která se týká jak bezprostředních emocí, tak i emocí etických a estetických. Je přítomna deprese, tupá euforie, nebo naopak záchvaty vzteku.

Ve stadiu těžké demence bývají těžké poruchy paměti, nemocní jsou kompletně dezorientováni, protože si nic nového nezapamatují. Dochází k poruchám chůze a jemné motoriky, chování, intelektu, řeči. Alzheimerovu demenci lze rozdělit na lehkou, střední a těžkou demenci.

Lehká demence se vyznačuje především poruchami paměti. Člověk zapomíná, zakládá věci. Je podezřívavý, vztahovačný, popírá problémy. Objevuje se dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování a bezradnost. Rovněž se mohou objevit známky deprese, úzkosti a agresivity, hlavně z důvodu uvědomování si úbytku paměti a dalších funkcí. V tomto stádiu je člověk relativně soběstačný a zatím nepotřebuje trvalý dohled a trvalou péči druhé osoby.

Střední stadium demence se projevuje prohlubováním změn osobnosti člověka a výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách. Člověk není schopen vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování. Člověk v této fázi demence je postižen blouděním a dalším problémovým chováním, které velmi často může ohrozit jeho

bezpečnost. Toto stádium je provázáno omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci další osoby v jednotlivých denních aktivitách, při vykonávání osobní hygieny a oblékání. Velmi důležitá je potřeba trvalého dohledu. Optimální formou péče o tyto nemocné je možnost pobytu v denním stacionáři, kde je péče zaměřena na zachování soběstačnosti prostřednictvím sebeobslužných činností a dalších aktivit, které zlepšují kvalitu jeho života a tvoří náplň dne.

Těžká forma demence se vyznačuje úplnou ztrátou soběstačnosti. Dochází k výraznému omezení verbální komunikace až ke ztrátě řeči. Člověk nerozpozná blízké osoby, nechápe dění kolem sebe. Výrazně je porušen příjem potravy, člověk se nedokáže najíst rukou a může mít potíže s polykáním. Zhoršuje se jeho mobilita, chůze bývá obtížná, stává se zcela inkontinentním. V této fázi je režim člověka maximálně přizpůsoben jeho možnostem a potřebám (7).

1.3.3.2 Specifická péče o klienty Alzheimerovou demencí

Celodenní péče u těchto klientů se zaměřuje především na jejich podporu v aktivitách denního života, podporu soběstačnosti a aktivitu prostřednictvím jednotlivých terapeutických metod, zejména ergoterapie. Neméně významnou roli hraje přiměřený pohybový režim, léčebná tělesná výchova, pohybová terapie a fyzioterapie, verbální a neverbální komunikace s klienty, péče o vzhled. Nedílnou součástí péče je soustavné hodnocení aktuálního stavu klienta, sestavení individuálního plánu péče a naplňování jeho cílů, sledování psychického stavu (emotivita, kognitivní funkce). Velmi důležitá je práce s rodinou klienta.

Přijetí klienta na oddělení „Vážka“ je možné pouze za podmínky, že klientovi je stanovena diagnóza demence a určen terapeutický postup, je posouzena klientova soběstačnost, kognitivní funkce a poruchy chování a je stanoven individuální plán péče s důrazem na kvalifikovanou péči. Stav klienta je stabilizovaný a nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici či psychiatrické léčebně, ale potřeba péče a dohledu je natolik náročná, že ji nelze zajistit rodinou, osobní asistencí ani domácí péčí (2).

1.3.4 Zaměstnanci Domova pro seniory Chýnov

Tým pracovníků sociální a zdravotní péče Domova pro seniory v Chýnově tvoří:

1 sociální pracovnice

1 vrchní sestra

1 staniční sestra

1 základní nepedagogická výchovná pracovnice

9 všeobecných sester

12 sanitářů

4 pracovníci přímo obslužné péče

Sanitáři a pracovníci obslužné péče provádějí hygienickou péči, podávají stravu, pomáhají klientovi dle jeho potřeb s nácvičkou dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu a soběstačnost. Dle stupně závislosti klienta na službě provádějí úkony k zajištění základních životních potřeb a mobility.

Instruktoři sociální péče provádějí individuální či kolektivní práci s uživateli, snaží se je získávat k aktivní spolupráci při vyplňování jejich volného času. Plánují a zabezpečují kulturní, zájmové a jiné společenské akce pro uživatele v zařízení i mimo něj. Organizují hudební vystoupení, divadelní, představení, návštěvy divadel, taneční zábavy, vycházky do města a výlety klientů. Pomáhají při zajišťování doplňkových služeb, jako jsou pedikúra, holič, kadeřnice a udržování kontaktu s okolním světem.

Sociální pracovnice je zodpovědná za komplexní agendu týkající se přijímání nových klientů, sepisování smluv, zpracování úhrad za pobyt, vedení sociálních záznamů a provádění sociálních šetření u klientů, kteří mají v zařízení žádost. Důležitou součástí její práce je vyjednávání s klienty a jejich rodinami o podobě služby, do které vstupují, nebo kterou již využívají. Pomáhá také při řešení stížností a nejrůznějších konfliktních situací.

Všeobecné sestry zajišťují odbornou komplexní ošetrovatelskou péči, plní ordinace lékaře, podávají naordinovanou medikaci léků per os i v injekční formě, rozhodují o stavu pacienta a potřebě přivolání RZP, dohlíží na dodržování dietních opatření, provádí převazy a zajišťují prevenci dekubitů. Jsou zodpovědné za okamžité informování rodiny klienta při zhoršení jeho zdravotního stavu a při převozu

k hospitalizaci do zdravotnického zařízení. Zhodnocení klienta, diagnostika jeho problémů, plánování, realizace a hodnocení ošetrovatelskou péčí zajišťují v souladu s ošetrovatelským procesem (22).

Všichni pracovníci při poskytování služeb respektují uživatele, jeho práva, soukromí, vlastní identitu. Spolupracují s rodinou a ostatními institucemi při poskytování služeb. Snaží se být ohleduplní, taktní, zachovávat svěřené informace v tajnosti, v rámci možností zachovávají tradice a zvyky uživatelů, které si přinesli ze svého domova. Přizpůsobují se potřebám uživatelů, musí umět pružně reagovat na potřeby uživatelů, změnit zaběhnutý způsob práce a režim zařízení, hledat optimální cesty

k jejich uspokojení (22). V neposlední řadě jsou všichni zaměstnanci povinni dodržovat etické kodexy a práva klientů, se kterými jsou seznámeni při nástupu do zaměstnání. Vztah k uživatelům v zařízení upravuje Etický kodex zaměstnance (20).

1.4 Specifika ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory

Obecně v péči o seniory platí princip neoddělitelnosti a komplexnosti zdravotní a sociální služby s ohledem ke specifickým potřebám a problémům seniorů (6). Vzhledem k charakteru dlouhodobé péče musí být v domově pro seniory poskytována jednak zdravotně sociální péče a jednak se zařízení stává domovem pro své obyvatele. Klienti zde dožívají svůj život, jejich zdravotní stav se postupně zhoršuje, přesto však mají své oprávněné nároky na zajištění individuálního přístupu ke svým potřebám a poskytnutí informací. Způsob poskytování služby umožňuje lidem zachování samostatnosti a nezávislosti v nejvyšší možné míře i vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, věku a postižení.

Všeobecné sestry pracující v těchto zařízeních se musejí spoléhat samy na sebe. Jsou tu většinu času bez lékaře a musejí samostatně provádět komplexní ošetrovatelskou péči, sledují klienta z hlediska bio-psycho-sociálních potřeb. Hodnotí, informují, monitorují, rozhodují, plní ordinace lékaře, zajišťují bezpečnost klientů. Provádí jednu z neměřitelných věcí, ale velmi náročných, a tou je edukace klientů ke zdravému nebo alespoň spokojenému způsobu života. Každému klientovi je po přijetí přidělena

primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu jeho pobytu a za vedení příslušné ošetrovatelské dokumentace. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších pracovníků. Není-li ve službě, klienta předá sestřím další směny, po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se podílí v průběhu směny také na ošetřování dalších klientů, jimž primární sestrou není.

Ošetrovatelská péče je zajišťována v takovém rozsahu, aby bylo dosaženo největší možné kvality života klienta. Péče je přizpůsobena potřebám klienta, organizace provozu se řídí individuálními zvyklostmi klienta, neboť zařízení se stává pro klienty jejich domovem a je tedy snahou všech pracovníků, aby se zde tak i cítili.

Náročnost práce sestry je podmíněna nejen těžkým zdravotním stavem geriatrických klientů, ale často i velkou odpovědností sester za samostatná rozhodnutí. Ošetrovatelská péče respektuje specifika jejich potřeb a odlišnosti průběhu nemocí. Je zaměřena na podporu optimálního stavu, zachování schopnosti adaptace a soběstačnosti, poskytování především dlouhodobé péče v nemoci a umírání (5).

Zvláštnosti ošetrovatelské péče jsou orientovány především na udržení soběstačnosti klienta a zlepšení kvality jeho života, uspokojování potřeb, předcházení komplikací, zachování fyzické a psychické kapacity člověka (25).

1.5 Specifické problémy a potřeby geriatrických klientů

Oproti mladší generaci dochází u seniorů k určitým změnám v životních potřebách. Mění se hodnotová orientace, do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Na intenzitě nabývají fyziologické potřeby, především potřeba výživy, vyprazdňování, spánku a odpočinku, být bez bolesti. Zbývající fyziologické potřeby – hygieny, hydratace, aktivity a sexuální potřeby, zůstávají v pozadí, nebo je senioři cítí méně nebo dokonce vůbec. Příkladem se stává zanedbávání hygienické péče nebo ztráta pocitu žízně. Z psychosociálních potřeb dominuje potřeba jistoty, bezpečí, lásky a sounáležitosti. Seniorský věk bývá provázen snižující se potřebou soběstačnosti a sebeděče (15).

Multimorbidita, současný výskyt více chorob, je typickým rysem onemocnění ve stáří. Jejím důsledkem se stává polypragmatie tj. užívání mnoha léků najednou (4).

Některé závažné zdravotní obtíže a objektivní i subjektivní příznaky jsou pro geriatrické pacienty/klienty typické. Jedná se především o instabilitu s rizikem pádu, imobilizační syndrom, chronickou bolest pohybového aparátu, inkontinenci. Dalšími typickými příznaky jsou malnutrice, dehydratace, kognitivní deficit, demence, poruchy chování a poruchy paměti (4, 8).

Deprese je velmi častým onemocněním v seniorském věku, které se projevuje dlouhodobě přetrvávající špatnou náladou a smutkem, pocitem beznaděje, opuštěností a pocitem bezvýznamnosti. Velkou pozornost musíme věnovat zejména klientům, kteří jsou apatičtí, smutní, nevidí význam svého života, neprospívají, obtížně se s nimi komunikuje a spolupracuje, udávají různé bolesti další příznaky, pro které neshledává lékař důvod. Výskyt depresivních poruch lze orientačně zjistit škálou deprese dle Yessavage (Příloha 1). Onemocnění je velmi dobře léčitelné (4, 28).

Dalším typickým příznakem, který se objevuje ve stáří je *instabilita*, která je důsledkem snížené funkce a koordinace muskuloskeletárního systému, oslabení prostorového smyslového vnímání. Vzájemně se podmiňuje s hypomobilitou a depresí. Další důležitou příčinou instability je přítomnost základních onemocnění. Nepříznivě působí i některé léky, zejména diuretika, antihypertenziva a hypnotika a další psychoaktivní látky, jejichž vedlejší účinek se projevuje slabostí, hypotenzí, oblužeností a závratěmi. Nejzávažnějším důsledkem instability a hlavním rizikem jsou pády (4).

Pády se stávají významnou komplikací života seniorů. Jsou příčinou sekundární morbidity, disability a v neposlední řadě i mortality. Příčiny mohou být vnější i vnitřní, pro seniory je však typická kombinace obou příčin. Vnitřní příčinou je kardiovaskulární onemocnění, neuromotorické poruchy, psychiatrické onemocnění, poruchy sluchu, zraku a vestibulárního aparátu, porucha chůze, omezení rozsahu pohybu a svalová slabost. Mezi vnější příčiny můžeme zařadit nevhodnou obuv, nevhodné a nesprávné používání kompenzačních pomůcek a vliv léků. Důsledky pádů jsou jak tělesné, kdy dochází ke zlomeninám, poranění měkkých tkání a omezení tělesných aktivit, tak i psychologické, které vedou k omezení tělesných aktivit a sociálního kontaktu z důvodu anticipačního strachu. Zvláštní podkapitolu pádů, velmi závažnou v ústavní

péči, tvoří pády nesouvisející s postojem a chůzí. Jedná se především o pády ze sedu, při vertikalizaci klienta a pády z lůžka (4, 8, 17).

Imobilizační syndrom vzniká v důsledku dlouhodobého omezení pohybové aktivity. Úzce souvisí s hypomobilitou, malnutricí, dehydratací a kognitivním deficitem. Zvláště u geriatrických klientů dochází v důsledku imobilizačního syndromu k poškození všech orgánových systémů. Nejvýraznější změny se projevují na systému kosterním a svalovém. Dochází ke vzniku svalové atrofie a vzniku flexních kontraktur nejčastěji na dolních končetinách. Dlouhodobá imobilita oslabuje systém kardiovaskulární, kdy dochází k ortostatické hypotenzi, dále dochází k oslabení krevního oběhu se všemi důsledky včetně rizika trombózy a embolie. U imobilních klientů dochází k oslabení dýchacích svalů a je narušena samočisticí schopnost plic. Stagnace hlenu a nedostatečná ventilace mohou být příčinou pneumonie. Častým problémem jsou změny ve způsobu vyprazdňování, je zhoršena motilita zažívacího traktu, dochází k zácpě. Vznikají změny ve způsobu vyprazdňování moči, kde dochází zejména k detenci. Častou komplikací imobility je zánětlivé onemocnění močových cest a vznik dekubitů (8, 26).

Dekubity patří mezi nejčastější poškození kůže a tkáně. Starší lidé jsou náchylnější především z důvodu snížené hybnosti a zhoršeného prokrvení tkání. Významnou roli při vzniku dekubitů mají i místní faktory. Do této skupiny můžeme zařadit vlhkost, nedostatečnou hygienu a špatnou úpravu lůžka. Vznik dekubitů je měřítkem kvality ošetrovatelské péče. Prevence vzniku proleženin je zároveň nejúčinnější léčbou. Zahrnuje jednak správnou výživu, dostatečnou hydrataci. Dále včasnou mobilizaci klienta. V případech, kdy je klient trvale upoután na lůžko, je nezbytné pravidelné polohování klienta. Důležitá je i správná hygiena a péče o pokožku. Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů se nejčastěji používá škála Nortonové (4, 26).

Inkontinence je specifickým problémem u seniorů a zejména u klientů s demencí. Inkontinence moči začíná ve středně pokročilé fázi demence, zatímco inkontinence stolice přichází až ve fázi pokročilé. Močová inkontinence má celou řadu příčin, zejména to bývá překážka v odtoku moče, infekce a svou roli sehrávají i vedlejší účinky léků. U klienta s demencí to může být fakt, že klient často zapomene, nenajde

včas toaletu, nedokáže se svléknout, potřebu mikce nesprávně vyhodnotí. Jedná se tedy o příčiny, které jsou způsobeny poruchou kognitivních funkcí a následným chováním klienta. Naprosto klíčové v tomto případě je nutnost zavést pro klienty s demencí režimová opatření, pravidelný denní rytmus vyprazdňování. Zásadně neomezujeme množství tekutin. Cílem kvalitní ošetrovatelské péče o klienty s demencí je udržet klienta co nejdéle kontinentního. Kompenzační hygienické pomůcky pro inkontinentní je důležité používat diferencovaně s ohledem na individuální potřeby klientů. V maximální možné míře je důležité omezit používání permanentních katétrů hlavně v případech, kdy nejsou zapotřebí (4, 8).

Malnutrice označuje stav, ke kterému dochází při nedostatečné nebo nepřiměřené výživě. Je to stav, který vede k poklesu hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a později k celkovým metabolickým a somatickým změnám. Tyto změny výrazně zhoršují rehabilitaci klientů a následně zvyšují riziko vzniku infekcí a dekubitů. Mezi nejčastější příčiny malnutrice u seniorů patří nechutenství, polypragmázie, poruchy trávení, onemocnění dutiny ústní, chybějící chrup a dále psychické poruchy. Nejčastější příčinou malnutrice bývá demence a deprese klienta. Při malnutrici dochází ke snížení obranyschopnosti organismu a ke zvýšené náchylnosti k infekcím. Je provázena úbytkem svalové hmoty, což dále vede ke snížení fyzické výkonnosti, zhoršení mobility a soběstačnosti. Malnutrice zvyšuje riziko pádu a dochází při ní ke zhoršenému hojení ran, zhoršují se chronická onemocnění a daleko častěji se vyskytují dekubity. Nejjednodušším ukazatelem stavu výživy je pokles hmotnosti za poslední dva měsíce o více než 20%. Existuje i orientační screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice. Péče o výživu u geriatrických klientů se stává nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče (4, 8, 17).

Dehydratace je stav související s deficitem tělesné vody v organismu. Nejčastější příčinou dehydratace ve stáří je snížený pocit žízně, strach z většího přísunu tekutin z důvodu inkontinence a poruchy hybnosti. Důsledky bývají velmi závažné. Dehydratace se uplatňuje jako součást imobilizačního syndromu i jako závažná dekompenzující příčina instability, pádů a delirií. Součástí kvalitní péče o seniory je samozřejmá prevence dehydratace, která spočívá v aktivním pobízení k příjmu tekutin

hlavně u ležících a dementních klientů. Důležité je vedení záznamu o skutečně vypitém množství tekutin a o diuréze, pokud je měřitelná. U rizikových klientů je nutné aktivně sledovat příznaky dehydratace, které jsou suchost ústní sliznice, pokles hmotnosti, snížení kožního turgoru, oligurie, tachykardie a změna psychického stavu, která se často projevuje neklidem či naopak apatií (4, 8, 17, 26).

Chronická bolest významným způsobem ovlivňuje funkční schopnosti a kvalitu seniora (10). Nejčastějšími příčinami bolesti ve stáří jsou degenerativní onemocnění pohybového aparátu a páteře. Z ošetrovatelského hlediska je důležité myslet na to, že každá bolest bývá provázena poruchami spánku a výživy, může být příčinou psychických změn vyúsťující v depresi a agresivní chování. Velmi důležité je hodnocení a sledování bolesti a účinků léčby (4, 25).

1.6 Etické aspekty sester

V souvislosti s přístupem sestry ke geriatrickým klientům je důležité zamyslet se i nad základními principy etiky ošetrovatelské péče. Její podstatou má být upřímný a hluboký zájem o tyto klienty, protože se nejednou nacházejí ve složité nebo až hraniční životní situaci. Hlavním etickým požadavkem je zachování důstojnosti člověka až po konec jeho života. Nevyhnutelnou součástí etického přístupu ke starým nemocným lidem je respektování jejich důstojnosti, hodnot a duchovního přesvědčení. Z přístupu sestry má vyzařovat tolerance, úcta a hluboké lidské porozumění. Další důležité aspekty etického přístupu sestry ke geriatrickým klientům jsou například: trpělivé vyslechnutí problémů, upřímná snaha pomoci je řešit, projevy patřičné úcty ke stáří. U většiny klientů je přítomen zřetelný úbytek psychických i fyzických sil a snížení kvality smyslových orgánů, proto by sestřám neměla chybět empatie a trpělivost. Nevyhnutelnou součástí etického přístupu ke klientům je etika komunikace. Je založena na schopnosti upřímně naslouchat, zúčastněně mlčet, využívat metody nonverbální komunikace. Sestra si pro komunikaci musí vytvořit časový prostor a vyvarovat se nevhodných poznámek a gest. Nemělo by se stát, že ošetřování klientů je zatěžující a neatraktivní, snad i proto, že většina těchto klientů bývá nevraživá a popudlivá. Řada z nich takto jen manifestuje samotu, bezmocnost a úzkost (18)

1.7 Specifika ošetrovatelské dokumentace klientů v Domově pro seniory

Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat speciálním potřebám klientů domova pro seniory. Musí být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako zdroj informací o klientovi všem, kteří poskytují nejen ošetrovatelskou, ale i zdravotní péči. Hlavní důraz je kladen na kvalitně odebranou anamnézu, individuální plánování, jehož základním prvkem je osobní cíl uživatele a hodnocení poskytované péče (24). V domovech pro seniory je vedena dokumentace zdravotnická, ošetrovatelská a sociální.

1.7.1 Vstupní ošetrovatelský záznam

Vstupní ošetrovatelský záznam obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, subjektivní hodnocení klienta a objektivní posouzení pomocí měřících technik (24). Anamnéza obsahuje základní údaje o klientovi, které jsou nezbytné pro vytvoření ošetrovatelského diagnózy a pro plánování ošetrovatelských intervencí. Informace odebírá všeobecná sestra, která klienta přijímá. Informace mohou být získány pozorováním, rozhovorem s klientem nebo jeho doprovodem a ze zdravotní dokumentace.

Při fyzikálním vyšetření sestra získává objektivní údaje, které doplňují subjektivní hodnocení klienta a je zaměřené na somatický stav jedince. Sestra při tomto vyšetření provádí měření fyziologických funkcí, antropometrická měření, hodnotí stav výživy, objektivně popisuje chování klienta, chůzi, komunikaci (12). Nedílnou součástí vstupního ošetrovatelského záznamu je posouzení funkčního stavu klienta, zejména soběstačnosti, psychického stavu a všech rizik, které z aktuálního stavu vyplívají (4).

Velmi důležité je *posouzení soběstačnosti* klienta, tj. schopnosti uspokojovat životní potřeby prostřednictvím aktivit denního života. Nejčastěji používaný je test základních všedních činností podle Bartelové (Příloha 2), který posuzuje schopnost klienta přijímat stravu a tekutiny, oblékat se, provádět osobní hygienu, koupat se, kontinenci moči a stolice, používat WC, schopnost chodit po schodech, chodit po rovině, přesun z lůžka na židli nebo vozík (4). Přesné a správné ohodnocení úrovně soběstačnosti a sebezpečí je výchozím bodem pro stanovení ošetrovatelských intervencí a míry pomoci druhé osoby. V domově pro seniory je soběstačnost chápána jako

schopnost vykonávat běžné denní sebeobslužné činnosti. Je třeba nezapomínat, že nesoběstačnost je provázána nejen zvyšující se závislostí, ale i psychickými změnami, zejména psychickou labilitou, plačtivostí, odmítáním spolupráce, odmítáním přijmout pomoc. Snížená soběstačnost je též příčinou depresivních stavů, které mohou mít až fatální konec (14).

Hodnocení kognitivních funkcí (poznávacích) provádíme nejčastěji pomocí testu Mini-Mental state examination (MMSE). Jde o orientační test, skládá se ze 30 bodů, které hodnotí orientaci, zapamatování, pozornost počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení, vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Test je ohodnocen bodově, přičemž výsledek 10 a méně bodů značí pokročilou formu demence. Dalším orientačním testem je Clock drawing test (test kreslení hodin), kde se hodnotí jednak celistvost nakresleného číselníku, správné nastavení ručiček na požadovaný časový údaj, ale i správné vyznačení čísel, jejich pořadí a umístění na ciferníku (8).

Posouzení *rizika vzniku dekubitů* je nedílnou součástí komplexního hodnocení klienta. Nejčastěji se využívá škála Nortonové (8, 26).

1.7.2 Ošetřovatelský plán

Ošetřovatelský plán tvoří je velmi důležitou složkou ošetřovatelské dokumentace (24). Je orientovaný na problémy klienta, jedná se o stanovení priorit, cílů, výsledných kritérií, ošetřovatelské intervence, navrhovaných opatření, očekávaných výsledků, ukončení problému. Kontrola plánu se provádí průběžně (12).

Překladová zpráva slouží k zajištění kontinuity ošetřovatelské péče. Vypisuje se vždy při překladu klienta do jiného zdravotnického zařízení nebo jiného zařízení sociální péče. Je zaměřena na aktuální stav klienta v době překladu a na deficit jeho schopnosti sebepečce. Zpráva obsahuje identifikaci klienta, identifikaci zdravotnického zařízení, úroveň informovanosti klienta o překladu, schopnost sebeobsluhy, pohyblivost, úroveň kontaktu, příjem potravy, dieta, stav fyziologických funkcí, stav kůže, poslední provedenou ordinaci lékaře. Neměla by chybět adresa a spojení na kontaktní osobu

klienta. Překladová zpráva je vyhotovena sestrou, která aktuálně klienta překládá a je opatřena datem, jmenovkou a podpisem sestry. Zprávu vyhotovuje ve dvou provedeních, přičemž originál se odesílá s klientem a kopie se ponechává ve zdravotnické dokumentaci v zařízení (25, 27).

Záznam vývoje stavu klienta dokládá všechny důležité a skutečné změny reakcí na léčbu a poskytovanou péči dle ošetrovatelského plánu. Zaznamenávají se aktuální změny stavu a změny medikace (27).

Polohovací záznamy se zakládají při stavech, které mohou potencionálně vést k poruchám kožní integrity nebo při aktuálním porušení celistvosti kůže. Jedná se zejména o imobilní klienty (27).

Záznam hodnocení bolesti slouží ke kontinuálnímu sledování bolesti. Bolest je subjektivní pocit. Je důležité hodnotit lokalizaci, intenzitu, časový průběh bolesti, za jakých okolností se bolest zhoršuje a naopak, kdy se intenzita bolesti zmenšuje (25). U geriatrických klientů je nezbytné posoudit skutečné projevy bolesti a sledovat účinky a efektivnost léčby (10, 27).

Záznam ošetřování ran / dekubitů se zakládá u klientů s porušenou kožní integritou. Průběžně sledujeme charakter rány, hodnotíme defekt, jeho velikost. Zaznamenáváme četnost převazů a ordinace lékaře.

Záznam pádu je součástí ošetrovatelské dokumentace. Slouží jako doklad o stavu klienta před a po pádu, následném ošetření a popisu celé situace.

Záznam příjmu tekutin je velmi důležitý. Riziko dehydratace u imobilních a dementních klientů je vysoké a vede k závažným onemocněním (4). V rámci kvalitní ošetrovatelské péče je nutné sledovat dostatečný příjem tekutin klientů. Tento záznam se zakládá zejména při upoutání klienta na lůžko a při jeho celkovém zhoršení zdravotního stavu (27).

1.7.3 Individuální plánování sociálních služeb

Cílem individuálního plánu klienta je poskytování takové péče, kterou již není v jeho silách zajistit si sám. Zachovat jeho dosavadní schopnosti, dovednosti a pomoci mu znovu se zapojovat do společenského a aktivního života. Základním předpokladem ke komunikaci mezi klientem a pracovníkem je důvěra a individuální přístup. Každý klient má proto přiděleného svého klíčového pracovníka, jehož úkolem je koordinovat práci s klientem, sledovat jeho potřeby a hájit jeho zájmy. Klíčový pracovník se snaží při pravidelných setkáváních navázat s klientem vztah a vytvořit atmosféru tak, aby ten k němu získal důvěru a nebál se mu otevřít a svěřit se svými problémy. Zjišťování cílů, přání a potřeb uživatelů se provádí s ohledem na jejich individualitu a osobnost. Bere se ohled na jejich aktivitu či pasivitu, zdravotní stav a schopnosti, komunikační omezení apod. Na základě znalosti osobnosti klienta se volí způsob individuálního plánování služby. U klientů, kteří se nemohou verbálně vyjádřit, hraje nepostradatelnou úlohu při sestavování individuálních plánů jednak spolupráce s rodinou klienta, ale důležitou roli hraje i pozorování klienta. Z jeho reakcí lze usoudit co jemu příjemné a nepříjemné, co má rád a na co je zvyklý (19).

Osobním cílem v rámci sociální služby vychází na jedné straně z cílů a přání klienta a na straně druhé s možnostmi, cíli a posláním sociální služby. Tedy ne vše co si klient přeje a považuje a svůj cíl se stává osobním cílem v rámci sociální služby. Osobní cíl je většinou dlouhodobý. V průběhu měsíců se vyvíjí a je třeba zjišťovat co je ještě aktuální a co je třeba změnit. Vychází z potřeb klienta a ne z potřeb personálu nebo opatrovníka či rodiny na základě jejich vlastních úvah o tom, co je pro klienta dobré. Cíl klienta nemusí být za každou cenu rozvojový, pokud si klient přeje především klidné prožití zbývajících let, je toto považováno také za hodnotný cíl. V tomto případě si musíme ujasnit s tímto člověkem, co si konkrétně představuje a jak mu v tom může pomoci sociální služba, abychom vytvořily kritéria, podle kterých poznáme naplnění či nesplnění cíle. Při stanovení osobního cíle a následně individuálního plánu je nezbytné vzít na zřetel to, co je důležité pro klienta v jeho každodenním životě, co zlepšuje pocit pohody a spokojenosti. Často se jedná o zdánlivé maličkosti, které však mohou mít veliký význam (19).

Při zjišťování osobních cílů se v praxi často setkáváme s určitými problémy. Jedná se především o to, že klient nemá žádný cíl, nic nechce a nepotřebuje, se vším je spokojený. U obyvatel, kteří jsou v zařízení již delší dobu, může být tento postoj výrazem rezignace na vlastní přání, nebo přizpůsobení se neměnným podmínkám. I v tomto případě bychom měli spolu s klientem zjistit, co je pro něj podstatné a důležité, aby zůstal i nadále spokojený. Další potíže se mohou vyskytnout v případě, že klient z různého důvodu nekomunikuje. Tento případ není ojedinělý především u osob s demencí a těžkým mentálním postižením. Existuje řada způsobů jak i v těchto případech stanovit hodnotný osobní cíl. Snažíme se vycházet z toho, co nám sděluje neverbální komunikací. Ve spolupráci s rodinou a ostatními pracovníky mapujeme, co má daný klient rád a nerad, v jakém prostředí a při jakých činnostech se cítí dobře, jaké projevuje záliby a zda mu vyhovují současné podmínky. Na základě těchto informací získáme dostatečně jasnou představu o potřebách tohoto člověka. Posledním a poměrně častým problémem při tvorbě individuálního plánu klienta je nedostatek času. Individuální plánování včetně zjištění osobního cíle vyžaduje poměrně delší čas. Je nezbytné více komunikovat s klientem, aktivně se zajímat o jeho potřeby. Kvalitně zpracovaný individuální plán vede k tomu, že klienti dostávají v rámci sociální služby opravdu to, co potřebují k dosažení spokojenosti a dosažení svých potřeb (19).

Každý klient v sociálních službách je individualitou, má jiné potřeby a přání, proto i každý individuální plán má různý obsah. Je však velmi důležité aby měl každý klient vedenou základní dokumentaci, která obsahuje anamnézu klienta, realizaci, hodnocení plánu péče a záznam o průběhu poskytované služby (3).

1.7.4 Dokumentace a vykazování péče zdravotním pojišťovněm

V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách byla vytvořena odbornost 913 (všeobecná sestra v sociálních službách), kterou upravuje vyhláška MZČR č. 620/2006 Sb. Všeobecná sestra v sociálních službách poskytuje ošetřovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb, která se vykazuje zdravotním pojišťovněm na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Zdravotní pojišťovny uzavírají s poskytovatelem sociální služby smlouvu o poskytování a úhradě

ošetřovatelské a rehabilitační, která upravuje základní právní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Dále upravuje základní podmínky, za kterých je péče poskytována a hrazena. Důležitým krokem je uzavření dodatku ke smlouvě, který se uzavírá vždy na určité časové období. V dodatku je uvedena hodnota bodu, fakturovací období a doba splatnosti (13).

Seznam zdravotních výkonů odbornosti 913 obsahuje vyhláška 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (32).

Odbornost 913 obsahuje výkon administrativní, časový, výkony materiálové a bonifikační. Administrativní výkon lze použít při zavedení či ukončení zdravotní péče po předchozí indikaci ošetřujícího lékaře. Dalším výkonem je výkon ošetřovatelské intervence, jehož délka trvání je od 1.1.2009 10 minut a lze ho vykázat maximálně 18x za den. Tento výkon je možné kombinovat s ostatními materiálovými výkony odbornosti 913, ve kterých jsou uvedeny náklady na spotřebovaný materiál. Bonifikační kódy je možno vykázat, pokud ošetřovatelskou péči provedla všeobecná sestra v době od 22:00 do 06:00 hodin nebo v době pracovního volna nebo pracovního klidu při zajištění nepřetržitého pracovního provozu. Aby bylo možné poskytnutou ošetřovatelskou péči ze strany zdravotních pojišťoven uhradit, je třeba mít ji doporučenou ošetřujícím lékařem. Všeobecné sestry musí provedenou péči zaznamenávat v ošetřovatelské dokumentaci. Tyto záznamy musí obsahovat kódy výkonů, u časové intervence čas zahájení a ukončení výkonu (13).

2. cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci v Domově pro seniory Chýnov.

Cíl č. 2

Aplikovat vytvořenou dokumentaci v Domově pro seniory Chýnov.

Cíl č. 3

Zjistit, zda použití této dokumentace má vliv na holistický přístup sester ke klientovi.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Přijmou sestry, pracující v Domově pro seniory Chýnov nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace?

Výzkumná otázka č. 2

Nebudou se sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov odvolávat na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací?

Výzkumná otázka č. 3

Ovlivnila vytvořená dokumentace komunikaci mezi ošetrujícím personálem?

Výzkumná otázka č. 4

Přispěje nově vytvořená dokumentace ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie?

3. Metodika

3.1 Použité metody výzkumu

Pro naplnění uvedených cílů byl využit kvalitativní výzkum, byla použita metoda dotazování. V první fázi byla vytvořena nová dokumentace a aplikována v Domově pro seniory Chýnov. Všeobecné sestry měli možnost s dokumentací pracovat v měsíci lednu a únoru roku 2010 a následně s nimi byl proveden polostandardizovaný rozhovor, který zahrnoval 12 otázek. První 4 otázky byly identifikační a další byly zaměřené na nově vytvořenou dokumentaci. Výzkumné šetření a sběr dat probíhal u všeobecných sester v Domově pro seniory Chýnov v měsíci březnu roku 2010. K získání dat z rozhovoru byl použit záznamový arch, v němž byl prostor pro odpovědi na všechny otázky. Před zahájením výzkumu byl vyjádřen souhlas vedení Domova pro seniory Chýnov k provádění výzkumu.

3.2 Charakteristika cílového souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov. Výzkumný vzorek tvořilo 7 všeobecných sester, které byly ochotné a velmi vstřícné pracovat s nově vytvořenou dokumentací a spolupracovat na tomto výzkumu. Jsou různého věku od 23 let do 50 let. Všechny jsou registrované, 3 sestry dále studují VŠ obor všeobecná sestra. Délka jejich praxe v domově pro seniory je od 1 roku do 30 let.

4. Výsledky

4.1 Vznik dokumentace

Doposud personál používal k vedení ošetrovatelské dokumentace počítačový program firmy IreSoft s. r. o. IS Cygnus, modul „dokumentace klienta“. Každý z ošetrovatelského personálu se musel s programem naučit pracovat. Vzhledem k tomu, že jsou v budově k dispozici 3 počítače pro ošetrovatelský personál a ne všichni ze zaměstnanců zvládají práci s počítačem, nebo jim tato činnost zabírá hodně času, snažili jsme se některé formuláře dokumentace zjednodušit a vytvořit tak, aby vedení dokumentace nebylo časově náročné.

Některé složky dosud vedené dokumentace jsme zachovali. Jedná se o tyto formuláře: První kontakt při příjmu, Ošetrovatelská anamnéza klienta, Hodnocení rizika pádu, Hodnocení rizika dekubitů a Barthelův test základních všedních činností. Tyto složky ošetrovatelské dokumentace tvoří sestra při příjmu klienta do Domova pro seniory Chýnov. Po jednom měsíci pobytu klienta sestra vyplňuje záznam o průběhu adaptace klienta, který jsme také ponechali tak, jak byl zaveden. Při zpracování těchto dokumentů je využíván již zmíněný počítačový program.

Ošetrovatelský plán péče včetně plánu rizik, který obsahuje popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy souladu s Nanda taxonomií, který pro nově příchozího klienta vytvoří sestra v programu Cygnus do 24 hodin, jsme ponechali beze změn. Domníváme se, že tento program nabízí dostatečné množství ošetrovatelských diagnóz, příznaků, cílů a intervencí s ohledem na aktuální i potencionální problémy klientů. Tento plán péče sestra aktualizuje a hodnotí při změně zdravotního stavu klienta. Pokud se stav klienta nemění, plán se hodnotí a aktualizuje každé tři měsíce. Jeho realizace se provádí vždy při každé denní i noční směně. Doposud se provedené výkony zadávaly u všech klientů do programu Cygnus. Formulář „Realizace ošetrovatelského plánu“ (příloha 3), který jsme vytvořili na jeden měsíc, obsahuje nejčastěji prováděné intervence s možností zapisování jednotlivých hodnot např. u měření krevního tlaku, pulsu, vyšetření glykémie glukometrem u diabetiků. Jsme toho názoru, že formulář přehledným způsobem dokumentuje intervence, které byly ve směně klientovi provedeny.

Dosavadní tvorba individuálního plánu klienta probíhá ve spolupráci sestry a klíčového pracovníka klienta v souladu s přílohou č. 2 vyhlášky 505/2006. Při sestavování plánu denních a aktivizačních činností se využívá již zmíněného počítačového programu, kde je možnost zvolit klientovi intervence v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování a stravování. Plán je zaměřen na rozvoj dovedností a soběstačnosti klienta. Realizace tohoto plánu se provádí také v tomto programu, protože je možno získat přehled o množství poskytnuté péče klientovi a finanční porovnání s příspěvkem na péči. Tento plán se aktualizuje při změně stavu klienta, kdy je potřeba některé činnosti do plánu přidat nebo naopak odebrat. Klíčový pracovník dále ve spolupráci s klientem nebo jeho rodinným příslušníkem vytváří v tomto programu krátkodobé a dlouhodobé cíle klientů. Hodnocení cílů klienta se provádí každé tři měsíce.

Doposud používaná ošetrovatelská překládová zpráva se nám zdála neúplná. Všeobecné sestry k ní musely přikládat doklad o současné medikaci klienta, seznam osobních věcí, které klientovi dávali s sebou do jiného zařízení. Dále musely dopisovat kontakt na zařízení. Opakovaně se stávalo, že zpětně ze zařízení, kam klienty posílaly, volali, že chybí kontakt na příbuzné klienta. V této zprávě chyběla informace o tom, zda příbuzní byli informováni o překladu klienta do jiného zařízení. Dále se opakovala situace, že klienti vraceli s hospitalizace s dekubity a příbuzní byli informováni v nemocnici, že s těmito problémy již byli odesláni z domova pro seniory. Chyběl důkaz, že to není pravda. Z tohoto důvodu jsme vytvořili novou ošetrovatelskou překládovou zprávu (Příloha 4), kde jsme doplnili kontakt na zařízení, kontakt na příbuzné, popis stavu kůže, informace o současné medikaci, soupis předaných osobních věcí a předané dokumentace.

Důvodem pro vytvoření nového formuláře „Dokumentace ran/dekubitů“ (Příloha 5) byl fakt, že dosavadní dokumentace o velikosti a vzhledu rány nebo dekubitu, záznam o provedeném ošetření, procesu hojení rány byl neúplný a obtížně se dohledával. Tyto informace sestry doposud zaznamenávali pouze do Hlášení sester.

Nově vytvořený „Komunikační deník“ (Příloha 6), kde je možno popsat určitou situaci, chování klienta v této situaci a z toho vyvodit určité závěry a formulář „Zvyky

klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou“ (Příloha 7) nebyl doposud součástí ošetřovatelské dokumentace. Převážnou část klientů, hlavně v domově pro seniory se zvláštním režimem a na oddělení „Vážka“ tvoří klienti s demencí, kteří sami nemohou podat objektivní informace z důvodu poruchy paměti a poruchy verbální komunikace. U těchto klientů je nutná spolupráce s rodinou, sledování chování klienta v různých situacích a získání o klientech mnohem více informací, než je obsaženo v dosavadní ošetřovatelské anamnéze. Domníváme se, že vytvoření těchto formulářů přispěje ke zkvalitnění poskytované péče a přinese lepší spolupráci s těmito klienty, neboť poskytují informace o tom, jaké úkony sebeobsluhy klient zvládá, jaký byl jeho dosavadní denní režim, které činnosti má rád, co vyvolává stresovou situaci a jak klient při těchto situacích reaguje. Všechny tyto informace významným způsobem ovlivňují a jsou důležité při tvorbě individuálního plánu a plánování intervencí pro klienta.

„Záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy“ (Příloha 8) jsme nově vytvořili, neboť se domníváme, že sledování hydratace, příjmu potravy a vyprazdňování je důležité u imobilních a dementních klientů jako prevence malnutrice, dehydratace a zácpy. Při zhoršení jejich stavu klienta a při potížích s vyprazdňováním klienta je tato složka dokumentace důležitým informačním zdrojem pro lékaře. Doposud tyto informace sestry zapisovaly do Hlášení sester a zpětné dohledání těchto informací bylo časově náročné. Myslíme si, že nový formulář je přehledný a informace snadno dostupné.

„Protokol o pádu klienta“ (Příloha 9) jsme vytvořili jako doklad poskytnuté péče klientovi po pádu v zařízení. Obsahuje informace o důvodu a době odesílání klienta na ošetření do zdravotnického zařízení. Tento formulář doposud v zařízení nebyl k dispozici a pády pacientů zapisovala sestra do Hlášení sester. Informace byly neúplné. Riziko pádu vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů je vysoké a k pádům klientů dochází poměrně často. Z tohoto důvodu jsme považovali za nezbytné tento formulář doplnit do dokumentace.

Ošetřovatelská dokumentace v Domově pro seniory Chýnov je uložena na ošetřovně. Klienti mohou do dokumentace nahlížet dle přání a osoby blízké pouze se souhlasem klienta (21).

4.2 Rozhovory s respondenty

Rozhovor byl proveden se 7 respondenty. Všichni respondenti jsou všeobecné sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov, které byly ochotné a velmi vstřícné pracovat s nově vytvořenou dokumentací a spolupracovat na tomto výzkumu. Polostandardizovaný rozhovor probíhal individuálně v kanceláři vrchní sestry. Odpovědi byly zapsány do záznamového archu, který byl předem připraven.

4.2.1 Identifikační údaje respondentů

Tabulka 1: Věk respondentů

Věk	Počet respondentů
21 - 30	2
31 - 40	3
41 - 50	2

Respondenti v Domově pro seniory Chýnov jsou ve věkové kategorii od 23 let do 50 let. Z výše uvedené tabulky je patrné, že nejčastěji zastoupená věková hranice je 31 – 40 let (3 respondenti).

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet respondentů
SZŠ	6
VŠ	1

Všichni respondenti absolvovali Střední zdravotnickou školu. Jeden respondent ukončil bakalářské studium obor všeobecná sestra. Tři respondenti nyní studují VŠ.

Tabulka 3: Délka praxe respondentů v Domově pro seniory Chýnov

Délka praxe	Počet respondentů
1 -5	2
6 - 10	3
11 - 15	2

Délka praxe respondentů v Domově pro seniory Chýnov je různá, pohybuje se v rozmezí od 1 roku do 12 let. Nejčastější zastoupení má kategorie 6 – 10 let (3 respondenti).

Tabulka 4: Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení	Počet respondentů
Všeobecná sestra bez odborného dohledu	7
Všeobecná sestra pod odborným dohledem	0

Z této tabulky jednoznačně vyplývá, že všichni respondenti jsou zařazení do kategorie všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu. Žádný respondent nepracuje pod odborným dohledem.

4.2.2 Rozhovor s respondentem 1

Na otázku, jaký názor má respondent všeobecně na ošetrovatelskou dokumentaci vedenou v domovech pro seniory, respondent 1 odpověděl, že je ošetrovatelská dokumentace důležitá a tvoří nedílnou součást zdravotnické dokumentace. Nicméně se domnívá, že je většinou obecná. Často není zaměřena na specifické problémy seniorů. V dokumentaci je možné dohledat informace o včasném a adekvátním poskytování ošetrovatelské péče. Dále respondent 1 uvedl, že dokumentace je dokladem poskytované péče. Dokladem toho, že se klient aktivizuje, podporuje se v úkonech sebeobsluhy, aby byla co nejdéle zachována jeho soběstačnost. Za neméně důležité pokládá respondent 1 vedení ošetrovatelské dokumentace pro zdravotní pojišťovny, na jejímž základě pojišťovny zpětně proplácejí vykázané výkony.

Další otázka byla směřována na nově vytvořenou dokumentaci. Respondent 1 se vyjádřil, že nově vytvořené formuláře dokumentace jsou podrobné, zahrnují všechny aspekty, které je třeba u seniorů sledovat.

Dále jsem se ptala, v čem vidí klady nově vytvořené dokumentace. Respondent 1 uvedl, že kladně hodnotí formulář na dokumentaci ran, kde lze dobře sledovat vývoj hojení rány a účinně zjistit, které prostředky se osvědčily. Dále ho zaujal aktivizační deník, kde jsou zahrnuty činnosti, které je možno s klienty provádět. Uvedl, že některé aktivizační činnosti by ho nenapadli, pokud je neviděl napsané. Kladně se vyjádřil k nově vytvořené ošetrovatelské překladové zprávě, která je podle jeho mínění ucelená, obsahuje důležité informace a je přehledná. Oproti dosud používané překladové zprávě se většina informací pouze zaškrťává z nabídky a je zde uveden kontakt na příbuzné klienta a kontakt na zařízení. Za velký přínos označil komunikační deník, který mu v dosud používané dokumentaci chyběl. Tento deník podle jeho názoru umožňuje lepší spolupráci s klientem, který má poruchu verbální komunikace. Zvláště se to týká klientů na oddělení „Vážka“. Zde jsou umístěni klienti s Alzheimerovou demencí a u nich je důležité, podle názoru respondenta 1, sledovat jejich chování v určitých situacích, protože často nemohou vyjádřit své pocity libosti či nelibosti jiným způsobem. Domnívá se, že v zařízení je aktuální a důležité sledování hydratace, příjmu stravy

a vyprazdňování klientů. Formulář pro záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy, je přehledný a zapisování informací snadné, proto ho respondent hodnotí pozitivně. Formulář k dokumentaci realizace péče je přehledný a jeho vedení nezabírá mnoho času.

Další otázka se týkala nedostatků nově vytvořené dokumentace, které jak respondent uvedl, vidí především ve velkém počtu formulářů. Podle jeho názoru kvalitní vedení zabírá dost času. Při službě mu administrativa zabírá dost času i z toho důvodu, že některé informace se zapisují do předem připravených formulářů a zároveň se vede hlášení sester. Domnívá se, že je potřeba dostatek času než se naučí s dokumentací pracovat a pochopí její obsah.

Na dotaz, zda má dostatek času při službě vést dokumentaci, respondent 1 odpověděl, že po dostatečném seznámení s dokumentací již nebyl problém ji vést. Problém byl pouze zpočátku, pokud ještě dokumentace nebyla zavedena. Myslí si, že na vedení dokumentace je při službě dostatek času. Formuláře na příjem a výdej tekutin, polohovací záznamy jsou přímo na pokoji klient a není podle jeho názoru problém činnost zaznamenat automaticky po jejím provedení a není to ani časově náročné.

Na otázku, zda používání dokumentace ovlivní v pozitivním smyslu poskytovanou ošetrovatelskou péči, odpověděl takto: „Myslím si, že každá evidence práce sester vede ke zkvalitnění péče, protože je možnost sledovat vývoj stavu klientů a aplikovat vhodné intervence. Speciálně na oddělení „Vážka“ je velmi důležité mít o klientech dostatek informací hlavně od rodiny, abychom mohli klienty podporovat v úkonech, které ještě sami zvládají a klienty aktivizovat v činnostech, které je baví a cítí se při nich spokojeně. Dále uvedl, že každý klient potřebuje individuální přístup a velkou roli zde má klíčový pracovník, který zajišťuje sestavení, aktualizování, dodržování a zaznamenávání individuálního plánu. Je důležité, aby se na plnění intervencí podílel celý interpersonální tým, který musí mít dostatek informací o klientovi.“

Poté jsme mluvili o vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu. Respondent 1 se domnívá, že verbální komunikace mezi personálem zůstane stejná. Bude však možnost dohledat zpětně informace o klientovi

i bez přítomnosti sestry, která ten den byla ve službě. Podle jeho názoru bude možné při kvalitně vedené dokumentaci včasné reagovat na aktuální stav klienta a jeho potřeby i v následující směně.

K otázce, jestli dokumentace přispěje ke změně pohledu sester na klienty, se vyjádřil, že se pohled sester na klienty výrazně nezmění. Jelikož se jedná o zařízení s chronickými lůžky, domnívá se, že personál nepohlíží na klienty jako na akutně nemocné, ale spíše jako na „člena velké rodiny“, který potřebuje dohled a pomoc druhé osoby. Je však přesvědčen, že ucelené informace umožní lépe pochopit chování klienta. Pokud bude vědět, na co klient reaguje negativně, co dělá při neklidu, co ho rozčílí, co vyvolává stresové situace a jakým způsobem při nich reaguje, bude možno zajistit určitý jednotný přístup, který především člověku s demencí přináší pocit jistoty a bezpečí. Myslím si, že je důležité získat o klientovi s demencí maximum informací z předchozího života a na jejich základě přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám. Je důležité, aby se klient cítil dobře psychicky, fyzicky, sociálně i duchovně.

4.2.3 Rozhovor s respondentem 2

Na otázku, která zjišťovala názor respondenta na ošetrovatelskou dokumentaci v domovech pro seniory, respondent 2 odpověděl podobně jako respondent 1. Podle jeho názoru je ošetrovatelská dokumentace nedílnou součástí zdravotnické dokumentace, která je vedena u všech klientů. Dále si myslí, že důležitá je především jako doklad při stížnostech rodiny a klienta na poskytovanou péči. Poskytuje přehled o vývoji zdravotního stavu klientů. Domnívá se, že ošetrovatelská dokumentace je do určité míry důležitá pro lékaře, který dochází do zařízení. Při zhoršení stavu klienta je pro něho důležitý především záznam o příjmu a výdeji tekutin, záznam sledování krevního tlaku, pulsu a hmotnosti klienta. Velmi podstatná je dokumentace pro zdravotní pojišťovny, které proplácejí provedené výkony. Domnívá se, že dokumentace podá ošetrovatelskému personálu důležité informace o klientovi, o jeho zvycích a potřebách.

Další otázka se týkala již nově vytvořené dokumentace. Respondent 2 uvedl, že nově vytvořená dokumentace doplňuje dokumentaci, která je dosud používaná o nové formuláře. Jedná se především o protokol pádu klienta, zvyky klienta a připomínky rodiny, které se doposud zaznamenávali do hlášení sester a bylo je tak složité zpětně dohledat. Denní záznamy aktivizačních činností a záznam realizace ošetrovatelského plánu je podle jeho sdělení přehledný a velkou výhodou je, že je tvořen na jeden měsíc. Respondentovi 2 vyhovuje zaznamenávat realizaci do předem připraveného formuláře, kde získá přehled i o provedených činnostech předchozích dnů, aniž by záznamy hledal v počítačovém programu nebo v hlášení sester. Individuální plán a ošetrovatelský plán, který se vzhledem k délce pobytu klientů v domově tvoří a hodnotí pravidelně každé tři měsíce nebo při změně stavu klienta, je podle respondenta 2 naprosto dostačující zapisovat v počítačovém programu, tak jako doposud.

Na otázku, v čem vidí klady nově vytvořené dokumentace, respondent 2 odpověděl, že určitě zajímavý a přínosný pro lepší spolupráci pochopení chování klienta je komunikační deník pro klienty s poruchou kognitivních funkcí a s demencí, kteří své potřeby nedokážou vyjádřit slovně. Dále kladně hodnotí formulář na dokumentaci ran.

Je možné z něj přehledně zjistit ordinace lékaře a dokumentovat proces hojení rány. Výhodou je, že dokumenty na realizaci plánu jsou tvořené na jeden měsíc. Dále uvedl, že přínosný je určitě protokol o pádu klienta, kde může dokumentovat stav klienta před pádem a po pádu. To, že personál nic nezanedbal, včas a rychle poskytl vhodnou péči, je důležité mít zaznamenáno zejména kvůli příbuzným, kteří často dostanou od klienta zkreslenou nebo žádnou informaci. Pak zbytečně dochází k nepříjemným situacím. Domnívá se, že je důležité sledování hydratace, příjmu stravy a vyprazdňování klientů. Formulář záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy určený k tomuto účelu je podle jeho názoru dostatečně přehledný a zapisování informací snadné.

K dotazu na nedostatky dokumentace respondent 2 uvedl, že zpočátku měl zmatek v tom, která dokumentace se vede v počítačovém programu a která se zapisuje ručně. Dále si myslí, že ošetrovatelská dokumentace klienta je velmi obsáhlá, hlavně z důvodu dlouhodobého pobytu klienta v zařízení a její vedení zabírá poměrně dost času. Nicméně chápe, že dokumentovat poskytovanou péči je v této době nezbytné. U klientů s demencí je dokumentace ve většině případů jediným zdrojem informací.

Dále jsme hovořili o tom, zda má respondent 2 dostatek času při vedení dokumentace. Respondent 2 se domnívá, že má při denní službě dostatek času vést ošetrovatelskou dokumentaci. Problém nastává, pokud je ve službě málo personálu. Má tím na mysli, pokud nastane „krizová situace“ při dovolených a když marodí více kolegyň současně. Dále se domnívá, že času na pravidelné vedení dokumentace je méně v případě, když nastane akutní problém u klienta, jako například náhlé zhoršení stavu a je nutné zajistit převoz klienta do nemocnice. S tím je spojeno mnohem více práce a administrativy, která se běžně neprovádí. Horší situace je také o víkendu, kdy jsou ve službě 2 všeobecné sestry a 3 sanitáři na 77 klientů.

Další dotaz se týkal vlivu dokumentace na ošetrovatelskou péči o klienty. Podle názoru respondenta 2 má dokumentace vliv pouze do určité míry. Vše však záleží na individuálním přístupu jednotlivých pracovníků. V jeho případě, pokud má dostatek informací o klientovi, které se týkají jeho stavu, zvyků, aktuálních i potencionálních problémů, dokumentace ovlivní jí poskytovanou péči v pozitivním smyslu.

Na otázku, zda dokumentace má vliv na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu, respondent 2 odpověděl, že ano. Respondent 2 uvedl, zejména při předávání informací o klientovi další směně. Je však nezbytné, aby informace o klientovi zapisovali a předávali všichni členové týmu pravidelně a pravdivě.

Na závěr jsme mluvily s respondentem 2 o tom, zda dojde při používání dokumentace ke změně pohledu sester na klienta. Podle sdělení respondenta je toho názoru, že k výrazné změně pohledu sester na klienty nedojde. Klienti jsou v domově dlouhou dobu a personál se na ně snaží pohlížet jako by byly v domácím prostředí. Domnívá se, že dokumentace může napomoci lepšímu pochopení chování klienta v určité situaci.

4.2.4 Rozhovor s respondentem 3

Na otázku, jaký názor má respondent 3 na vedení ošetrovatelské dokumentace všeobecně, respondent 3 odpověděl, že ošetrovatelská dokumentace v domově pro seniory má určitě své opodstatnění. Podle jeho názoru je zdrojem informací o klientovi a zároveň dává přehled o vývoji stavu klienta, který je zde umístěn na delší dobu. Svůj význam má i pro lékařku, která do zařízení dochází a může sledovat vývoj stavu klienta. Dále je významná jako doklad péče klienta při sporech s rodinnými příslušníky a významnou roli hraje i v interpersonální komunikaci. Dokumentaci je nutné vést i pro zdravotní pojišťovny, která na jejím základě zpětně proplácí provedené výkony. Podle jeho zkušenosti v poslední době zdravotní pojišťovny nejsou ochotné všechny výkony, které lékař předepsal a sestra provedla, zaplatit. Týká se to především podání léků ústy a aplikace inzulínu pomocí inzulínového pera. Podle jeho názoru imobilní klienti a klienti v pokročilém stádiu demence však nejsou schopni si brát léky a aplikovat inzulín sami.

Dále jsme hovořili o nově vytvořené dokumentaci. Podle názoru respondenta 3 je nově vytvořená dokumentace, která se týká především realizace činností, jednoduchá a přehledná. Respondentovi 3 vyhovuje více vyplňovat předem připravené formuláře, než každý den zapisovat realizaci do počítačového programu a informace na konci směny tisknout. Domnívá se, že všechny nově vytvořené formuláře jsou v tomto zařízení potřebné, hlavně proto, že převážnou část obyvatel tvoří klienti s Alzheimerovou demencí a imobilní klienti.

Poté byla respondentovi 3 položena otázka, v čem vidí klady nově vytvořené dokumentace. Respondent 3 se domnívá, stejně jako respondent 1 a 2, že překladová ošetrovatelská zpráva obsahuje více informací o klientovi, než ta, která byla používaná dosud. Vzhledem k tomu, že klienti, kteří se převážně posílají do nemocnice, nejsou schopni podat personálu dostatečné informace. Dalším kladem je podle něho záznam o hodnocení rány, který podává ucelené informace o průběhu hojení bércových vředů nebo dekubitů. Dále hodnotil pozitivně protokol o pádu. Myslí si, že tento formulář vzhledem ke stavu klientů, jejich nestabilitě při chůzi a častým pádům může objektivně zhodnotit stav klienta před a po pádu a je důkazem této situace. Personál se tak chrání před zbytečným obviňováním rodinou klienta, který jim při návštěvě podává obvykle

zkreslené a nepravdivé informace. U klientů v domově se zvláštním režimem, kteří většinou verbálně nekomunikují, je podle jeho mínění vytvoření formuláře „komunikační deník“ velkým plusem. Pozitivně hodnotí formulář, který sleduje u klientů oblast příjmu stravy a tekutin a oblast vyprazdňování. Za důležitý zdroj informací, především u klientů v pokročilé fázi demence, považuje formulář „Zvyky klienta, informace od pečujících a připomínky rodiny“. Kladně hodnotí vytvoření „Aktivizačního deníku“.

K nově vytvořené ošetrovatelské dokumentaci respondent 3 nemá výhrady. Myslí, že pro kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je nutno zaznamenávat velké množství informací. Klienti často žijí v domově pro seniory i několik let, jejich stav se často dlouhou dobu nemění, nicméně i těchto klientů se dokumentace vede. Domnívá se, že je velká spotřeba papíru. Nicméně chápe nutnost vedení dokumentace, hlavně z důvodu důkazů při sporu s rodinnými příslušníky a při vykazování péče zdravotním pojišťovně.

Na otázku, zda má dostatek času vést ošetrovatelskou dokumentaci, respondent 3 odpověděl, že pokud se v den služby nestane neočekávaná událost a sestra nemusí vykonávat kvůli malému počtu zaměstnanců i práci pracovníků přímé obslužné péče, má dostatek času vést dokumentaci. V domovech pro seniory není tolik odborné péče, co se týká aplikace injekcí, nicméně je práce náročná hlavně z důvodu přístupu ke klientům. Nic se nedá dělat rychle, vše se musí opakovaně klientovi vysvětlit. Podle sdělení respondenta by raději čas, který mu zabere vedení dokumentace, věnoval rozhovorům s klienty. Domnívá se, že v některých případech klientovi pomůže více vlídné slovo než odborný výkon, který se musí ihned zapsat do papíru.

Další otázka měla zjistit, zda se respondent 3 domnívá, že dokumentace pozitivně ovlivní ošetrovatelskou péči. Podle jeho názoru používání dokumentace poskytovanou ošetrovatelskou péči ovlivní pouze do jisté míry. Vše záleží na přístupu personálu, zda bude s dokumentací pracovat. Kvalitně odebraná anamnéza a zvyky klienta přináší o klientovi informace, které se mohou využít při poskytování péče a ulehčit adaptační proces. Myslí si však, že pokud nebudou pracovat u geriatrických klientů a zvláště u klientů s demencí lidé, kteří k nim nebudou přistupovat s respektem

jejich důstojnosti a hodnotám, i kvalitně vedená dokumentace nezmění a neovlivní ošetrovatelskou péči.

Další otázka se týkala vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu. Respondent 3 je toho názoru, že písemná komunikace se ovlivní zcela určitě. Při pravidelně vedené dokumentaci bude možno dohledat a zjistit informace, které nebyli ústně z různého důvodu předány a jejichž dohledání zabírá doposud hodně času.

Na závěr jsme hovořili o tom, zda dokumentace ovlivní pohled sester na klienty v zařízení. Respondent 3 se domnívá, že bude možné v dokumentaci nalézt vysvětlení pro problémové chování klienta v určitých situacích, které ve většině případů vyjadřuje pouze snahu klienta sdělit svoji potřebu. V takovém to případě kvalitně vedená dokumentace může pomoci odhalit potřeby klienta a efektivně předcházet problémům.

4.2.5 Rozhovor s respondentem 4

Při rozhovoru s respondentem 4 se první otázka týkala jeho názoru na vedení ošetrovatelské dokumentace v domovech pro seniory obecné. Respondent 4 uvedl, že tato dokumentace by měla být určitě vedená s ohledem na specifické potřeby těchto klientů. Jejím účelem je sledovat a dokumentovat stav klienta a slouží jako zdroj informací o klientech. Nejdůležitější je při zhoršení nebo změně stavu klienta, kdy slouží i jako důkaz včasné a účelně poskytnuté péče při dotazování se rodiny. V tomto případě dokumentace zcela jistě může předejít zbytečným obviňováním. Dále je nutná při dokládání provedených výkonů zdravotním pojišťovám.

Poté jsme se v rozhovoru zaměřili na nově vytvořenou ošetrovatelskou dokumentaci. Při otázce, jaký je jeho názor na tuto dokumentaci, odpověděl, že je užitečná, stručná a přehledná. Neobsahuje zbytečnosti. Je doplněna o důležité formuláře. Především má na mysli aktivizační deník a komunikační deník. Zejména na oddělení „Vážka“, kde jsou klienti s Alzheimerovou demencí a mají poruchu verbální komunikace, je velmi užitečný. Aktivizační deník je vytvořen na jeden měsíc, lze přehledně zjistit, jaké činnosti klient prováděl během měsíce.

K dotazu, který se týkal kladů nově vytvořené dokumentace, respondent 4 uvedl, že mezi klady určitě patří ošetrovatelská překládová zpráva, která je doplněna o důležité informace o klientovi. Klienti ze zařízení se posílají do nemocnice k hospitalizaci bez doprovodu ošetrovatelského personálu. Často se jedná o klienty s demencí, kteří nejsou schopni podat objektivní informace ošetřujícímu personálu. Dále je podle jeho názoru velice užitečný formulář na hojení ran, který doposud nebyl zaveden, tyto informace se zapisovaly do Hlášení sester. Zpětně se obtížněji dohledávaly. Tento formulář je přehledný, lze velice snadno zjistit ordinace lékaře a průběh hojení rány. Dále ocenil, že individuální plán, ošetrovatelský plán a dokumentování cílů klienta je vedeno v počítačovém programu. Naučil se s ním pracovat a domnívá se, že nabídka intervencí a oblasti aktuálních i potencionálních problémů je dostatečná. „Realizace ošetrovatelského plánu“ je přehledná a jednoduchá.

Další otázka směřovala na nedostatky nově vytvořené dokumentace. Respondent 4 v nově vytvořené dokumentaci zásadní nedostatky nevidí. Nedostatky. Vyhovuje mu

více dokumentace, kde může jednotlivé informace zapisovat ručně. Formuláře tak snadno vyplní i u ležících klientů, které je obtížné dopravit na vyšetřovnu k počítači. Pouze by u polohovacího záznamu rozepsala přímo polohy a čas polohování, aby se pouze příslušná kolonka zaškrtnula. Zabralo by to určitě méně času, než vše ručně vypisovat.

Stejně jako předchozí respondenti i respondent 4 uvedl na otázku, zda má dostatek času na vedení dokumentace, ano. Domnívá se však, že kvalitně vedená dokumentace je v mnoha případech na úkor práce s lidmi. Na druhou stranu však chápe, že vést dokumentaci je nezbytné a důležité jako doklad poskytnuté péče a při komunikaci mezi ošetrovatelským týmem. Dokumentace pro vykazování zdravotním pojišťovnám, kde se u všech provedených činnostech musí přesně zapisovat čas a popsání jednotlivé činnosti a stav jednotlivého klienta. Zapisování těchto informací považuje za naprosto zbytečné. Vzhledem k tomu, že při zpětné kontrole pojišťovna některé provedené činnosti zamítne. Jedná se hlavně o podání léků per os. Myslí si, že u klientů s demencí je nutné, aby léky podávala sestra, hlavně z důvodu porušeného polykání u těchto klientů. Tato činnost trvá i s přípravou léků a klienta více než požadovaných 10 minut. Ve většině případů však pojišťovna právě tento výkon zamítne.

Dále jsme mluvili o vlivu dokumentace na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Respondent 4 se domnívá, že v tomto případě záleží na přístupu personálu. Pokud bude ošetrovatelská dokumentace vedena kvalitně a zodpovědně každým členem ošetrovatelského týmu, pak určitě ovlivní pozitivním způsobem poskytovanou péči. Pokud v dokumentaci budou zkreslené a neúplné informace a s dokumentací nebudou pracovat všichni pracovníci ošetrovatelského týmu, pak se poskytovaná péče neovlivní. Tím mám na mysli, že pokud bude nekvalitně odebraná anamnéza, pokud se nezjistí zvyky klienta, hlavně u klientů s Alzheimerovou demencí, kteří již nedokážou verbálně popsat své potřeby, je výrazně zhoršen proces adaptace klienta v zařízení.

Co se týká vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu, respondent 4 uvedl, že i v tomto případě záleží na každém pracovníkovi individuálně. Myslí si, že bude moci informace z dokumentace zpětně dohledat i v případě, že by náhodou selhala verbální komunikace mezi členy týmu. Pokud budou všichni členové

ošetřovatelského týmu, tím má na mysli nejen všeobecné sestry, nové informace pravidelně zapisovat, určitě selepší písemná komunikace.

Na otázku zda dokumentace přispěje ke změně pohledu sester na klienta, odpověděl, že v jeho případě ano. Je toho názoru, že čím více informací o klientovi získá, tím lépe může specifikovat jeho potřeby a následně je řešit. Domnívá se, že u klientů v tomto zařízení, je velmi důležité kvalitní odebrání anamnézy a informací o klientovi ze života před nástupem do zařízení. Je důležitá spolupráce s rodinou klienta. Zejména u klientů s demencí je zhoršena schopnost přizpůsobení se novému prostředí.

4.2.6 Rozhovor s respondentem 5

Názor respondenta 5 na ošetrovatelskou dokumentaci v domovech pro seniory je v podstatě shodný s názory předchozích respondentů. I on se domnívá, že vedení ošetrovatelské dokumentace v těchto zařízeních je nutné, protože jsou zde klienti, u kterých je třeba dokumentovat poskytovanou péči, provedení ordinací lékaře a hodnotit účinnost léčby na klienta. Dokumentace poskytuje přehled o vývoji zdravotního stavu klientů. Při překladu do jiného zařízení je důležitým a často jediným zdrojem informací, protože sami klienti nejsou schopni podat objektivní informace. Jedná se především o klienty s demencí. Domnívá se, že v současné době více než kdy jindy, se dokumentace stává důkazem kvalitně provedené ošetrovatelské péče. Zároveň si však myslí, že jí je zbytečně moc, nebo se některé informace zapisují duplicitně.

Další otázka se týkala nově vytvořené dokumentace. Podle názoru respondenta 5 nejsou nově vytvořené formuláře zbytečně obsáhlé. Jsou přehledné, věcné a vhodným způsobem doplňují již stávající dokumentaci. Především v Domově pro seniory se zvláštním režimem a na oddělení „Vážka“ přispěje k lepší informovanosti o klientech.

Na otázku, v čem vidí klady nově vytvořené dokumentace, respondent 5 uvedl, že pozitivně hodnotí formulář dokumentace ran/dekubitů. Tento formulář podle jeho názoru přehledně dokumentuje proces hojení rány a změny ordinace lékaře. Líbí se mu také nově vytvořený formulář ošetrovatelské překládové zprávy. Ten obsahuje důležité informace, které se k doposud používanému formuláři museli přikládat na samostatném papíru. Respondentovi 5 vyhovuje, že informace jsou ucelené na jednom listu. Dále popsal, že přínosem je, především u klientů s Alzheimerovou demencí, komunikační deník a formulář zvyky klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou. Tito klienti, mají často poruchu verbální komunikace, někdy vůbec nekomunikují a je velmi obtížné získat od nich nějaké informace. Domnívá se, že v zařízení je aktuální a důležité sledování hydratace, příjmu stravy a vyprazdňování klientů. Formulář pro záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy, je přehledný a zapisování informací snadné, proto ho respondent hodnotí pozitivně. Protokol o pádu klienta je podle jeho názoru také plusem. Respondent 5 popisuje situaci, kdy se ho ptali příbuzní klientky, která spadla z křesla, proč má maminka modřinu, jak se stalo, že mohla spadnout. Pro respondenta byla tato

situace velice nepříjemná, protože v hlášení byl pouze neúplný záznam, že paní spadla na pokoji. Navíc mu hledání záznamu zabralo poměrně dlouhou dobu. Podle jeho názoru zavedení tohoto formuláře do ošetrovatelské dokumentace klientů bude jediné dobře. Stejně jako respondent 4 uvedl, že naprosto dostatečné je z jeho pohledu tvorba ošetrovatelského a individuálního plánu v programu Cygnus, kde je možnost vybírat z dostatečného množství nabízených možností ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí. Vyhovuje mu formulář „Realizace ošetrovatelského plánu“, který je přehledný a snadno se vyplňuje. Důležitý je podle jeho názoru „Aktivační deník“, který dokládá aktivizační činnosti klienta.

Poté jsme s respondentem 5 hovořili o nedostatcích nově vytvořené dokumentace. Respondent 5 uvedl, že po obsahové stránce nemá k dokumentaci výhrady. Pouze by formuláře, kde se informace zapisují každou směnu, mohly být pro všechny klienty v samostatných deskách, aby se nemusela pokaždé otevírat celá složka ošetrovatelské dokumentace klienta. Tím má na mysli, že na ošetrovně by byly samostatné desky na realizaci ošetrovatelského plánu, další na dokumentaci ran. To je podle respondenta 5 pouze technický nedostatek.

Na otázku zda má respondent 5 dostatek času při vedení ošetrovatelské dokumentace, odpověděl, že když zpočátku viděl tolik nových formulářů, myslel si, že celý den bude sedět pouze u papírů. Po seznámení s dokumentací zjistil, že všechny formuláře se nevedou u všech klientů a každý den. Pouze realizaci ošetrovatelského a individuálního plánu zaznamenává personál každou denní i noční směnu. Je však jednoduchá a nezabere tolik času, jak se původně domníval. Záleží na zdravotním stavu klientů a momentální situaci. Domnívá se, že má dostatek času vést ošetrovatelskou dokumentaci. Problém je o víkendu, kdy na jednom oddělení je pouze 1 všeobecná sestra a 1 sanitář na 36 klientů.

Podle názoru respondenta 5 dokumentace pozitivně ovlivní ošetrovatelskou péči. Domnívá se, že personál potřebuje mít dostatečné množství informací, aby mohl poskytovat opravdu potřebnou a kvalitní péči a reagovat na aktuální potřeby klienta. Doslova řekl: „Čím více informací o klientovi vím, tím lépe k němu mohu přistupovat.“

Dále jsme hovořili o vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu. Respondent 5 je přesvědčen, že písemná komunikace se určitě zlepší. Informace budou přehlednější a snadno dostupné pro všechny členy týmu. Je však nezbytné, aby všichni přistupovali k ošetrovatelské dokumentaci zodpovědně a informace skutečně zapisovali. Ke zlepšení ústní komunikace mezi členy týmu, podle sdělení respondenta 5, nedojde.

Poslední otázka se týkala názoru respondenta 5 na to, zda při používání nově vytvořené dokumentace dojde ke změně pohledu sester na klienty. Respondent 5 si myslí, že ke změně pohledu sester na klienty nedojde. Je přesvědčen, že na klienty se v tomto zařízení pohlíží spíše jako „členy velké rodiny“. Klienti bývají v Domově pro seniory často delší dobu, někdy i několik let. Za tu dobu sestra pozná změnu stavu klienta a jeho chování v určitých situacích. Není zde tolik odborných výkonů, tudíž není péče zaměřena pouze na fyzický stav klienta. Je dostatek času věnovat se i psychické stránce a vidět klienta jako celek.

4.2.7 Rozhovor s respondentem 6

První otázka se týkala názoru na ošetrovatelskou dokumentaci, která se vede všeobecně v domovech pro seniory. Na tuto otázku respondent 6 odpověděl, že ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí dokumentace zdravotnické, která se vede u každého klienta ze zákona. Dokumentace v domovech pro seniory není vždy zcela aplikována na potřeby seniorů. Její vedení je důležité jako důkaz poskytnuté péče při stížnostech rodiny nebo klienta samotného. Dokumentace je zdroj informací potřebách klienta, jeho přáních a zvyčích a poskytuje přehled o vývoji zdravotního stavu klientů. Po zavedení odbornosti 913 je dokumentace potřebná k vykazování péče zdravotním pojišťovnám, které ji zpětně proplácí.

Dále jsem se ptala, jaký názor má respondent 6 na nově vytvořenou dokumentaci. Respondent 6 řekl, že nově vytvořená dokumentace doplňuje dosud používanou dokumentaci o potřebné informace. Ocenil, že nové formuláře jsou přehledné, jsou tvořeny na jeden měsíc a neobsahují zbytečné, nepodstatné informace.

Další otázkou jsem zjišťovala, co respondent v nově vytvořené dokumentaci hodnotí kladně. Respondent 6 se domnívá, že kladem je vytvoření záznamu příjmu a výdeje tekutin a stravy. Sledování oblasti stravování, dostatečného příjmu tekutin a vyprazdňování je podle jeho názoru velmi důležité hlavně u imobilních klientů a u klientů s demencí, u kterých se projevují poruchy v přijímání jídla. Někteří jídlo odmítají, většina z nich má problémy s polykáním. Dále oceňuje, že dosavadní tvoření individuálního a ošetrovatelského plánu zůstalo dále v programu Cygnus, hlavně proto, že se již naučil s programem pracovat a program nabízí dostatečné množství cílů, diagnóz a intervencí. Vytvoření nové ošetrovatelské překladové zprávy hodnotil též kladně, hlavně z toho důvodu, že nemusí přikládat ke zprávě další informace. Doposud používaná zpráva podle jeho názoru neobsahovala informace o současné medikaci klienta, soupis osobních věcí, kontakt na příbuzné a informace o orientaci klienta. Všechny tyto informace nová zpráva obsahuje. Kladně hodnotí i formulář na realizaci ošetrovatelského plánu, který je přehledný a obsahuje nejčastěji prováděné činnosti v zařízení. Protokol o pádu klienta je podle jeho názoru důležitým dokumentem, neboť k pádům v zařízení dochází a do této doby se pády zapisovali pouze do hlášení sester.

Informace však byl většinou neúplné. Komunikační deník a „zvyky klienta, informace od pečujících“ označil za přínosné hlavně u klientů na Oddělení „Vážka“ Kladně hodnotí i vytvoření formuláře na hodnocení ran/dekubitů.

Následující dotaz byl zaměřen na nedostatky dokumentace. Respondent 6 nedostatky po obsahové stránce dokumentace nepopsal. Podle jeho názoru je dokumentace naprosto dostatečná. Myslí si, že hodnocení ošetřovatelského a individuálního plánu, by se mohlo provádět po šesti měsících místo po třech. Samozřejmě že, u klientů u kterých se stav dlouhodobě nemění. Dále podle sdělení respondenta 6 měl zpočátku nejasnosti o tom, které formuláře se tvoří v počítačovém programu a které jsou předtištěné na papíru. S tímto problémem se však postupně vyrovnal.

Na otázku zda má respondent 6 dostatek času na vedení dokumentace, odpověděl respondent 6 stejně jako respondent 5. Podle jeho názoru má dostatek času vést dokumentaci. Domnívá se, že obtížnější situace nastává o víkendu, kdy je ve směně málo ošetřovatelského personálu a v době dovolených a dlouhodobé nemocnosti kolegyň.

Dále jsme se bavili o tom, zda dokumentace bude mít pozitivní vliv na ošetřovatelskou péči. Respondent 6 si myslí, že kvalitně vedená ošetřovatelská dokumentace má rozhodně pozitivní vliv na poskytovanou péči. Stejně jako respondent 1 uvedl, že informace o zvyklostech klienta, kvalitně odebraná anamnéza a objektivní vyšetření sestrou jsou důležité při diagnostice aktuálních potřeb a plánování všech činností především u klientů v pokročilé fázi demence. U těchto klientů je nezbytný individuální přístup.

Následující otázka se týkala vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetřovatelského týmu. Hovořili jsme o tom, zda dojde ke zlepšení komunikace. Respondent 6 se domnívá, že ústní komunikace nebude ovlivněna. Podle jeho názoru bude šance zpětně se dopátrat informací o klientovi z vedené dokumentace. Vše ale záleží na individuálním přístupu personálu. Je potřebné, aby každý pracovník zapisoval informace pravdivě a pravidelně, plánoval intervence s ohledem na aktuální stav klienta.

Na poslední otázku, zda dokumentace přispěje ke změnám pohledu sester na klienty, respondent 6 uvedl, že ano. Podle jeho mínění je důležité mít o klientovi dostatek informací. Pravidelně hodnotit jeho stav, aby bylo možné vytvořit optimální individuální a ošetrovatelský plán. Při používání nově vytvořené dokumentace je, která je dostačujícím zdrojem informací

4.2.8 Rozhovor s respondentem 7

První otázka rozhovoru zjišťovala názor respondenta 7 na vedení ošetrovatelské dokumentace v domovech pro seniory obecně. Na tuto otázku respondent 7 odpověděl, že ošetrovatelská dokumentace v domovech pro seniory má určitě své opodstatnění. Podle jeho názoru dokumentace vypovídá o vývoji stavu klienta. Je zdrojem informací, které jsou nezbytné pro vytvoření plánu klienta, který je individuální. Ošetrovatelská dokumentace významným způsobem doplňuje dokumentaci zdravotní a sociální. Dále je významná jako doklad péče klienta při sporech s rodinnými příslušníky a významnou roli hraje i v interpersonální komunikaci. Dokumentaci je nutné vést i pro zdravotní pojišťovny.

Dále jsme se bavili o nově vytvořené dokumentaci. Respondent 7 je toho názoru, že nově vytvořená dokumentace, která se týká především realizace činností, jednoduchá a přehledná. Domnívá se, že byly vytvořeny doplňující formuláře, které obsahují potřebné informace o klientech. Respondent 7 uvedl, že je zastáncem dokumentace, která není vedena v elektronické podobě. Domnívá se, že bude přínosem i pro lékaře, který dochází do zařízení 2x týdně a do ošetrovatelské dokumentace nahlíží při zhoršení stavu klienta.

Dále jsme hovořili o kladných stránkách nově vytvořené dokumentace. Respondent 7 se domnívá, stejně jako respondent 1, 2, a 3, že překladová ošetrovatelská zpráva obsahuje více informací o klientovi, než dosud používaná. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů, kteří jsou posíláni k hospitalizaci do nemocnice je potřeba v překladové zprávě informovat ošetrojící personál o klientovi co nejvíce. Respondent 7 hodnotí kladně i záznam o hodnocení rány. Podle jeho názoru tento záznam dokládá dostatečným způsobem vývoj rány, způsob a frekvenci ošetření. Pozitivně se vyjádřil o protokolu o pádu. Myslí si, že tento formulář je důležitý jako doklad mimořádné události. Klienti používají při chůzi kompenzační pomůcky, mají omezený rozsah pohybu, klienti s poruchou kognitivních funkcí nedokážou včas rozpoznat nebezpečí. Pády jsou v tomto zřízení poměrně časté. Personál se tak chrání před zbytečným obviňováním rodinou klienta. Dále se domnívám, že „komunikační deník“ je především u klientů poruchou verbální komunikace potřebným zdrojem informací neverbální

komunikace klienta v určité situaci. Podle jeho názoru mu vyhovuje zapisovat realizaci ošetřovatelského plánu do nově vytvořeného formuláře, může zde hodnoty fyzikálního vyšetření porovnávat s předešlými hodnotami. Týká se to hodnot krevního tlaku, pulsu, glykémie. Za důležitý zdroj informací, především u klientů na oddělení „Vážka“, považuje formulář „Zvyky klienta, informace od pečujících a připomínky rodiny“. Kladně hodnotí vytvoření formuláře „Aktivizační deník“.

Na otázku, jaké vidí nedostatky nově vytvořené ošetřovatelské dokumentace, respondent 7 odpověděl, že nedostatky nejsou po obsahové stránce, spíš v množství dokumentace. Podle jeho názoru, musí zvládnout více administrativy. Myslí, že pro kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace je nutno zaznamenávat velké množství informací. Klienti často žijí v domově pro seniory i několik let, jejich stav se často dlouhou dobu nemění. Při zjišťování přání a dlouhodobých cílů klientů často odpovídají, že jejich jediným přáním je „vrátit se domů nebo umřít“.

Dále jsme respondentovi položili otázku, zda má dostatek času vést ošetřovatelskou dokumentaci. Podle názoru respondenta 7 je dostatek času při denní službě na vedení ošetřovatelské dokumentace. Méně času je, pokud se v den služby stane neočekávaná událost a sestra nemusí vykonávat kvůli malému počtu zaměstnanců i práci pracovníků přímé obslužné péče. V domovech pro seniory není tolik odborné péče, jako třeba v nemocnicích. Práce je náročná hlavně z důvodu specifického přístupu ke klientům. Žádná činnost se nemůže s klientem provádět rychle, vše se musí klientům opakovaně a trpělivě vysvětlovat. Podle jeho názoru je raději mezi klienty než u dokumentace.

Další položená otázka se týkala vlivu dokumentace na poskytovanou ošetřovatelskou péči. Podle jeho názoru dokumentace poskytovanou ošetřovatelskou péči zcela jistě ovlivní. Vše ovšem záleží na přístupu personálu. Kvalitně odebraná anamnéza, zvyky klienta, kvalitně provedené fyzikální vyšetření sestrou, pravidelné hodnocení poskytované péče, to vše jsou důležité informace, které ošetřovatelský tým využívá při plánování a provádění individuální péče.

Další otázka se týkala vlivu dokumentace na komunikaci mezi členy ošetřovatelského týmu. Podle sdělení respondenta 7 ovlivní dokumentace písemnou

komunikaci zcela určitě. Při pravidelně vedené dokumentaci bude snadné dohledat informace o klientech.

Na otázku zda dokumentace ovlivní pohled sester na klienty v zařízení, respondent 7 odpověděl, že bude možné v dokumentaci nalézt vysvětlení pro problémové chování klienta. Podle jeho názoru bude mít nově vytvořená dokumentace vliv na pohled na klienta.

5. diskuse

Prvním cílem této práce bylo vytvoření nové dokumentace, ve které jsme se snažili doplnit již stávající dokumentaci s ohledem na specifické potřeby klientů v tomto zařízení. Nově vytvořenou dokumentaci jsme aplikovali v Domově pro seniory Chýnov, což bylo naším dalším cílem. Respondenti měli možnost s dokumentací pracovat v měsíci lednu a únoru roku 2010 a následně v měsíci březnu jsme s nimi provedli polostandardizovaný rozhovor, který obsahoval 12 otázek.

Ve výzkumné části práce jsme se snažili zmapovat názory respondentů na vytvořenou dokumentaci v Domově pro seniory Chýnov. Stanovili jsme čtyři výzkumné otázky. První otázka sledovala, zda přijmou všeobecné sestry, pracující v tomto zařízení nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace. Druhá otázka se týkala toho, zda vytvořená dokumentace ovlivnila komunikaci mezi ošetřujícím personálem. Třetí otázka zjišťovala, zda-li se nebudou sestry, které zde pracují odvolávat na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací. Poslední výzkumná otázka zněla, jak přispěje nově vytvořená dokumentace ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie.

V rámci výzkumu jsme provedli rozhovor s respondenty, kteří se vyjadřovali ke dvanácti otázkám. První čtyři otázky se týkaly zjištění identifikačních údajů respondentů. Směřovaly ke zjištění věku (tabulka 1), dosaženého vzdělání (tabulka 2), pracovního zařazení (tabulka 3) a délky praxe v Domově pro seniory Chýnov (tabulka 4). Na základě těchto odpovědí jsme zjistili, že respondenti v Domově pro seniory Chýnov jsou ve věkové kategorii od 23 let do 50 let. Všichni ze 7 respondentů absolvovali Střední zdravotnickou školu. 3 z 7 respondentů nyní studují VŠ, obor všeobecná sestra a 1 respondent toto studium již ukončil. Všech 7 respondentů pracuje v Domově pro seniory Chýnov jako všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu. Délka praxe respondentů se pohybuje v rozmezí od 1 roku do 12 let.

Vondráček (27) uvádí, že ošetřovatelská dokumentace se stává v současnosti důležitou složkou zdravotnické dokumentace. Je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu i v domovech pro seniory. Dokumentací jsou všechny písemné záznamy, které

sestra provádí o klientech a činnostech, které souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Také my se domníváme, že dokumentace je nedílnou součástí v procesu péče o klienty v duchu holismu.

Další otázka zjišťovala názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v domovech pro seniory obecně. Výsledky rozhovoru ukázaly, že všech 7 respondentů pokládá dokumentaci za důležitou. 4 ze 7 respondentů uvedli, že ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. 2 ze 7 respondentů se domnívají, že ošetrovatelská dokumentace je důležitá pro lékaře, který zařízení navštěvuje. Za velmi důležitou při nesrovnalostech poskytované péče nebo při sporech s rodinou ošetrovatelskou dokumentaci pokládají 4 ze 7 respondentů. Stejného názoru je Vondráček (27), který uvádí, že v případě nesrovnalostí může být dokumentace podrobena soudnímu rozboru. Všichni respondenti se shodli na tom, že ošetrovatelská dokumentace je v současné době důležitá jako doklad poskytované péče pro zdravotní pojišťovny, které na jejím základě proplácejí vykázané činnosti. Staňková (21, str. 27) dále uvádí, že ošetrovatelská dokumentace „slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích“. Stejný názor ve svých odpovědích uvádí 6 ze 7 dotazovaných respondentů. 2 ze 7 respondentů se domnívají, že ošetrovatelská dokumentace musí být vedena s ohledem na specifické potřeby geriatrických klientů.

Za účelem dosažení odpovědi na první výzkumnou otázku: **„Přijmou sestry, pracující v Domově pro seniory Chýnov nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace?“,** jsme chtěli znát názor respondentů na nově vytvořenou dokumentaci. 4 ze 7 respondentů uvedli, že nově vytvořené formuláře doplňují dosud používanou dokumentaci o potřebné informace, které jim chyběly. Staňková (21) uvádí, že ošetrovatelská dokumentace má smysl, pokud vyhovuje potřebám oddělení, je jednoduchá, dobře přístupná a slouží jako zdroj informací všem, kteří poskytují nejen ošetrovatelskou péči. Všech 7 respondentů dospělo ke stejnému názoru, že formuláře jsou přehledné, obsahují dostatečné množství informací o klientech a přijali by je jako součást zdravotnické dokumentace v tomto zařízení. V souvislosti s tímto zjištěním jsme dospěli k závěru, že **sestry, pracující v Domově**

pro seniory Chýnov přijali nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace.

Dále nás zajímalo, v čem vidí respondenti klady konkrétně. 6 ze 7 respondentů hodnotilo kladně ošetrovatelskou překladovou zprávu, která je podle jejich názoru ucelená a obsahuje důležité informace o klientovi k zajištění kontinuity ošetrovatelské péče. Formulář „Zvyky klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou“ hodnotilo pozitivně 5 ze 7 respondentů, kteří jsou stejného názoru jako Holmerová (7), která uvádí, že je důležité získat o klientovi s demencí maximum informací z předchozího života a na jejich základě s ním navázat kontakt a následně přizpůsobit péči jeho zvykům a potřebám. Všichni respondenti se shodli a považují „Komunikační deník“ za přínos zejména pro klienty s Alzheimerovou demencí na oddělení „Vážka“ Domnívají se, stejně jako Holmerová (7), že v pokročilé fázi demence je verbální komunikace velmi omezena a je třeba, aby ošetřující velmi pečlivě sledovali nonverbální vyjadřování klienta. Dále všichni respondenti uvítali formulář „Dokumentace ran/ dekubitů“, který podle jejich názoru přehledně dokumentuje proces hojení a změny ordinace lékaře. 5 ze 7 respondentů se vyjádřilo kladně k formuláři „Protokol o pádu klienta“, který nebyl dosud součástí používané ošetrovatelské dokumentace. Zbývající 2 respondenti se domnívají, že dosavadní popis této situace byl dostačující v Hlášení sester. 5 ze 7 respondentů hodnotili kladně formulář „Záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy“. Mají stejný názor jako Zadák (8), který říká, že k prevenci dehydratace je důležitý pitný režim u ležících a demenčních nemocných. Nezbytné je u těchto rizikových pacientů vedení záznamů o skutečně vypitém množství i o diuréze, je-li měřitelná. Dále se ztotožňují s názorem Holmerové (4. str. 71), která uvádí: „V rámci kvalitní péče o seniory by mělo být samozřejmostí dbát na dostatečný příjem tekutin. Dehydratace bývá ve stáří častá, její příčiny jsou banální a důsledky velmi závažné.“ Zachování individuálního a ošetrovatelského plánu klientů v dosud používaném počítačovém programu Cygnus považují za pozitivní 4 ze 7 respondentů, protože poskytuje dostatečné množství nabídek a možností k vytvoření individuálních plánů. Formulář na realizaci ošetrovatelského plánu hodnotí kladně 6 ze 7 respondentů, hlavně protože je přehledný a zpětné dohledání informací je podstatně

časově kratší než dohledávání v Hlášení sester. Domnívají se, že výhodou je možnost zaznamenávání hodnot fyzikálního vyšetření klienta. „Aktivizační deník“ považuje za přínos 5 ze 7 respondentů, kteří si myslí, že aktivizace klientů je důležitá v prevenci imobilizačního syndromu.

Velké množství formulářů uvedli jako nedostatek vytvořené dokumentace 2 ze 7 respondentů. 2 ze 7 respondentů se domnívají, že vedení ošetrovatelské dokumentace zabírá mnoho času. K nově vytvořené ošetrovatelské dokumentaci nemají výhrady 4 ze 7 respondentů. 1 ze 7 respondentů si myslí, že některé informace v ošetrovatelské dokumentaci tohoto zařízení se vedou duplicitně. Domnívá se, že vedení nově vytvořené dokumentace je dostačující a nemuselo by se vést t současně i Hlášení sester. Stejný názor má Vondráček (26, str. 15), který uvádí „Pokud je zavedena ošetrovatelská dokumentace, není nutné vést Hlášení sester, nebo např. jen pro účely předávání opiátů a nástrojů.“

3 ze 7 respondentů poukazují na velkou spotřebu papíru. 1 ze 7 respondentů uvádí, že formuláře, které je nutné vést každý den, by měly být v samostatných deskách pro všechny klienty. Jedná se především o realizaci plánu ošetrovatelské péče.

Další otázkou jsme zjišťovali odpověď na výzkumnou otázku: „**Nebudou se sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov odvolávat na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací?** Překvapila nás odpověď na tuto otázku, neboť všichni respondenti uvedli, že mají dostatek času vést ošetrovatelskou dokumentaci. 1 ze 7 respondentů se vyjádřil, že vedení ošetrovatelské dokumentace je na úkor práce s lidmi. 2 ze 7 respondentů poukázali na skutečnost, že o víkendu a když je nedostatek personálu, je času na vedení dokumentace podstatně méně, ale nechá se to zvládnout. Na základě tohoto zjištění jsme stanovili, že **sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov se neodvolávaly na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací.**

Další položený dotaz se týkal ovlivnění poskytované péče používáním vytvořené dokumentace. 5 ze 7 respondentů uvedlo, že dokumentace poskytovanou péči ovlivní pozitivním způsobem zcela určitě. 2 ze 7 respondentů se domnívají, že péče bude ovlivněna pouze do určité míry, neboť vše záleží na zodpovědném přístupu jednotlivých

spolupracovníků. 1 ze 7 respondentů zdůraznil, že poskytovanou péčí pozitivně ovlivní pouze kvalitně vedená dokumentace. Všech 7 respondentů se domnívá, že budou mít díky této dokumentaci dostatečné množství informací o klientovi, které mohou využít ke zlepšení poskytované péče, zaměřené na individuální potřeby klientů.

Další výzkumná otázka, na kterou jsme chtěli znát odpověď, zněla: **„Ovlivnila vytvořená dokumentace komunikaci mezi ošetřujícími personálem?“**. Na tuto otázku všech 7 respondentů je stejného názoru, že písemná komunikace se zcela jistě ovlivní pozitivním způsobem. Z dokumentace bude možno zjistit dostatečné množství informací o klientovi a poskytnuté péči. 4 ze 7 respondentů uvedlo, že vedením této dokumentace se snadněji budou moci zpětně dohledat informace o klientovi. 4 ze 7 respondentů si myslí, že dokumentace neovlivní verbální komunikaci. Domnívají se, že pokud spolu nebudou členové týmu chtít mluvit, dokumentace je nedonutí. Pouze 2 ze 7 respondentů si myslí, že dokumentace ovlivní verbální i písemnou komunikaci mezi všemi členy týmu. Na základě tohoto zjištění jsme stanovili závěr, že **vytvořená dokumentace pozitivně ovlivnila písemnou komunikaci mezi ošetřujícími personálem, ale neovlivní verbální komunikaci mezi ošetřujícími personálem.**

Poslední výzkumná otázka zněla: **„Přispěje nově vytvořená dokumentace ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie?“** Kladnou odpověď, že dokumentace přispěje ke změně pohledu sester na klienty jsme zaznamenali u 5 z 7 respondentů. 2 ze 7 respondentů jsou toho názoru, že pohled sester na klienty se výrazně nezmění. Domnívají se však, že dostatečné množství informací o klientovi, které dokumentace nabízí, poslouží k lepšímu pochopení chování klientů. Na základě tohoto zjištění jsme dospěli k závěru, že **nově vytvořená dokumentace přispěla ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie.**

6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit ošetrovatelskou dokumentaci, aplikovat ji v Domově pro seniory Chýnov a zjistit, zda používání této dokumentace přispěje ke změně pohledu sester na klienty v duchu holistické filosofie.

Výsledky ukazují, že respondenti hodnotili vytvořenou dokumentaci kladně. Zdá se jim přehledná a nově vytvořené formuláře považují za přínosné, protože obsahují dostatečné množství informací o klientech, především s Alzheimerovou demencí. Domníváme se, že tato dokumentace vede k lepší komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu. Dochází k ucelenému vyhledávání potřeb klientů a tím následně ke zlepšení ošetrovatelské péče. Musíme však podotknout, že ne všichni respondenti mají kladný vztah k ošetrovatelské dokumentaci, považují ji za administrativní zátěž, která je na úkor práce s lidmi.

Cíle práce byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Respondenti uvítali novou dokumentaci, neboť již delší čas měli pocit, že některé informace o klientech ve stávající dokumentaci chyběly. Tento výzkum přijali jako příležitost ke změnám. Na základě provedeného výzkumu jsme dospěli k těmto závěrům:

1. Sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov přijaly nově vytvořenou dokumentaci jako součást zdravotnické dokumentace.
2. Sestry pracující v Domově pro seniory Chýnov se neodvolávaly na časovou náročnost při práci s vytvořenou dokumentací.
3. Vytvořená dokumentace pozitivně ovlivnila písemnou komunikaci, ale neovlivnila verbální komunikaci mezi ošetřujícím personálem.
4. Nově vytvořená dokumentace přispěla ke změně pohledu sester na pacienty v duchu holistické filosofie.

Bakalářskou práci společně s námi vytvořenou dokumentací dáme k dispozici managementu Domova pro seniory Chýnov.

Smyslem práce nebylo hledání chyb a kritika dosud používané dokumentace. Naším cílem bylo vytvoření kvalitní ošetrovatelské dokumentace, která by byla jednoduchá, časově nenáročná pro personál tohoto zařízení. Zároveň jsme chtěli

v dokumentaci zdůraznit specifické potřeby klientů Domova pro seniory Chýnov. Práce má přínos praktický.

7. Seznam použité literatury

1. ČAS. Vedení ošetrovatelské dokumentace.[online] [cit. 2009-10-29]. Dostupné z: <<http://www.cnaa.cz/vedeni-oseetrovatelske-dokumentace> >
2. Domov pro seniory Chýnov [online]. 2007 [cit. 2009-10-17]. Dostupné z: <[http:// www.dschnov./>](http://www.dschnov./>)
3. HERMANOVÁ, M. Individuální plánování sociálních služeb v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. *Sociální služby*. Odborný časopis. Tábor: APSS ČR 2008, roč. 10, č 2. s. 15. ISSN 1803-7348
4. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha: Gema, 2002. 110 s.
5. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2
6. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 13- 978-80-247-2150-7
7. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6
8. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9
10. KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H.. Specifické rysy diagnostiky a léčby bolesti v geriatrii. *Bolest*. Praha: Tigris. 2008, roč. 11, č. 1, s. 16-22. ISSN 1212-0634
dostupné z: http://www.tigis.cz/bolest/documents/04_Kubesova.pdf
11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

12. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do oboru ošetrovatelství. 1. díl Systémový přístup. Učební texty pro vysokoškolské studium ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISNB 80-246-0429-9*
13. MERHAUTOVÁ, I. Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Rezidenční péče. Praha: MARCOM s.r.o. 2007, roč. 3, č 1, s. 20. ISSN 1801-8718*
14. MLÝNKOVÁ, J. Potřeba soběstačnosti u klientů v domácí a ústavní péči. *Sociální péče. Brno: Ikaria cz. 2009, č. 4, s. 21-23. ISSN 1213-2330*
15. MLÝNKOVÁ, J. Saturace potřeb klientů v domácí a ústavní péči. *Sociální péče. Brno: Ikaria cz. 2009, č. 3, s. 21-23. ISSN 1213-2330*
16. MZ ČR Koncepce ošetrovatelství, metodická opatření. In *Věstník, částka 9, 2004* [online]. 09/2004 [cit. 2009-11-29]. Dostupné z : <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html>>
17. PIDRMAN, V. *Demence. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5*
18. RAPČÍKOVÁ, T. Etické aspekty sester ke geriatrickým pacientům. *Sestra. Praha: Mladá fronta a.s. 2007, roč. 17, č. 5, s. 40. ISSN 1210-0404*
19. SOBEK, J. Osobní cíl v individuálním pánování. *Sociální služby. Odborný časopis. Tábor: APSS ČR 2009, roč. 11, č 1. s. 8. ISSN 1803-7348*
20. *Standard č. 2. Ochrana práv uživatelů. Interní materiál Domova pro seniory Chýnov*
21. *Standard č. 6. Dokumentace o poskytování sociální služby a její vedení. Interní materiál Domova pro seniory Chýnov*
22. *Standard č. 9. Personální a organizační zajištění sociální služby. Interní materiál Domova pro seniory Chýnov*
23. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. České ošetrovatelství 6. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 55 s. ISNB 80-7013-323-6*

24. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. České ošetrovatelství 3. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
25. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
26. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001, 186 s. ISBN 80-7013-324-8
27. VAŠÁTKOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnicích*. Brno: IDVZP, 2001. 127 s. ISBN 80-7013-327-9
28. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
29. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7
30. VONDRÁČEK, L. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9
31. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění
32. Vyhláška 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
33. Vyhláška 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online] [cit. 2009-10-29].
Dostupné z:
<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06505&cd=76&typ=r>>
34. Zákon č. 20/1966 Sb., ozdraví lidu, v platném znění
35. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění
36. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

8. klíčová slova

Alzheimerova demence

Domov pro seniory

Geriatrický pacient

Klient

Klíčový pracovník

Ošetrovatelská dokumentace

Všeobecná sestra

9. přílohy

9.1 Seznam příloh

- | | |
|------------|--|
| Příloha 1 | Škála geriatrické deprese dle Yessavage |
| Příloha 2 | Test základních všedních činností podle Bartelové |
| Příloha 3 | Realizace ošetrovatelského plánu |
| Příloha 4 | Ošetrovatelská překládová zpráva |
| Příloha 5 | Dokumentace ran/ dekubitů |
| Příloha 6 | Komunikační deník |
| Příloha 7 | Zvyky klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou |
| Příloha 8 | Záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy |
| Příloha 9 | Protokol o pádu klienta |
| Příloha 10 | Přehled otázek k rozhovoru s respondenty |

Příloha 1 Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

(podle Sheik,J.I.,Yesavage,J.A..Clin.Gerontol.,5,1986 s.165-172)

<i>Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!</i>				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si, že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5	7				11		13			
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Dostupné z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html

Příloha 2 Test základních všedních činností podle Bartelové

Položka	hodnocení	počet bodů
1. Najedení, napití	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. Koupání	sám nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	sám	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Chůze po schodech	sám	10
	s pomocí	5
	nelze	0
9. Přesun lůžko-židle	sám	15
	s malou pomocí	10
	ev.vozík s dopomocí, vydrží sedět	5
	nelze	0
10. Chůze po rovině	nad 50m	15
	s pomocí	10
	na vozíku	5
	nelze	0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech

45 - 60 bodů závislý

nad 60 bodů závislost lehčího stupně

Dostupné z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2298.html

Příloha 3 Realizace ošetrovatelského plánu

Domov pro seniory Chýnov

39155 Zámecká 1

realizace ošetrovatelského plánu

Jméno a příjmení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

list č.:

měsíc:

činnosti	Dat.	D		N		D		N		D		N		D		N		D		N	
Podání léků p.o.	R																				
	P																				
	V																				
	20.00																				
Aplikace insulínu s.c	R																				
	P																				
	V																				
	22.00																				
Podání ATB p.o.	6.00																				
	18.00																				
Aplikace i.m.injekce																					
Převaz rány																					
Odběr krve																					
Odběr moče																					
Orientační vyš. moče																					
Vyšetření glykémie																					
Odběr do diabetolog. poradny																					
Měření TK P																					
podpis																					

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Ošetřovatelská překládová zpráva

Domov pro seniory Chýnov
39155 Zámecká 1

Ošetřovatelská překládová zpráva

Jméno a příjmení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

Datum:

Nejblížejší příbuzný:

vztah:

adresa:

telefon:

rodina informována:

ANO

NE

Alergie: NE ANO

Schopnost sebeobsluhy : soběstačný s pomocí neschopen

Pohyblivost: chodící s pomocí ležící

Úroveň kontaktu: dobrá obtížná
z důvodu:.....

Orientace místem Ano Ne časem Ano Ne

osobou Ano Ne situací Ano Ne

Příjem potravy: sám s pomocí krmen sonda

Dieta :

Vyprazdňování: stolice: pravidelná
 nepravidelná
 inkontinence
naposledy:

močení: kontinentní
 inkontinentní
 PMK zaveden:

Spánek: dobrý noční neklid hypnotika

Stav kůže: bez defektu hematom odřenina bércový vřed
 jiné:

lokalizace:

ošetření:

poslední ošetření:

Dekubity: ANO NE

lokalizace/ velikost:

ošetření:

poslední převaz:

Současná medikace:

podaná naposledy:

datum

hodina

Osobní věci:

Kompenzační pomůcky: brýle naslouchadlo zubní protéza

jiné.....

Jiné důležité sdělení:

Předaná dokumentace: průkaz zdravotní pojišťovny ANO NE

Jiné:

Pokud budete potřebovat další informace obraťte se na služící sestru v DS

Chýnov

Tel. 733398761

739663716

Datum:

Předala sestra:

Zdroj: vlastní

Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:	Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:
Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:	Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:
Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:	Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:
Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:	Datum: Velikost rány: Vzhled rány: Ošetření: Bolest: Podpis:

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Komunikační deník

**Domov se zvláštním režimem Chýnov
39155 Zámecká 1**

Komunikační deník

Jméno a příjmení:

datum zavedení:

Rodné číslo:

pojišťovna:

list č.:

datum	Popis situace	Popis chování klienta	Myslím si, že to znamená...	Zapsal

Zdroj: vlastní

Příloha 7 Zvyky klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou

Domov se zvláštním režimem
39155 Zámecká 1 Chýnov

Zvyky klienta, informace od pečujících, spolupráce s rodinou

Jméno a příjmení:

datum :

Rodné číslo:

Pojišťovna:

list č.:

V kolik hodin je zvyklý/á vstávat:

.....
Ranní rituály: nemluvit na něj/ní hudba pohlazení chce si povídat
 oslovit ho/ji

Jakou větu používáme při probuzení?

Hygiena

Ranní toaleta: sám s dopomocí s dohledem
 na lůžku u umyvadla

Koupání sprcha vana
 dopoledne odpoledne večer

kolikrát v týdnu.....

Oblékání

Oblékne se sám s dopomocí s dohledem

Jaké oblečení preferuje?.....

Výživa

Konzistence jídla: krájené mleté celé

Nají se sám s dopomocí s dohledem je krmen
 příborem vidličkou lžící

Co rád/a jí:

snídaně.....

oběd.....

večeře.....

Co nejí?

pije sám s dopomocí s dohledem sám se vůbec nenapije
 dostatečně musí se nutit

Jakým tekutinám dává přednost?.....

Co vůbec nepije?.....

Příloha 8 Záznam příjmu a výdeje tekutin a stravy

**Domov pro seniory Chýnov
39155 Zámecká 1**

Příjem stravy a tekutin, výdej

Jméno a příjmení:

Pojišťovna:

Rodné číslo:

list č.:

Datum	Směna	Strava /porce						Tekutiny celkem	Výdej		Podpis
		S	Sv	O	Sv	V	2.V		Moč	stolice	
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										
	D										
	N										

S-snídaně, Sv- svačina, O- oběd, V- večeře, 2.V- druhá večeře u diabetiků

Zdroj: vlastní

Příloha 9 Protokol o pádu klienta

Domov pro seniory Chýnov
39155 Zámecká 1

Protokol o pádu klienta

Jméno a příjmení:

datum :

Rodné číslo:

Pojišťovna:

list č.:

Datum pádu:

Čas pádu:

Zhodnocení pacienta před pádem

Psychický stav

orientovaný zmatený neklidný

jiné.....

pohyblivost

chodící sám chodící s dopomocí sedí v křesle ležící

soběstačnost

soběstačný částečně soběstačný imobilní

schopnost spolupráce

úplná částečná žádná

Zhodnocení pacienta po pádu

Psychický stav

psychicky orientovaný zmatený bezvědomí

Somatický stav

bez obtíží bledý opocení dušný

TK P..... pravidelný nepravidelný

Situace za které k pádu došlo

pád z lůžka pád z křesla při vstávání z lůžka

při chůzi zakopnutí pád ze schodů

uklouznutí jiné.....

Místo pádu

na pokoji na WC v koupelně na nádvoří

jinde, kde.....

Přítomnost druhé osoby při pádu ANO NE

kdo.....

Zranění ANO NE

Druh bezvědomí komoce mozku

zlomenina kde.....

tržná rána kde.....

povrchová odřenina kde.....

hematom kde.....

jiné.....

Ošetření klienta v DS

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

Odeslání klienta na ošetření

kam **kdy**.....

poznámky

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

Datum vyplnění **podpis sestry**.....

Zdroj: Vlastní

Příloha 10 Přehled otázek rozhovoru s respondenty

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
4. Jak dlouho pracujete v Domově pro seniory Chýnov?
5. Jaký je Váš názor na ošetrovatelskou dokumentaci v domovech pro seniory všeobecně?
6. Jaký je Váš názor na vytvořenou dokumentaci?
7. Co byste zařadil/a mezi klady konkrétně?
8. V čem vidíte nedostatky?
9. Máte při službě dostatek času vést ošetrovatelskou dokumentaci?
10. Domníváte se, že používání dokumentace ovlivní ošetrovatelskou péči v pozitivním smyslu?
11. Domníváte se, že dokumentace ovlivnila komunikaci mezi členy ošetrovatelského týmu? Pokud ano, jakým způsobem?
12. Domníváte se, že dokumentace přispěje ke změně pohledu sester na klienty?