

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**APLIKACE MODELU OREMOVÉ**

**V PÉČI O SENIORY**

**V CENTRU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB STAROMĚSTSKÁ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Polanová

Autor:

Hana Soukupová

2011

## ABSTRAKT

The application of the Orem's model in the care of senior Citizen in the Centre of Social Services Staroměstská in České Budějovice.

The objective of this thesis is to teach nurses, who work in this institution, to understand the Orem's model so that they knew how to prepare individual nursing plans according to it. So far, these anamneses of senior citizens have been prepared according to the Gordon's model. Since Orem dealt with self-care deficits, which are found in senior citizens most frequently, it was worth considering testing the model in everyday practice. Three objectives were set, in which I tried to find the fitness of the Orem's model for the care of senior citizens in terms of finding out about their independence and nursing care, to find out whether this model is more appropriate for the nursing care of senior citizens than the current Gordon's model and to find out how nurses work with the new model. Four research questions were formulated based on these set objectives and they were answered. The Orem's model is suitable for the determination of self-reliance of senior citizens. The applied Orem's model is more suitable for the nursing care of senior citizens than the current Gordon's model. Nurses and the senior citizens from the Centre of Social Services Staroměstská find the Orem's model more suitable. In conclusion, all the set objectives have been met.

The research group consisted of 8 respondents. Of these, nurses were one half and senior citizens from the Centre of Social Services Staroměstská were the other. All their responses were recorded using a dictaphone. For this thesis, the qualitative method and data collection were employed through processing of individual anamneses using the Orem's and Gordon's models.

Observation sheets were used when filling these anamneses, both for the nurses and the senior citizens. The observation of the nurses was direct, non-participating and hidden and the observation of the senior citizens was direct, participating and ostensible. Moreover, data collection was carried out in the nurses using standardized interviews and using standardized interviews with the senior citizens too.

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

podpis studenta

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také všem mým blízkým.

## OBSAH

<b>Úvod</b>	3
<b>1. Současný stav</b>	4
<b>1.1 Historie ošetřovatelství</b>	4
<i>1.1.1 Současné ošetřovatelství</i>	7
<i>1.1.2 Metaparadigma ošetřovatelství z pohledu Oremové a Gordonové</i>	7
<i>1.1.3 Konceptní modely</i>	9
<i>1.1.4 Členění ošetřovatelských konceptních modelů a teorií</i>	11
<b>1.2 Model Dorothey Elisabeth Oremové</b>	13
<i>1.2.1 Pojem sebepéče podle Oremové</i>	14
<i>1.2.2 Požadavky sebepéče podle Oremové</i>	15
<i>1.2.3 Teorie deficitu sebepéčeč podle Oremové</i>	17
<i>1.2.4 Teorie ošetřovatelských systémů podle Gordonové</i>	17
<b>1.3 Model Dr. Marjory Gordonové</b>	18
<i>1.3.1 Model funkční a dysfunkční typ zdraví podle Gordonové</i>	19
<b>1.4 Ošetřovatelský proces</b>	21
<b>1.5 Geriatrie a stáří</b>	23
<i>1.5.1 Komplexní diagnostika v geriatrii</i>	24
<b>2. Cíl práce a výzkumné otázky</b>	26
<b>3. Metodika</b>	27
<b>3.1 Popis metodiky</b>	27
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b>	27
<b>4. Výsledky</b>	28
<b>4.1 Kazuistika – senior 1</b>	28
<b>4.2 Kazuistika – senior 2</b>	34
<b>4.3 Kazuistika – senior 3</b>	39
<b>4.4 Kazuistika – senior 4</b>	45
<b>4.5 Rozhovory se všeobecnými sestrami</b>	50
<b>4.6 Rozhovory se seniory</b>	59

<b>4.7 Vyhodnocení rozhovorů se všeobecnými sestrami a se seniory</b>	63
<b>4.8 Pozorování všeobecných sester a seniorů</b>	71
<b>5. Diskuze</b>	75
<b>6. Závěr</b>	84
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b>	86
<b>8. Klíčová slova</b>	89
<b>9. Přílohy</b>	90

## Úvod

Smyslem této bakalářské práce, je nalézt vhodnější ošetrovatelský model pro práci všeobecných sester s klienty Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Toto zařízení funguje více jak 20 let, ale jelikož to dříve býval penzion, tak senioři, kteří zde žijí od samého počátku, potřebovali péči pouze pečovatelskou. V roce 2007 se přijetím zákona o sociálních službách zařízení Centrum sociálních služeb Staroměstská stalo Domovem pro seniory. Byla zde zřízena lůžková oddělení, kde o seniory pečují nejen pracovníci přímé obslužné péče v sociálních službách (dříve sanitáři), ale především všeobecné sestry, které s každým seniorem zpracovávají individuální ošetrovatelské plány. Zjišťují u seniorů úroveň jejich soběstačnosti v běžných základních potřebách. Doposud zde všeobecné sestry zpracovávaly plány podle modelu Gordonové – dle funkčního modelu zdraví. Model podle Gordonové se sice specializuje na všeobecné zdravotní problémy, ale je spíše vhodnější a lépe využitelný v nemocničním prostředí. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda by bylo výhodnější aplikovat v Centru sociálních služeb Staroměstská podle Oremové, neboť ona se věnovala ztrátám soběstačnosti u svých klientů a jejich řešení. Senioři jsou lidé, kteří většinou mají své zdravotní problémy chronického původu a většinou také své choroby kompenzované. Vyskytují se u nich problémy se soběstačností v základních biologických potřebách. Hlavním záměrem je naučit všeobecné sestry pracující v Centru sociálních služeb Staroměstská aplikovat model podle Oremové do každodenní praxe.

Výzkumná část je zaměřena nejen na zpracování jednotlivých anamnéz podle Gordonové a podle Oremové a na jejich podkladě vypracování kazuistik, v kterých se bude zjišťovat, jaký model bude vhodný pro seniory, ale také na pozorování a standardizovaný rozhovor s vybranými seniory. Druhá výzkumná část je zaměřena na všeobecné sestry, na jejich pozorování, jak budou zpracovávat jednotlivé anamnézy se seniory a následně i s nimi je plánován standardizovaný rozhovor, který je zaměřen na to, jak se sestrám s jednotlivými modely pracuje.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Historie ošetrovatelství**

Velký vliv na ošetrovatelství měly kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj lékařství a celkový stav zdraví lidské populace. Kořeny ošetrovatelství sahají hluboko do historie, a proto ho lze rozdělit do třech historických období – neprofesionální, charitativní a profesionální (6).

Období neprofesionálního ošetrovatelství je nejdelší epochou. Už v dávné historii měl člověk potřebu pečovat o sebe a o své zdraví. Ošetrovatelskou péčí v této době zaujímaly hlavně ženy. Na léčení používaly přírodní zdroje a péči prováděly především v domácím prostředí. Takové ošetrování přetrvávalo až do příchodu křesťanství a v určité podobě vlastně i dodnes (6).

Období charitativního ošetrovatelství se vyvíjelo souběžně s křesťanstvím. Specializovalo se na péči o nemocné, chudé, opuštěné, ale také na lidi, kteří jsou závislí na pomoci druhých. Zakládaly se kláštery, útulky, špitály, nemocnice a také mnišské řády. Zakladatelem náboženského řádu Milosrdných bratrů je Jan z Boha, který byl prohlášen za nebeského patrona nemocnic a nemocných a patrona ošetrovatelství. V tomto období se ošetrování zaměřovalo hlavně na uspokojování primárních potřeb jako bylo přístřeší, strava, hygiena, duchovní podpora a v neposlední řadě i léčitelská péče. Charitativní ošetrovatelství ovlivnilo rozvíjení péče a další vzdělávání v oboru ošetrovatelství na několik století dopředu (6, 12).

Začátky dějin profesionálního ošetrovatelství v českých zemích nalézáme již v 10. století, kdy se ošetrovatelská péče poskytovala především v kláštorech. Za patronku českého ošetrovatelství je považována Anežka Přemyslovna, dcera českého krále Přemysla Otakara I., která založila v roce 1233 klášter spolu se špitálem „Na Františku“ na Starém Městě pražském. Špitál ovšem nebyl pouze jen nemocnicí, ale býval také chudobincem a útočištěm pro pocestné. Bratrstvo, které jmenovala Anežka Přemyslovna, bylo papežem přeměněno na samostatný řád. Ten byl označen rytířským řádem křížovníků s červenou hvězdou na červený kříž s hvězdou. Zdravotní péče se u nás začala uplatňovat



v osvícenském období tereziánskými a josefínskými reformami. Tyto reformy v lidech probudily zájem o zdravotnictví. Od poloviny 18. století byly založeny první všeobecné nemocnice (6, 12).

O profesionálním ošetřovatelství se mluví už v dobách reformace ošetřovatelství. Tento proces zahájila Florence Nightingalová. Narodila se 12. května 1820 a tento den se také slaví dodnes Mezinárodní den ošetřovatelství. O Florence Nightingalové se mluví, jako o zakladatelce profesionálního ošetřovatelství. Byla přesvědčena, že ošetřování nemocných je přímo posláním a každý, kdo se mu věnuje, by ho měl brát za životní poslání. Její teorie má tři základní vztahy – prostředí pacienta, péče o pacienta a péče o prostředí. Celý život usilovala o rozvoj ošetřovatelské praxe, ošetřovatelského vzdělání a rozvoj výzkumu. Byla první sestrou, která shromažďovala i analyzovala údaje a používala výzkumné metody v ošetřovatelství. Její teorie byla významným způsobem, také ovlivněna při jejím působení v Krymské válce. Zde se setkávala s nevyhovujícími podmínkami, zejména v oblasti hygieny a prostředí. To jí později inspirovalo k založení ošetřovatelství a nejen ji, ale i další sestry (Hendersonová, Kingová, Oremová, Royová, Johnsonová, Rogersová...), které se zabývaly koncepčními modely a teoriemi. Florence Nightingalová založila v Londýně roku 1860 první ošetřovatelskou školu. Teprve v dalších letech začala vznikat podobná zařízení po celém světě (11, 12, 17).

Na vývoj českého profesionálního ošetřovatelství ve druhé polovině 19. století působilo emancipační, ženské a národnostní hnutí. Česká spisovatelka Karolína Světlá, která stála v popředí ženského hnutí, měla nemalou zásluhu na vybudování první české ošetřovatelské školy, která se, jako jediná v Rakousku Uhersku, otevřela roku 1874 v Praze. V ošetřovatelské péči začalo docházet k velkému rozvoji a také se zvyšovala kvalita. Pražskou školou prošly nejen civilní ošetřovatelky, ale také řádové sestry, které se pod vedením českých lékařů zdokonalovaly jak v teoretické, tak i v praktické výuce. Rozpadem Rakouska Uherska a vznikem ČSR se počalo vytvářet české ošetřovatelské školství. Zvyšovala se úroveň zdravotní péče a to především na zaostalejších venkově. Tento trend se výrazným způsobem podílel na zájmu osob všech věkových skupin o ošetřovatelské povolání (6).

O koncepci výuky československého ošetřovatelství se zasloužila také Alice Masaryková, dcera prvního československého prezidenta T. G. Masaryka, která povolala americké sestry, v popředí s Miss Parson, aby navrhly a vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky. V roce 1916 vznikla česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola v Praze a usilovalo se i zřízení dalších škol se zaměřením na ošetřovatelství. Ale už bezvýsledně. Druhou školu se podařilo otevřít až skoro o dvacet let později roku 1937. Ani druhá světová válka nezabránila dalšímu vzdělávání sester. Naopak. Sestry se zaměřily na pomoc osobám ohroženým válkou a praktické zkušenosti nasbíraly i na bojišti, neboť mnoho z nich sloužilo na frontových liniích (6, 12).

Po druhé světové válce ošetřovatelství i vzdělávání sester procházelo velmi složitou ekonomickou i sociální situací. Tato složitá situace i zdravotní stav obyvatelstva výrazným způsobem poznamenala válka a tak se ošetřovatelství zaměřovalo především na pomoc postiženým válkou, dětem bez rodičů a osobám, kteří se vraceli z bojišť a z koncentračních táborů. Ošetřovatelskou péči vykonávaly diplomované sestry. Práce v nemocnicích byla velmi náročná, zejména kvůli nedostatku personálu, zdravotní sestry nebyly odměňovány a to byl také jeden z hlavních důvodů, proč se potýkaly s dalším problémem – neohrazenou pracovní dobou. Tím se také v této době stává ošetřovatelství málo atraktivním povoláním, což si vyžádalo vytvoření takových podmínek, které by vzbudily větší zájem o studium tohoto povolání. Ošetřovatelské vzdělávání po roce 1948 ovlivnily nové legislativní normy: zákon č. 66/1950 Sb., který upravoval platové poměry státních zaměstnanců a zaváděl osmihodinovou pracovní dobu. Do té doby se postupovalo podle legislativy z roku 1927, kde pracovní doba ošetřovatelsky nebyla žádným způsobem omezena. Byly přijaty další důležité zákony: z roku 1950 o zdravotnických povoláních, Ústava ČSR zajišťovala právo na zdravotní péči všem lidem, zákon č. 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči. Tyto legislativní normy přinesly změny nejen ve zdravotnictví, ale i v ošetřovatelské péči (6).

### ***1.1.1 Současné ošetřovatelství***

Ošetřovatelství je vědní disciplína, která je charakterizována specifickým předmětem zkoumání a ošetřovatelským procesem. Je to multidisciplinární obor, tzn., že sjednocuje poznatky i z jiných oborů přírodovědných, humanitních a společenských, které se zabývají studiem člověka, zdraví a společnosti (1).

Jako každý vědní obor, tak také ošetřovatelství, má svoji filozofii, metaparadigma, paradigma, metodologii, výzkum a systém vzdělávání. Ošetřovatelská praxe a vzdělávání sester prošly v uplynulém desetiletí velkými změnami. Výsledkem změn je transformace zdravotnictví, která se projevila zejména v kompetencích všeobecných sester. Důležitým krokem bylo odsouhlasení Koncepce českého ošetřovatelství v roce 1998. Koncepce formuluje ošetřovatelství a definuje jeho cíle (6, 17, 23).

Dnes je zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) chápáno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který má za důsledek vzájemné působení organismu a prostředí. Člověk je chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Dnes se na pacienta pohlíží jako na celek, neléčí se pouze příznaky onemocnění, ale sestra se snaží odstranit jejich příčiny (21).

Zdravotní péče se dříve orientovala jen na nemoc a nemocniční péči. Zabývala se technikou výkonů a biologickou stránkou lidského těla a tím se právě zanedbávaly psychické, sociální a duševní stránky pacienta (17).

### ***1.1.2 Metaparadigma ošetřovatelství z pohledu Oremové a Gordonové***

Co to znamená metaparadigma?

Metaparadigma je nejširší pohled na zkoumání nějakého problému nebo jevu. Je nejzákladnějším rozlišením mezi obory, které se od sebe liší podle toho, jakými koncepcemi se zabývají (6, 13).

Metaparadigma ošetřovatelství se věnovala již Florence Nightingalová, která v době jejího působení, co by ošetřovatelka v Krymské válce, dávala do spojení činnosti sester a vlivu prostředí na zdraví člověka. Koncepcemi metaparadigmatu ošetřovatelství jsou

osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelská péče a toto jsou také hlavní oblasti, kterými se obor ošetrovatelství jako disciplína zabývá. Zjednodušeně lze říci, že se metaparadigma ošetrovatelství zajímá o osobu vzhledem k jejímu zdraví a prostředí (6, 17).

*Osoba* je chápána jako bio-psych-socio-spirituální bytost s tendencí se učit a vyvíjet. Působí jako příjemce ošetrovatelského výkonu. Může se jednat buď o jednotlivce, rodinu anebo také celou společnost. Oremová osobu charakterizuje jako celek, jako člověka se schopností postarat se o sebe. Gordonová všechny osoby charakterizuje jako holistické, mající společné funkční vzorce, související s jejich zdravím a kvalitou života.

*Prostředí* je okolí příjemce, kde dochází k ošetrovatelským úkonům. Oremová se ve své práci prostředím vůbec nezaobírá, ale využívá rozdělení popsané jinými autory. Zahrnula sem prostředí vhodné pro osobní vývoj, pro správné vedení ke splnění cíle, kreativitu, vytváření sebeobrazu a fyzického vývoje. Za nejdůležitější podstatu prostředí Oremová považuje rodinu. Znamená to, že sestra by se měla zaměřit na to, jaké jsou u pacienta vztahy v rodině, jakou roli, dominanci a celkovou pozici zaujímají jednotliví členové rodiny a jejich kulturní zvyklosti. Gordonová popisuje prostředí ve vzájemném vztahu s osobou, a ty by měli společně docílit funkční vzorce zdraví.

*Zdraví* je stav osobní pohody v období nepřítomnosti nemoci. Oremová definuje zdraví ve dvou fázích. První fází je zdravotní stav – nemoc chápe jako abnormální biologický proces s charakteristickými symptomy. Druhou fází popisuje jako vyrovnanost nad tím jak pacient vnímá své zdraví, od kterého se dále odvíjejí ošetrovatelské činnosti. Pohoda jednotlivce, rodiny a komunity je záměrem ošetrovatelské péče. Dále Oremová pojem zdraví formuluje jako stav, při kterém je jednatel schopen uspokojit požadavky sebepéče. Autorka se plně ztotožňuje s definicí zdraví podle WHO, ve které se popisuje, jak je velmi důležité pohlížet na člověka jako na nedělitelný celek. Prezentuje zdraví založené na koncepci prevence – primární (jedná se o podporu a zachování zdraví), sekundární (léčí se nemoc anebo úraz) a terciální (snaha o prevenci komplikací) naproti tomu Gordonová zdraví považuje za rovnováhu bio-psycho-sociálních vzájemných vztahů, které jsou ovlivněny faktory vývojovými a duchovními.

*Ošetrovatelská péče* jsou úkony, které provádí sestra ve vzájemné spolupráci s pacientem. Podle Oremové je to služba, která zlepšuje pomoc sobě i druhým. Podporuje

pacienta jako činitele sebezpečí. Na základě pacientových schopností, sestra vybírá ze tří ošetrovatelských systémů – plně kompenzující, částečně kompenzující a podpůrně výchovný. Sestra je vybírá podle toho, jak je pacient schopen se o sebe v určitých oblastech postarat. Gordonové ošetrovatelská péče se věnuje funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví. Funkční chování je v období zdraví a naopak dysfunkční stav, znamená pokud dojde k poruše zdraví u pacienta. Může se jednat o aktuální onemocnění, ale také o potenciální problém (17, 28).

*Spojitost mezi jednotlivými metaparadigmatickými pojmy.*

První tvrzení vyjadřuje vztah mezi osobou a prostředím. Podmínky prostředí jsou v neustálém vzájemném souladu mezi mužem a ženou i dítětem a v jejich časoprostorové lokalizaci.

Druhé tvrzení vyjadřuje vztah mezi osobou, prostředím a zdravím. Stav prostředí působí pozitivně, ale i negativně na zdraví a pohodu jednotlivce, rodiny a komunity.

Třetí tvrzení zachycuje vztah mezi osobou, prostředím a ošetrovatelskou péčí, kdy sestra sbírá informace o osobách, které vyžadují péči a také o jejich prostředí ve kterém žijí.

Čtvrté tvrzení tvoří vztah mezi osobou, jeho zdravím a ošetrovatelkou péčí. Ošetrovatelství se dotýká lidských potřeb pro výkon sebezpečí, v jejich uspokojování za účelem udržení zdraví a také v jejich uzdravování v případě nemoci nebo úrazu.

Páté tvrzení vyjadřuje vztah mezi osobou, zdravím, prostředím a ošetrovatelkou péčí. Jsou to úkony, které pomáhají lidem a současně usilují nebo přímo dosahují změny v jejich zdravotním stavu nebo stavu v jejich prostředí (28).

### ***1.1.3 Koncepční modely***

V minulosti bylo ošetrovatelství založeno spíše na tradici a praktické zkušenosti, než na koncepční teorii. Rozvoj konkrétní teorie začíná až v polovině 20. století v USA, v Kanadě a v současnosti ošetrovatelství už zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. Dá se říci, že koncepční modely představují systematickou strukturu a ukazují směr hledání otázek. Popisují zásady, hodnoty a cíle ošetrovatelství

i dovednosti, které jsou potřebné pro úspěšnou praxi. Umožňují řešit metaparadigma ošetrovatelství různým způsobem i pohledem. Na prostředí působí různé vlivy v celém komplexu, jak vnitřní, tak vnější, ale také jako zdroj stresů nebo zdroj podnětů (4, 6, 17).

Ne vždy se ošetrovatelské modely a to kupodivu především v Evropě setkávaly s pozitivní reakcí. Byly často kritizovány, že jsou nepodstatné a matoucí, že jejich cílem byla spíše podpora profesionalizace než zdokonalení péče o pacienty. Ale byla to právě kritika, která hrála ve vývoji modelů důležitou a podstatnou roli v jejich vývoji (4).

Proč vlastně zavádět koncepční model? Jeho cílem je zaměřit se nejen na zdraví, ale i současně na nemoc. Pomáhat jednotlivcům i skupinám dosáhnout bio-psycho-sociální pohody v souladu s prostředím. Podporovat člověka jako účastníka péče o vlastní zdraví a zapojit ho do komplexního procesu jak o své zdraví pečovat. Podporovat jeho soběstačnost a provádět důležitou prevenci. Včas předcházet komplikacím, akceptovat a uspokojovat požadavky lidí s porušeným zdravím, zdravotně postižených a nevléčitelně nemocných (14).

Koncepční modely dávají ošetrovatelství ucelený a jasný směr, a to jak pro sestry, tak i pro veřejnost. Formulují cíl a rozsah ošetrovatelské péče, upřesňují poslání a hranici sesterské profese. Dle koncepčních modelů lze dokumentovat služby a jejich výsledky i komunikaci mezi sestrami. Model a koncepční rámec je vyjádření reality a je užitečný pro plánování, kdy je potřeba si označit priority (6, 14).

Medicína se vždy prioritně zabývala a zabývá diagnostikou potřebnou k léčbě. Rozvojem a vznikem nových požadavků na kvalitu péče vzniká, ale také potřeba holistické péče, která je zaměřena nejen na léčebnou, ale i ošetrovatelskou péči. Diagnóza i léčení jsou sice pro ošetřování nemocného jedince velmi důležité, ale celostní péče nemůže být založena pouze na lékařské diagnóze. Uznání tohoto faktu pomůže sestřím v hledání lepšího vzoru ošetrovatelské péče, kdy základem je jiný pohled na zdraví lidí (14).

Součástí koncepčních ošetrovatelských modelů jsou východiska, asumpce neboli předpoklady, hodnotový systém a hlavní jednotky. Východiska a asumpce se odvozují od teorie a praxe a dají se v praxi ověřit. Většina modelů vychází z praxe. Hodnotový systém je tvořen základními myšlenkami a vytváří filozofický náhled autora. Klade důraz na úlohu sestry, ale i na potřeby pacienta a současně i na potřeby zdravých lidí. V každém

koncepčním modelu je zahrnut filozofický názor o podstatě interakce mezi člověkem a prostředím. Vytvořilo se sedm hlavních prvků ošetřovatelských modelů:

- 1) Cíl ošetřovatelství – je to, čeho chceme dosáhnout.
- 2) Klient/pacient – je příjemce ošetřovatelské péče.
- 3) Role sestry – co je úkolem sestry, co sestra vykonává.
- 4) Zdroj potíží – týká se nemocného, nikoli sestry – ošetřovatelská diagnóza.
- 5) Ohnisko zásahu – zaměřuje se na ošetřovatelské intervence.
- 6) Způsob zásahu – způsob, kterým sestra poskytuje ošetřovatelskou péči.
- 7) Důsledky – předpokládané výsledky ošetřovatelských intervencí a tím zlepšení zdravotního stavu klienta/pacienta.

Koncepční model lze chápat jako formu poznání, která se v praxi uplatňuje pomocí ošetřovatelského procesu. Je to formální ukázka představ sester o ošetřovatelství (14, 17).

Modely ošetřovatelství hledají a ukazují cesty, jak dosáhnout cíle. Pomáhají pochopit souvislost zjištěných problémů a deficitů, snadněji plánovat ošetřovatelskou péči a poskytují nám hodnotící kritéria dosažených výsledků. V praxi se tyto modely používají společně s ošetřovatelským procesem (17).

#### ***1.1.4 Členění ošetřovatelských koncepčních modelů a teorií***

Ošetřovatelské koncepční modely a teorie se klasifikují podle různých kritérií. Z hlediska filozofického a světonázorově-teoretického, se jako základní nejčastěji používají modely vývojové, systémové, interakční a humanistické.

*Vývojové modely* vyzvedávají průběh růstu vývoje a zrání. Podstatou těchto modelů je změna, která směřuje k vytčenému cíli nebo procesu anebo jen k dílčímu či konečnému stavu. Předpokládá se, že lidé mají vnitřní potřebu změny, kterou mohou způsobit jak stavy vnitřní, ale také určité podmínky prostředí. Prvotním znakem *systémových modelů* je určitý řád v jeho čase a prostředí. Za systém je v tomto případě považována osoba, části systému jsou jednotlivé orgány těla a prostředím je chápána rodina. Systémy se dělí na otevřené a uzavřené. Otevřený systém se pěstuje ve stálém přísunu a odsunu, výstavbě i rozkladu složek. Uzavřený systém je separován od svého prostředí. *Interakční modely* se

zaměřují na vztahy mezi lidmi, zjišťují problémy a také vymezují postup, který vede ke zlepšení vzájemných vztahů. Podstatou je, že lidé se považují za stvoření, kteří určují situace a volí způsob jednání vůči nim. *Modely humanistické* respektují lidská práva a práva pacientů. V ošetrovatelství jde především o postoj a přístup nejen ke klientovi/pacientovi, ale také k jeho blízkým. Sestra zkoumá všechna fakta o pacientovi i jeho myšlenky, pocity, hodnoty, zkušenosti, touhy a projevy chování.

Kromě těchto čtyř hlavních modelů se podle dalších kritérií dělí ještě modely potřeb, výsledků, energetického pole, ošetrovatelských intervencí, substituce, zachování, udržování a zlepšení.

Podle *modelů potřeb* se pacient posuzuje jak z pohledu stupnice potřeb, tak z pohledu sestry. Pokud pacient nedokáže uspokojit své potřeby, nastupuje ošetrovatelská činnost, kterou provádí sestra. *Modely výsledků* dávají důraz na výsledky ošetrovatelské péče a tento výsledek hodnotí při ošetrovatelském procesu. *Modely energetického pole* zahrnují koncepci energie v rámci osoby a prostředí. *Modely ošetrovatelských intervencí* nám zdůrazňují ošetrovatelské činnosti, které napomáhají k udržení zdraví a zlepšení péče. Pacient není jen frekventantem ošetrovatelské péče, ale je také objektem ošetrovatelství. Sestra, která pečuje o pacienta, rozhoduje o jeho péči, a aby bylo dosaženo změny, pracuje také s jeho prostředím. *Modely substituce* neboli nahrazení se zaměřují na poskytování náhrady za schopnosti pacienta, které byly ztraceny nebo kdy není již možnost je aktivizovat. Bývá vždy na pacientovi, aby rozhodl o své vhodné náhradě za ztracenou schopnost. Charakteristickým rysem je především kompenzace. *Modely zachování* čili konverzace je snaha o zachování příznivých aspektů pacienta, které jsou ohroženy onemocněním nebo aktuálními či potenciálními problémy. Rozhodování je na sestře, která musí dbát na zachování existujících schopností pacienta. U *modelů udržování* nebo-li podpory jde o pomoc nemocnému při jeho adaptaci na poškozené zdraví. Úkony sestry se zaměřují na podporu pacienta a na jeho vyrovnání se vzniklou situací. *Modely zlepšení* nebo také posílení se zaměřují na lepší kvalitu života pacienta prostřednictvím posilování všeho, co zůstalo nemocí oslabené (1, 17, 28).



## 1.2 Model Dorothy Elisabeth Oremové

„Člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat, přispívat osobně ke svému zdraví a vytvářet pro sebe pocit dobré pohody. Tyto činnosti člověka jsou ovlivňovány jeho věkem, schopnostmi a společensko – kulturním prostředím. V případě neschopnosti sebezpěče je nutný ošetřovatelský zásah.“ (1, str. 51).

Dorothea Elisabeth Oremová se narodila v Baltimore v roce 1914. Diplom ošetřovatelství získala roku 1934 a poté začala působit jako zdravotní sestra. Prošla chirurgií, internou, operačními sály i pediatrií. Při práci v nemocnici si na Katolické univerzitě ve Washingtonu DC dodělávala bakalářské studium, kde získala diplom ošetřovatelství a magisterské studium, ve kterém získala diplom ošetřovatelské edukace. A od roku 1945 působí jako ředitelka zdravotnické školy a ošetřovatelských služeb v Detroitu. Prováděla reflexi ošetřovatelských činností a ošetřovatelského jednání v praxi. Bádala nad organizační strukturou klinik a požadavků, které byly kladeny na ošetřující personál. Změna této struktury péče o pacienty na klinikách měla velký vliv na rozvoj ošetřovatelství. Při rozhovorech a diskuzích s ošetřujícím personálem si Oremová všimla, že sestry nejsou schopny popsat nebo ani vysvětlit výkon, popřípadě výsledek ošetřovatelské činnosti. Příčinou bylo i to, že vyučující nedovedou svoji oblast jednání popsat a ani vrchní sestry se nikdy nezabývaly popisem problémů praxe. Úkol vrchních sester spíše spočíval v personálním obsazení oddělení. Právě toto Oremovou donutilo k tomu, aby popsala, proč pacient potřebuje ošetřovatelskou péči s výchozími body ošetřovatelské činnosti, ovšem jen za předpokladu, že ošetřující personál dopomáhá pacientům tak, aby se o sebe dokázali sami postarat. Na základě toho byl pojem *sebezpěče* poprvé popsán ve spojitosti s oblastí činností.

Oremová byla od roku 1959 pověřena vládou ve Washingtonu DC, aby vypracovala prostředek, který by zvyšoval kvalitu pro vzdělávání ošetřovatelského personálu a dále jí byl dán úkol pro zpracování učebních plánů pro ošetřovatelství. A tak v roce 1960 zahájila Oremová vývoj a formování jednotlivých konceptů. Založila různé pracovní skupiny, které se měly podílet na vývoji teoretické organizaci ošetřovatelství. Tyto členové pracovních skupin měli bohaté praktické zkušenosti a koncepty, které vytvořily, byly testovány v praxi

v péči o pacienta, ve výuce nebo v práci vrchních sester. Vývoj byl podpořen prostřednictvím analýz – ošetřovatelských situací, případových studií a kategorizací případů.

Oremová se neztotožňuje s názorem, že ošetřovatelství je pomocný obor lékařství a poukazuje na historickou funkci ošetřovatelství v souvislosti s omezením sebepéče. V roce 1971 Oremová po odchodu z Katolické univerzity zahájila poradenskou činnost, kterou aplikovala do klinik a do zařízení pro vzdělávání ošetřovatelského personálu. V těchto vzdělávacích programech byly použity koncepty Teorie deficitu sebepéče. V souvislosti s nařízením centrálního svazu se musel od roku 1974 každý ošetřovatelský vzdělávací program opírat o nějakou z ošetřovatelských teorií a také v roce 1975 tedy došlo k tomu, že každá ošetřovatelská škola má za povinnost užívat nějakou teorii jako základ. Oremová patřila mezi ty, které byly nejčastěji používané. Ovšem v roce 1983 bylo toto rozhodnutí zrušeno a školy přešly zpět k medicínským modelům. Pouze asi 20% z nich si zachovalo teorii Oremové. Prováděly se výzkumné práce, které měly za úkol vysvětlit sebepéči osob v různých praktických oblastech ošetřovatelství. Jednotlivé koncepty Teorie deficitu sebepéče byly prozkoumány i v souvislosti s koncepty jiných disciplín – například souvislost mezi sebepéčí a sebeúčinkem. V poslední fázi vývoje se Oremová zaměřila na další rozvoj konceptů, na vysvětlení a popsání základů disciplíny ošetřovatelství jako samostatné vědy. Na podporu rozvoje Teorie deficitu sebepéče, vznikla v roce 1989 IOS (international Orem Society) a každé dva roky se konají konference. Příznivci Oremové z celého světa roku 1995 si utvořili pracovní skupiny, aby dosáhli dalšího vývoje teoretických a praktických modelů pro ošetřovatelskou diagnostiku (3).

### ***1.2.1 Pojem sebepéče podle Oremové***

Sebepéče je systém činností, který je nutný k životu, a které člověk dělá pro sebe, aby si udržel podmínky k zachování života. Jedná se o aktivity, které provádějí lidé ve vlastním zájmu pro zachování života a jejich pohodu, stejně jako v zájmu svého zdraví. V průběhu svého života se člověk naučí sám o sebe se starat. Již od dětství se učí

samostatnosti, ale fáze učení není omezena pouze na dětský věk. Dá se říci, že v průběhu celého života, se v případě potřeby učíme nebo prohlubujeme praktiky a nutné schopnosti. Člověk sebekéči provádí na základě svých individuálních schopností a životních okolností.

Pokud se člověk nemůže o sebe sám starat nebo jen částečně, starají se o něj druhé osoby. Tuto péči označujeme jako dependentní. Tato péče vyžaduje určitou sociální závislost druhé osoby, kde nejde jen o jednoduché poskytování pomoci, ale především o podporu při sebekéči.

Oremová formovala koncept sebekéče pro oblast ošetrovatelství již v polovině padesátých let. Pro jednání s klientem má velký význam pět předpokladů a těmi jsou sebekéče, která má vědomě řízené chování a musí se dát naučit. Dalšími předpoklady jsou, že člověk má právo a odpovědnost za péči o sebe sama a v určitých fázích svého života také potřebuje podporu v sebekéči. Posledním předpokladem je, že při zdravotních problémech člověk potřebuje podporu prostřednictvím speciálních pracovních skupin.

Oremová se na člověka nedívá jen na organismus, ale jako na jedince nebo osobnost. Personál, který člověka ošetřuje, má co do činění s jedinci, kteří jednají vědomě. Znalost lidského jednání, tak i jeho vývoje a schopnosti je pro ošetrovatelský personál velmi důležitá, neboť tvoří základ pro pochopení, jak a proč se lidé sami o sebe starají (3).

### ***1.2.2 Požadavky sebekéče podle Oremové***

Požadavky sebekéče dle Oremové jsou nutné proto, aby člověk zůstal na živu, vysvětlují, proč se má člověk o sebe starat. Oremová je klasifikovala do tří skupin. Jednotlivé skupiny ošetřující personál informují o tom, na co by měla být činnost sebekéče zaměřena a co by mělo být dosaženo k zachování zdraví, pohody nebo života.

*Obecné univerzální požadavky sebekéče* nám popisují biologické faktory lidského života, které mohly být ovlivněny sebekéči. Sestra se především musí zaměřit na základní potřeby člověka, na udržení dostatečného přívodu vzduchu, tekutin a potravy, na udržení správného vylučování stolice a moče, na udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem, mezi samotou a sociálními interakcemi. V těchto požadavcích je zahrnuto také předcházení životních rizik, která se týkají lidského fungování a pacientovo pohody

a fyzické rovnováhy. Pokud jsou dosaženy cíle, které sestra spolu s klientem stanoví, může se hovořit o splnění výše jmenovaných požadavků.

*Vývojově podmíněné požadavky sebezpečí* jsou důležité pro činnosti sebezpečí v optimálním lidském vývoji. Mají velmi těsný vztah k obecně univerzálním požadavkům sebezpečí. Pojmenovávají okolnosti, které umožňují lidský rozvoj v odlišných stádiích života. Je třeba, aby si člověk stanovil podmínky, které podporují vývoj, naučil se zvládat strach. Využíval zkušeností a schopností, které jsou nutné pro rozvoj sebevědomí a pro život ve společnosti, a aby si dokázal udržet fyzikální a sociální podmínky, které mu dávají pocit optimální pohody a bezpečí. Klient by měl umět pochopit vlastní pozorování a reflexi vlastního jednání a naučit se akceptovat pocity s ohledem na vlastní osobu, využívat talentu a zodpovědně jednat v určitých životních situacích. Další podmínkou je naučit se porozumět svým emocím, zároveň se snažit pochopit také negativní emoce a v neposlední řadě podporovat duševní zdraví. Vývojové poruchy, které jsou způsobené životním prostředím nebo nemocí umocňují vznik požadavků, které vedou k cíli, což znamená zabránit negativnímu důsledku vývoje, a proto v popředí budou stát činnosti sebezpečí z obecných a zdravotně podmíněných požadavků a zjistit především takové podmínky, které zmírní stávající vývojové poruchy.

*Zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí* vznikají, pokud dojde k odchýlení od přirozeného zdravotního stavu. Může to být vyvoláno nemocí, úrazem, omezením nebo nepohodou. Fyzická zdravotní změna se týká tělesné struktury nebo funkce některé části těla. Duchovní a emocionální zdravotní změnu ovlivňují duchovní funkce a chování, které mají velký vliv na schopnosti v jednání. Hlavními požadavky je zajištění vhodné zdravotní péče a zároveň si uvědomit a hlavně rozpoznat důsledky patologických stavů. Je potřeba, aby klient efektivně dodržoval a prováděl naordinovaná opatření a uvědomil si a znal vedlejší efekty zdravotnických zásahů. Klient musí umět akceptovat změny konceptu sebe sama v souvislosti s jeho zdravotním stavem (3).

### ***1.2.3 Teorie deficitu sebeděče podle Oremové***

Teorie deficitu sebeděče objasňuje, kdy je potřebná ošetrovatelská péče. Je to vztah mezi kompetencí a potřebou sebeděče.

Co je myšleno kompetencí sebeděče? Jsou to především speciální schopnosti potřebné k vykonávání ošetrovatelských intervencí v závislosti na konkrétní potřebě sebeděče. Způsob požadavků sebeděče sestry určuje, jaké činnosti by měli být klientem vykonány. Je proto nutné mít popsáno jak a v jakém sledu mají být naučené metody a praktiky v individuální sebeděči použity, tak aby klient dosáhl svého stanoveného cíle.

Deficit sebeděče se vyskytuje, nejenom v době nemoci nebo postižení, ale může se projevit až v budoucnosti. Deficit může být přítomný v době, kdy u klienta není dostatečná aktivita v soběstačnosti nebo pokud nastala porucha vědomí či bezvědomí nebo pakliže má omezen úsudek a nedostatek jeho vědomostí či zkušeností. Deficity sebeděče jsou buď úplné, nebo částečné a jsou vždy spojené s nemocí anebo s postižením, ale to neznamená, že to musí být důvod k poskytování ošetrovatelské péče. Úplný deficit sebeděče znamená stav, kdy klient nemá žádné schopnosti uspokojit potřebu sebeděče. Vědomosti ošetrojícího personálu o rozsahu deficitu sebeděče u klienta je výsledek diagnostické aktivity k dosažení individuálních schopností. Dopomoc v případě deficitu sebeděče sestra poskytuje jako vedení nebo učení klienta a zabezpečení kvalitního prostředí pro vývoj a fyzickou, ale především psychickou podporu (3, 7, 28).

### ***1.2.4 Teorie ošetrovatelských systémů podle Oremové***

Teorie ošetrovatelských systémů dle Oremové jsou vlastně ošetrovatelské činnosti, které jsou produkované sestrou. Oremová je rozdělila do třech systémů.

*V plně kompenzujícím systému* sestra vykonává ošetrovatelskou péči za klienta, protože on sám není schopen zvládnout deficit sebeděče samostatně. Ošetrovatelskými aktivitami sestry, je pomoci plnit klientovu potřebu a kompenzovat jeho neschopnost a podporovat a dovést ho alespoň k částečné soběstačnosti. Aktivita ze strany klienta není žádná, protože on sám není schopen si plnit jakékoli terapeutické požadavky, je neschopen

vykonávat sebekpěči a činnosti, u nichž je za fyziologických podmínek zachována schopnost pozorovací a rozhodovací.

*V částečně kompenzujícím systému* terapeutické požadavky částečně vykonává klient a částečně sestra, protože zvládá deficit sebekpěče pouze s pomocí. Ošetřovatelskými aktivitami sestry, je asistovat jen u některých požadavků sebekpěče a potřebách klienta nebo eventuálně upravovat klientovu sebekpěči. Aktivita ze strany klienta je umět přijmout pomoc sestry a úpravu sebekpěče. Deficit sebekpěče může být způsoben přítomností aktuálního omezení či nedostatkem vědomostí anebo omezení v pohybových aktivitách.

*V podpůrně výchovném systému* klient vykonává sebekpěči samostatně, ale potřebuje za pomoci sestry získat některé informace či vědomostí a rozvíjet schopnosti anebo získat určitou potřebnou zručnost. Ošetřovatelskými aktivitami sestry je upravovat vývoj sebekpěče a kombinace podpory, učení a vedení klienta. Klient je schopný pod vedením a s podporou sestry naučit se vykonávat činnosti sebekpěče. Aktivita u klienta je upravovat si rozvoj vedení a vykonávání sebekpěče (2, 3, 28).

### **1.3 Model Dr. Majory Gordonové**

Dr. Majory Gordonová je autorkou modelu funkčních typů zdraví. Narodila se v Clevelandu ve státě Ohio. Studovala ošetřovatelství a dále získala bakalářské i magisterské vzdělání na Univerzitě v New Yorku. Doktorskou práci z pedagogické psychologie na Boston College zasvětila diagnostickému posuzování. Soustředila se na výuku, studium a výzkum a stala se profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých. V roce 1978 získala ocenění za tvorbu profesionálních ošetřovatelských standardů- Gordonová spolupracovala s taxonomickým výborem NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), kde se roku 1982 stala první volenou prezidentkou. Publikovala v seminářích a významně přispěla k ověřování ošetřovatelské diagnostiky v praxi.

Model Gordonové vychází z toho, že lidé mají společné typy chování, související se zdravím, kvalitou života a s rozvojem klientových schopností. Dokonalé popsání a výsledné zhodnocení zdraví a nemoci u klienta, sestře umožňuje najít a stanovit aktuální

nebo potenciální ošetřovatelské diagnózy. V modelu je ošetřovatelský proces založen na třinácti funkčních typech zdraví, nazývaných doménami. Sestra získá sběrem potřebné informace o klientovi. Subjektivní údaje sestra získává pozorováním a různými vyšetřeními. Otázky kladené klientovi, musí být stručné a způsob vedení rozhovoru musí být individuální a vše přizpůsobit klientovi (6, 28).

### ***1.3.1 Model funkční a dysfunkční typ zdraví dle Gordonové***

Funkční typ zdraví představuje chování jedince, s ohledem na věk a faktory prostředí, které mají přispívat ke zdraví a kvalitě života. Představují klientovu sílu i schopnosti, které mohou být použity případně při ošetřovatelských činnostech. Sestra získává potřebné informace v níže uvedených jednotlivých doménách.

*Podpora zdraví* zahrnuje, jak klient vnímá svoji pohodu a svůj zdravotní stav. Jak se o své zdraví dokáže starat a zvládat rizika, která jsou spojena s jeho zdravotním stavem a životním stylem.

*Příjem stravy a tekutin* u klienta, obecně doména nazvaná výživa, ve vztahu k potřebě organismu. Je popsán nejen způsob stravování, ale také kvalita a kvantita konzumované stravy a tekutin a v neposlední řadě také speciální dietní režim. Do této kapitoly jsou zahrnuty stav kůže, různé defekty a poranění a schopnost hojení ran spolu s imunitním systémem. Patří sem též stav chrupu, výška, hmotnost, teplota, stav vlasů a nehtů.

*Vylučování a výměna*, tato doména popisuje způsob nejen vylučování močového měchýře, tlustého střeva, ale také kůže. Sestra se zajímá o pravidelnost, zda klient používá různé metody projímadel, zda má potíže nebo poruchy spojené s vyprazdňováním. Sestra také sleduje kvalitu a kvantitu exkrementů.

*Aktivita a odpočinek*. Sestra se klienta vyptává na volnočasové aktivity, relaxaci, zda si klient udržuje zdraví aktivním cvičením či nějakým konkrétním sportem. Na základě svých schopností a znalostí sestry popíše sebepéči a soběstačnost při potřebě hygieny, stravování a udržování domácnosti. V takovém případě se jedná o činnosti, které mají pro klienta velkou důležitost, v jeho osobním životě. Do této domény je zahrnuto také

onemocnění, ať už mluvíme o bolesti nebo dušnosti, a faktory, které klientovi brání v prováděných aktivitách. Sestra by se měla zajímat a zahrnout sem klientův způsob spánku a odpočinku, oddechu a relaxace, zejména jak dlouho spánek trvá, jaká je jeho kvalita, různé rituály před spánkem a užívání medikamentů hypnotik.

*Vnímání a poznávání.* Sestra se klienta ptá na smyslové vnímání, především na zrak, sluch, čich a hmat a jaké používá protézy a kompenzační pomůcky. Zjišťuje úroveň vědomí, časoprostorovou orientaci, mentální funkce a pozornost. Sestra si všímá a hodnotí komunikační a rozhodovací schopnosti a také myšlení a paměť.

*Vnímání sebe sama.* Sestra popisuje, jak klient vnímá svůj tělesný vzhled, jaký má talent, záliby a schopnosti a jakou má představu o sobě. Zajímá se, jakou klient zaujímá pozici nejen v rodině, ale také v životě. Popisuje objektivní pozorování neverbálních projevů, klientovo držení těla, chůze, oční kontakt, hlas a způsob řeči.

*Vztahy.* U této domény se sestra zabývá tím, jaké má klient závazky a odpovědnost ve své životní roli a jak dokáže zvládat a snášet odpovědnost v jeho současné životní situaci, tím je myšleno v době nemoci. Sestra by se měla zajímat o to, jaké jsou vztahy v rodině, v zaměstnání nebo ve vztahu ke společnosti.

*Sexualita.* Zde se u klienta sestra ptá, má-li v této oblasti různé poruchy nebo potíže. U žen se zaměřuje na menstruační cyklus, menopauzu, porody, potraty a zda-li používá antikoncepci. U mužů se zaměřuje na potíže s prostatou. Sestra by neměla zapomínat také na otázku, která se týká pohlavních chorob.

*Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu.* Tato domény se zabývá tím, jaké životní změny v poslední době klient prožil. Jak umí zvládat stresové, ale i běžné situace a kdo je největší podporou či oporou v těchto situacích. A také v neposlední řadě, jak se klient dokáže přizpůsobit změnám.

*Životní principy.* V této oblasti sestra hodnotí klientovi cíle, přesvědčení, hodnoty a náboženskou víru. Měla by si všimnout a popsat vše, co klient vnímá jako důležité ve vztahu ke zdraví.

*Bezpečnost a ochrana.* Zde se sestra zaměřuje na klientovu ochranu před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo také poškozením imunitního systému, což může být způsobeno infekcí, násilím či riziky životního prostředí.



*Komfort.* S touto oblastí je spojena bolest, zejména její charakter, intenzita a v neposlední řadě také tlumení. Komfort sestry rozděluje do tří oblastí: tělesný, sociální a komfort prostředí.

*Růst a vývoj.* Sestra si musí všimnout vrozených vývojových vad, a jaké má klient držení těla a koordinace pohybu. Neměla by zapomínat na jeho pohybový režim a zda-li k chůzi používá nějaké kompenzační pomůcky.

Dysfunkční typ zdraví je chorobný stav, při kterém, pokud sestra neposkytuje adekvátní ošetrovatelskou péči, dochází automaticky k narušení zdraví. V ošetrovatelském procesu analýzou sběru dat, by měl být stanoven výskyt ošetrovatelských diagnóz (13, 14, 23, 24, 28).

#### **1.4 Ošetrovatelský proces**

Co to znamená ošetrovatelský proces? Je to proces, při kterém sestra vykonává péči o klienta. Můžeme porovnat jaký je rozdíl, mezi lékařským a ošetrovatelským procesem. Lékařský se zabývá chorobným stavem klienta, zatímco ošetrovatelský se zaměřuje na reakci klienta na dané onemocnění. Ale tyto dva procesy spolu velmi úzce souvisejí a jeden bez druhého by proces uzdravování velmi ztížil. Ošetrovatelský proces je moderní metoda dnešního ošetrovatelství. O ošetrovatelském procesu poprvé psala Hallová a to již v roce 1955. Když mluvíme o péči u klienta, máme na mysli organizované uspokojování potřeb a řešení problémů, které sestra spolu s klientem nalezne. Sestra musí klást velký důraz na podporu a udržení zdraví, spolu s klientem hodnotí jeho potřeby, společně sestaví plán péče a obě strany se snaží o plnění stanovených intervencí a zhodnocení dosažených výsledků. Předpokladem je nutné respektování přání klienta. To do jaké míry se podílejí na ošetrovatelském procesu klienti, to ovlivňuje jejich pohled na zdraví a stupeň sebepoznání. Cílem je zkvalitnění ošetrovatelské péče a aktivita klienta v ní. Kvalita ošetrovatelské péče by se v konečné fázi měla projevit nejen spokojeností klienta, ale především zlepšeným zdravotním stavem. Pokud sestra bude mít odborné znalosti, ale také v jejím pracovním prostředí dostatečné množství personálu a tím spojená i motivace a dostatečné množství

pomůcek a technického vybavení, to vše může vést k co nejvíce úspěšné poskytované péči (14, 19, 23).

„Samotný proces představuje sérii plánovaných činností a tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Sérii vzájemně propojených činností při individualizované ošetrovatelské péči provádíme ve prospěch nemocného buď sami, nebo, je-li to možné, i za aktivní spolupráce pacienta. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl.“ (23, str. 16).

V ošetrovatelském procesu sestra používá pětifázový proces. Jednotlivé fáze jsou zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Ve zhodnocení sestra provádí sběr informací a vše co se týká zdravotního stavu klienta, především jeho rizikové faktory, které negativně ovlivňují zdravotní stav, ale i celkovou pohodu. Diagnostikou sestra analyzuje data, která získá a dle těchto dat sestaví aktuální a potenciální problémy, které jsou potřeba vyřešit okamžitě až po ty, které nemusejí být řešeny hned. Sestra stanoví cíle a výsledky s časováním (to znamená, za jakou určitou dobu bude problém zmírněn nebo vyřešen), dále určí intervence neboli činnosti potřebné k dosažení cílů a zaznamenává plán péče. Realizace je daný postup, který sestra sestaví. Poslední a velmi důležitou částí ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, zda se dosáhlo stanovených cílů. Sestra posuzuje činnosti a reakci klienta na ně, ale zároveň je i porovnává s výslednými kritérii. Pokud je cíl splněn, dochází k ukončení ošetrovatelského procesu. V opačném případě, čili pokud nedojde ke splnění nebo také jen k částečnému splnění cílů, přichází na řadu revize plánu péče. Každá fáze v ošetrovatelském procesu je popisována sice zvlášť, ale jinak musí všechny fáze probíhat souběžně (20, 23).

Práce sestry je velmi náročná po všech směrech. Ošetrovatelská péče v dnešní době přináší potřebu systémového přístupu a komplexního řešení daného problému. Pokud by takovéto přístupy nebyly dosaženy, ztrácí se prioritní potřeby člověka. Ošetřující personál musí zabezpečit všechny potřeby klienta, nelze jen realizovat ošetrovatelské činnosti podle dosažených stereotypů. Sestra musí znát co nejvíce o ošetřovaném ze všech oblastí – bio-psycho-socio-spirituálních. Sestra s odbornými znalostmi by měla vidět a vnímat člověka, který má určité individuální problémy a trápení a ne jen jako lékařskou diagnózou (20, 23).

„K aplikaci ošetrovatelského procesu je nezbytně nutné, aby sestra měla dostatečné vědomosti o ošetrovatelském procesu i dovednosti potřebné k jeho aplikaci a ovládla interpersonální, technické a rozumové zručnosti.“ (23, str. 36).

## 1.5 Geriatrie a stáří

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří a je součástí našeho života. Proces stárnutí je fyziologický jev a nikdo se mu nevyhne, proto se neustále zdůrazňuje, že stárnutí a stáří není nemoc. Stáří je poslední etapa života, kdy se nejvíce projevuje involuce, zhoršuje se zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu, klesá obranyschopnost a narůstá zranitelnost. Toto životní období dělíme na rané stáří, pokročilí věk a dlouhověkost. V těchto etapách života se někdy vyskytuje několik nemocí současně a to nazýváme polymorbiditou, kde jedna choroba způsobí řetězovitý vznik dalších chorob. Změny způsobené stářím se odehrávají v tělesné, psychické, ale i v sociální rovině a reakce právě na tyto změny je velmi ovlivněna osobností seniora. Změny ve stáří nastávají především v oblasti vjemů, zhoršuje se zraková a sluchová percepce a to přináší určitá omezení nejen v pracovní, ale také v zájmové činnosti, kdy klesá schopnost komunikace (5, 8, 9, 16, 26).

Je vždy třeba respektovat osobnost starého člověka, protože oproti již zmíněným involučním změnám se ani ve stáří osobnost člověka v zásadě nemění. Intelektové schopnosti bývají též zachovány. Sice s narůstajícím věkem upadá snaha k nacházení nových řešení a zvládnání tím neznámých problémů, které ve stáří přicházejí. Většinou seniori využívají zkušenosti a naučená schémata, která se během svého života naučili. Při učení nových věcí je potřeba dostatek trpělivosti, jak ze strany seniora, tak ze strany edukující sestry, protože starý člověk potřebuje k zapamatování si různých informací větší počet opakování a tím pádem také více času. U seniora se zhoršuje především krátkodobá paměť, kdy starší vzpomínky má zachovány, ale mohou být zkresleny a naopak nové události si hůře zachovává v paměti (9, 16).

Dále by sestra měla zabránit, pokud to bude jen trochu možné, poklesu zdatnosti či soběstačnosti klienta tím, že se bude snažit u seniora zachovat nebo dokonce zlepšit jeho soběstačnost rehabilitačními a rekondičními postupy. Sestra může ovlivnit také klientovo

prostředí jako třeba zajistit bezbariérovou úpravu nebo instalaci různých kompenzačních pomůcek, které usnadní pohyb seniora. Každá ztráta soběstačnosti je ve většině případů způsobena stárnutím spolu za účasti nějaké choroby a na ošetřujícím personálu je, aby dokázal rozpoznat jaký je podíl nemoci a stárnutí na celkovém zdravotním stavu klienta. Velmi důležitá je motivace seniora vedoucí k soběstačnosti. Základem motivace u seniora je, aby ho sestra dokázala přesvědčit o jeho vlastních snahách a povzbudit jej v jeho správném postoji, který má vést k soběstačnosti. Senior potřebuje vědět, že to opravdu dokáže a zvládne. Velkým přínosem pro udržení nebo zlepšení soběstačnosti je uplatnění ergoterapeutů (9, 10, 15).

Co je vlastně ergoterapie? Je to léčebná metoda, která se používá u osob s poruchami motoricko-funkčními a senzoricko-percepčními. Cílem ergoterapie je zajistit klientovi co nejlepší způsobilost v běžném denním životě (18).

Jaké jsou priority geriatrické péče? Jde v zásadě o základní zdravotní péči. Na sestře je, aby především zajistila potravu, tekutiny, přístřeší a také ošacení, ale i neméně důležitým úkolem sestry je, aby pomohla klientovi s naplněním vyšších životních potřeb, které úzce souvisí s kvalitou života. Zdravotní personál musí napomáhat seniorovi s včleňováním se do kolektivu a podporovat jeho život v určité komunitě (9).

### ***1.5.1 Komplexní diagnostika v geriatrii***

Komplexní diagnostika v geriatrii slouží k identifikaci rizik, priorit a potřeb a mělo by ošetřujícímu personálu a klientovi přinést lepší účinnost a bezpečnost péče. Komplexní diagnostikou sestra určí základ individuálního léčebného plánu a ke kontrole kvality léčby je nutné dokumentování jejího průběhu.

*Barthelové index* zjišťuje soběstačnost v základních biologických potřebách na základě objektivních údajů ošetřujícím personálem. Sestra posuzuje jen to, co klient skutečně zvládne sám. Tento test patří k základu při sestavování individuálního plánu léčby. Barthelové index se rozděluje na hodnocení soběstačnosti v základních aktivitách (ADL), jako jsou najedení, koupání, mytí, oblékání se, použití WC a chůze (příloha 1)

a později se rozšířil na aktivity všedního dne (IADL) a těmi jsou telefonování, nakupování, vaření, praní prádla a užívání léků (příloha 2)

Velký a zvláštní důraz klademe v seniorském věku na hydrataci a stav nutriční. *Body Mass Index* (BMI) neboli index tělesné hmotnosti je nejpoužívanějším hodnotícím kritériem nejen podvýživy, ale i obezity. BMI se vypočítává tak, že zvážíme klienta a váhu v kilogramech vydělíme tělesnou výškou v metrech na druhou. Dalším testem, kterým hodnotíme škálou pro stav nutriční je Mini Nutritional Assessment (MNA – příloha 3). Tento test sestře umožní rychlou orientaci o stavu výživy seniora. Zabývá se čtyřmi okruhy otázek a měření. Patří sem antropometrické měření, celkové hodnocení, kdy se sestra zaměřuje na soběstačnost, mobilitu a užívání léků. Je důležité, aby ošetřující personál znal klientovo nejen dietní návyky a stravování, ale také na jeho vlastní hodnocení zdraví. Senior si musí uvědomit, stravuje-li se zdravě, snižuje tím svou nemocnost a zároveň si prodlužuje svůj lidský věk. Vhodná nutriční terapie, snižuje délku léčby a zkvalitní tím život seniora a omezí počet a závažnost komplikací.

Pokud má sestra u klienta podezření na přítomnost syndromu demence provádí test Mini Mental State Examination (MMSE – příloha 4). Snížení jeho kognitivních schopností ve velké míře narušuje zvládání každodenních aktivit, proto je zjišťování stavu paměti velmi významné. V první části testu sestra hodnotí orientaci, paměť a udržení pozornosti a ve druhé části testu senior pojmenovává předměty, čtení a psaní (9, 18, 22).

Lék na stáří žádný neexistuje, ale jsou určité možnosti prevence proti stárnutí. Především jsou to ovlivnitelné faktory, ke kterým patří zaručeně zdravý životní styl a dostatečně využívat nefarmakologické přístupy k léčbě. Neméně významnou roli hrají u seniora přátelé a v neposlední řadě také si najít a udržet smysl pro životní cíl. Heslem každého seniora by mělo být – přidat nejen roky životu, ale i život rokům (16, 27).

Oremová považuje ošetřovatelství za službu, která má zdokonalit především sebepěči klienta. Její model je zaměřen na ztrátu soběstačnosti v běžných denních činnostech, které pečující sestra nachází především u seniorů. Sestra by měla pochopit a následně, společně s klientem, zpracovat individuální ošetřovatelský plán podle modelu Oremové a zvládnout sestavení aktuálních, eventuálně potenciálních deficitů jeho sebepěče.

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit vhodnost aplikace modelu Oremové před stávajícím již aplikovaným modelem Gordonové v Centru sociálních služeb Staroměstská. Provést srovnání modelů Oremové a Gordonové a výsledky výzkumu použít pro úpravu ošetrovatelských plánů pro práci všeobecných sester v Centru sociálních služeb Staroměstská.

Cíle:

1. Zjistit vhodnost aplikace modelu Oremové v péči o seniory z pohledu zjišťování jejich soběstačnosti a ošetrovatelské péče v Centru sociálních služeb Staroměstská.
2. Zjistit zda-li aplikovaný model Oremové je vhodnější pro ošetrovatelskou péči u seniorů v Centru sociálních služeb Staroměstská, než-li stávající model Gordonové v péči o seniory.
3. Zjistit, jak se všeobecným sestřám pracuje s novým modelem dle Oremové v Centru sociálních služeb Staroměstská.

Výzkumné otázky:

1. Je model Oremové vhodný k určení soběstačnosti seniora v Centru sociálních služeb Staroměstská?
2. Je aplikovaný model Oremové vhodnější pro ošetrovatelskou péči u seniorů v Centru sociálních služeb Staroměstská, než-li stávající model Gordonové v péči o seniory?
3. Vyhovuje model Oremové všeobecným sestřám, které pracují se seniory v Centru sociálních služeb Staroměstská?
4. Vyhovuje model Oremové seniorům, kteří žijí v Centru sociálních služeb Staroměstská?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Popis metodiky***

V bakalářské práci je použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2010 do února 2011 v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích.

V první části výzkumu jsou zpracovány všeobecnými sestrami jednotlivé anamnézy podle modelů Gordonové a Oremové a dle anamnéz pak kazuistiky se seniory. Během vyplňování těchto anamnéz sestrami, byl též použit pozorovací arch (příloha 12), který sloužil jako podklad pro přímé, zúčastněné a zjevné pozorování. Předmětem zkoumání v tomto archu bylo pozorování zaměřené na klientovu komunikaci, na prostředí, ve kterém se rozhovor odehrával, reakce na sestru a na otázky mu pokládané, vzájemnou spolupráci, jak se klient cítil před a po rozhovoru. Dále byl sběr dat realizován u seniorů standardizovaným rozhovorem, který obsahoval 7 předem připravených otázek (příloha 11), jež vyplynuly z cílů dané problematiky.

Ve druhé části výzkumu byl sběr dat realizován u všeobecných sester standardizovaným rozhovorem, který obsahoval 20 předem připravených otázek (příloha 9). Rozhovor byl veden přímo na pracovišti se všeobecnými sestrami. Otázky byly zaměřeny na identifikační údaje, na vnímání problematických projevů u klientů sestrami a také jak se jim pracovalo s jednotlivými modely. I u sester byl předmětem dalšího zkoumání pozorovací arch (příloha 10), který sloužil jako podklad pro přímé, nezúčastněné a skryté pozorování.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořily čtyři všeobecné sestry a čtyři senioři z Centra sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích. Rozhovory byly natáčeny na diktafon. Byly vybrány sestry, které měly již zkušenosti s modely a naopak sestry, které zkušenost s modely neměly.

## 4. Výsledky

### 4.1 Kazuistika – senior 1

Respondentka ZH, věk 89 let, vdova. V Centru sociálních služeb Staroměstská žije již ½ roku. V roce 1995 jí bylo zjištěno onemocnění Diabetes mellitus 2. Typu na PAD a od roku 2002 je respondentce aplikován inzulín. Další diagnózou je hypertenze, hypertyreóza, dorsalgie, chronická ICHS. Operace, které prodělala během svého života je cholecystectomie před 24 lety, hysterectomie a apendektomie.

#### *Kazuistika dle Oremové (příloha 7)*

Základní životní funkce – počet dechů (15/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení. Puls (70/minutu, pravidelný). Krevní tlak (140/70 mmHg – normotenze). Tělesná teplota (36,6°C). Výška je 156 cm a váha je 70 kg. BMI index (28,8 – nadváha).

Příjem potravy: senior se stravuje pravidelně 6x denně celé porce (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře a 2. večeře). Někdy trpí nechutenstvím, ale nebývá to častě. Jejím oblíbeným jídlem je kuře, ryby, bramborový salát a hovězí vývar s nudlemi. Vyloženě neoblíbené jídlo nemá. Snaží se dodržovat diabetickou dietu, říká, že bývá hodně sama k sobě přísná, co se týká dietního režimu. Forma stravy je normální, per os. Nají se sama, ani nepotřebuje nějaké pomůcky, které usnadňují stravování. Vzhled seniora je plnoštíhlý. Občas trpí dyspeptickými potížemi – nauzeou, říháním a někdy také zvracením. Zhotoveno hodnocení nutričního stavu (příloha 3) s výsledkem: senior není ohrožen malnutricií. Schopnost sebepěče v oblasti stravování je částečně kompenzovaná, ale musí se učit, protože se stravováním je úzce spojena aplikace inzulínu, kterou seniorka sama nezvládne, kvůli své oční vadě, je nutné, aby sestra inzulín aplikovala. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný v oblasti dodržování dietního režimu a celkově kompenzující v oblasti aplikace inzulínu. Aktuální a potenciální deficit – je neschopnost aplikace inzulínu inzulínovým perem, kvůli zrakovým potížím.

Příjem tekutin: seniorka přijímá přibližně 2 litry tekutin denně. Jejimi oblíbenými tekutinami je voda, minerálka, čaj a káva a neoblíbenými jsou pivo a alkohol. Pocitem



žizně netrpí. Sliznice jsou dobře prokrvené. Kožní turgor je normální. Sama se zvládne napít a pomůcky usnadňující napití žádné nepotřebuje. Schopnost sebezpečí v oblasti tekutin je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Dýchání: seniorka netrpí dušností, nepoužívá žádné pomůcky podporující dýchání. Nekouří, ani nikdy nekouřila. Schopnost sebezpečí v oblasti dýchání je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Vyprazdňování moči: seniorka chodí na WC s pomocí chodítka nebo berlí, přibližně 7x za 24 hodin. Množství moči za 24 hodin je přibližně kolem 2 500 ml. Barva je fyziologická, slámově žlutá, bez příměsí a jakýchkoliv obtíží. Vyprazdňuje se sama na WC, jen občas potřebuje dopomoc s chůzí. Inkontinence stresová II. stupně, používá přes den vložky a na noc plenkové kalhotky. Schopnost sebezpečí v oblasti vyprazdňování moči je s částečnou pomocí inkontinentních pomůcek. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit – je inkontinentní v oblasti vyprazdňování moči.

Vyprazdňování stolice: seniorka chodí na WC sama s pomocí chodítka nebo berlí, pravidelně 1x za den. Barva stolice je hnědá, bez příměsí, normální konzistence. Inkontinencí netrpí, uvědomuje si potřebu vyprázdnění. Žádná projímadla neužívá. Schopnost sebezpečí v oblasti vyprazdňování stolice je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Spánek a odpočinek: seniorka spí 8 hodin denně. Chodí spát kolem 22.00 hodiny. Po probuzení se cítí odpočínutá i přesto, že se několikrát za noc vzbudí. Žádnými spánkovými fenomény netrpí. Na spaní užívá hypnotika – Hypnogen ½ tbl. na noc. Spánkové rituály nemá. Přes den odpočívá spíše pasivně poslechem hudby a procházkami v přírodě. Pravidelně aktivně cvičí. Každý všední den v Domově pro seniory fyzioterapeutka pořádá skupinové cvičení, kterého se seniorka účastní. Trpí občasnými bolestmi hlavy, ale není to nijak pravidelné. Na stupnici bolesti (příloha 6) od 1 do 10, seniorka dala trojku. Bolest je tupá a objevuje se spíše ve večerních hodinách. Dokáže ji zvládat bez analgetik. Umí si sama přivolat pomoc v případě potřeby. Zhotoven se seniorkou test na riziko pádu (příloha 5) s konečným výsledkem 5 bodů, což znamená střední riziko, testy na úroveň

soběstačnosti, test IADL (příloha 2) s výsledkem částečně závislý na druhé osobě a test ADL (příloha 1) s výsledkem lehké závislosti. Schopnost sebepečce v oblasti spánku je částečně kompenzující užíváním hypnotik a v oblasti odpočinku je úplný. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný ve smyslu nutného pravidelného cvičení a rehabilitace vedoucí k soběstačnosti. Aktuální a potenciální deficit nalezen v oblasti spánku, bez hypnotik neusne a v oblasti odpočinku, trpí občasnými bolestmi hlavy.

Samota a společenská interakce: seniorka je společenská, optimistická a zároveň zodpovědná ke svému zdraví. Vědomí u seniorky je jasné, plně orientovaná osobou, místem i časem. Zhotoven Mini mentál test (příloha 4) s výsledkem 19 bodů. Depresemi netrpí, je spíše vyrovnaný a klidný člověk. Řeč je plynulá, sluch dobrý a hlas přiměřený. Používá brýle. Trpí oční vadou – diabetickou retinopatií, má pouze zbytky zraku. Prostorová orientace ohledně oční vady jí problém nedělá, pokud to prostředí dobře zná. Žádné komunikační problémy nemá, naopak je ráda, pokud si může s někým popovídat. Velice ráda se zúčastňuje společenských akcí, pořádaných v Domově pro seniory, kde teď bydlí. Na otázku zda cítí omezení, a jaké ve své nemoci odpovídá adekvátně ano a týká se to dietního a zrakového omezení. Schopnost sebepečce v oblasti samoty a společenské interakce je s částečnou pomocí dle schopností přemístění. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný v pravidelné rehabilitaci a částečně kompenzující v dopomoci se přemístit. Aktuální a potenciální deficit v této oblasti nenalezen.

Jistota a bezpečí: seniorka má v zařízení přátele, pravidelně se navštěvují u kávy a povídají si. Je vdova, měla 3 syny, jeden již zemřel. Zbývající 2 ji pravidelně navštěvují, tak 3x do týdne. Ráda se zúčastňuje muzikoterapie, předčítání knih a společenských her. Schopnost sebepečce v oblasti jistoty a bezpečí je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Bytí, existence, blaho: seniorka je vyznání československo husitského. V zařízení je kaple, kde má možnost vyznávat svou víru. 1x za týden ji navštěvuje farářka. Životní hodnoty, které zastává, jsou především rodina a zdraví nejen její, ale i synů a jejich rodin. Za určitých okolností je se svým životem spokojená. Působí skromným dojmem. Má někdy obavy z budoucnosti. Stresové situace většinou zvládá sama, a pokud si není jistá, má její důvěru ošetroující personál nebo rodina a také jí pomáhají léky na uklidnění –

Lexaurin 1,5 mg, který užívá pravidelně. Schopnost sebezpečí v oblasti bytí, existence a blaha je s částečnou pomocí v podávání léků na uklidnění. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit – bez léků na uklidnění, nezvládne stresové situace.

Životní změny, odchylky růstu a vývoje: odchylky v růstu a vývoji u seniorky žádné nenalezeny. Držení těla je vzpřímené, koordinace pohybu je narušena nestabilitou chůze. Její pohybový režim je částečně omezený chůzí v chodítku. Životní změna, která ji zasáhla v poslední době, že se dostala ze svého domova, kde vyrůstala, do Domova pro seniory. A traumatická událost za poslední rok je úmrtí jejího syna. Schopnost sebezpečí v oblasti životních změn je s částečnou pomocí chodítka a musí se učit ve smyslu pravidelného cvičení a rehabilitace, aby si udržela alespoň dosavadní soběstačnost a v oblasti odchylek v růstu a vývoji je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti bez pomoci chodítka se pohybovat.

Sexualita: seniorka v roce 1965, tj. ve 42 letech prodělala hysterektomii. Menstruace byla vždy pravidelná, antikoncepci nikdy neužívala. Měla 3 fyziologické porody bez komplikací, žádný potrat. Schopnost sebezpečí v oblasti sexuality je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Edukační témata: RHB – chůze s chodítkem, aplikace inzulínu, inkontinence a dietní opatření. Použité metody: ústní pohovor a nácvik. Reakce seniorky, schopnost sebezpečí: klientka plně vše chápe, hodně se ptá, má zájem. Spolupracuje velmi intenzivně a ochotně, je nutná trpělivost a časté opakování.

#### *Kazuistika dle Gordonové (příloha 8)*

Doména 1: Podpora zdraví – základní vyšetření sestrou: počet dechů (16/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení. Puls (72/minutu, pravidelný). Krevní tlak (135/80 mmHg – normotenze). Tělesná teplota (36,2°C). Výška je 156 cm a váha je 70 kg. BMI index (28,8 – nadváha). Nekouří, ani nikdy nekouřila. Dodržuje diabetickou dietu. Kůže je suchá, nehty a vlasy má čisté, dobře pěstěné a upravené. Její obvyklý způsob hygienické péče je ráno a večer u umyvadla, kde to zvládá sama, jen

s pomocí chodítka k přesunu. Ale se sprchováním potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu.

Doména 2: Výživa – seniorka se stravuje pravidelně 6x denně. Snaží se jíst hodně ovoce a zeleniny, má ráda polévky. Mezi její oblíbená jídla patří kuře, bramborový salát a hovězí vývar s nudlemi. Vyloženě neoblíbené jídlo nemá. Dodržuje diabetickou dietu, normální konzistence. Má zubní protézu, horní a dolní. Dost často trpí dyspeptickými potížemi, charakteru nauzey, říhání a zvracení. Množství tekutin za 24 hodin je 2 litry. Jejími oblíbenými tekutinami je voda, minerálka, čaj a káva. Nemusí pivo a alkohol. Pocitem žízně občas trpí. Sliznice jsou vlhké a dobře prokrvené a kožní turgor je normální.

Doména 3: Vylučování – seniorka močí přibližně 7x za 24 hodin, množství 2 500 ml. Barva moči je fyziologická, slámově žlutá, bez jakýchkoliv příměsí a potíží. Inkontinence stresová II. stupně. Přes den používá vložky a přes noc plenkové kalhotky. Stolicí má pravidelnou, 1x denně, bez příměsí, normální konzistence. Projímadla neužívá.

Doména 4: Aktivita a odpočinek – seniorka spí 8 hodin denně, chodí spát kolem 22.00 hodiny. Po probuzení bývá odpočinutá, i když se v noci budí. Spánkovými fenomény netrpí. Užívá na spaní hypnotika – hypnogen ½ tbl. Spánkové rituály nemá. Odpočinek přes den je spíše pasivní, poslechem rádia. Forma relaxace je v procházkách v přírodě a poslechem hudby. Chodí na pravidelné cvičení, pořádané fyzioterapeutkou každý den. Je chodící s částečnou pomocí chodítka. Hygienickou péči u umyvadla zvládá sama, ale potřebuje dopomoc při sprchování. Někdy pociťuje bušení srdce, většinou při námaze, mívá často studené končetiny a pociťuje i občasné brnění. Otoky na končetinách nepozorují.

Doména 5: Vnímání a poznávání – vědomí seniorky je jasné, plně orientovaná osobou, místem a časem. Řeč je plynulá, hlas přiměřený, sluch dobrý. Co se týká zraku, má jen zbytky – diabetická retinopatie. Používá brýle.

Doména 6: Vnímání sebe sama – seniorka je společenský typ, zodpovědná ke svému zdraví, někdy bývá lítostivá. Na otázku zda se cítí omezená v době své nemoci, odpovídá, že ano – zrakové postižení a dietní omezení. Zažila v poslední době i traumatickou událost

– úmrtí syna, s tím se člověk těžko vyrovnává. Cítí se omezena i v zájmové činnosti, protože velmi ráda si četla, ale teď nemůže.

Doména 7: Vztahy – seniorka má hodně přátel, je vdova a měla 3 syny, nyní má jen 2. Sourozence nemá. V rodině převládají přátelské a klidné vztahy. Rodina jí hodně často navštěvuje i několikrát v týdnu.

Doména 8: Sexualita – seniorka měla menstruaci vždy pravidelnou, antikoncepci nikdy neužívala. Měla 3 fyziologické porody bez komplikací, potrat žádný. V roce 1965 prodělala operaci – hysterectomii, od té doby je v klimakteriu.

Doména 9: Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu – seniorka někdy prožívá napětí, které zvládá sama. Většinou stres vyvolává budoucnost a nemoc. Stres se snaží snížit určitou relaxací, promluvením si s ošetřujícím personálem nebo s rodinou, ale také jí pomáhají léky – Lexaurin 1,5 mg. Cítí se částečně závislá na druhé osobě.

Doména 10: Životní principy – seniorka je vyznání československo husitského, dochází za ní pravidelně farářka. Jejími životními hodnotami jsou zdraví své a zdraví její rodiny. Je spokojená se svým životem, říká doslova, cituji: „Uvědomuji si, že jsou na tom lidé daleko hůře než já“.

Doména 11: Bezpečnost a ochrana: seniorka si nevzpomíná, že by byla v poslední době nachlazená. Neotuzuje se, má ráda raději teplo, než zimu. Saunu také nenavštěvuje, kvůli srdečnímu onemocnění.

Doména 12: Komfort – stav kůže je suchá, nehty a vlasy jsou čisté, upravené a pěstěné. Hygienickou péči provádí sama ráno a večer u umyvadla. Jen se sprchováním potřebuje pomoc. Stěžuje si na občasné bolesti hlavy, které se projevují nervozitou. Na škále bolesti, dala 3.

Doména 13: Růst a vývoj – vrozené a vývojové vady nevidím. Držení těla je vzpřímené. Koordinace pohybu je narušená – nestabilitou chůze. Pohybový režim částečně omezený, každý den pravidelně rehabilituje. Používá kompenzační pomůcky – hůl a chodítko.

Ošetřovatelské diagnózy, vztahující se k anamnéze Gordonové: 00003 riziko nadměrné výživy, 00020 inkontinence moči, 00163 ochota ke zlepšení výživy, 00090

zhoršená schopnost se přemístit, 00085 zhoršená pohyblivost, 00122 porucha zraku, 00155 riziko pádu, 00095 porušený spánek.

#### **4.2 Kazuistika – senior 2**

Senior ZN, věk 64 let, svobodný. V Centru sociálních služeb Staroměstská žije 4 měsíce. Do té doby bydlel sám v Domě s pečovatelskou službou. Ale poslední rok před příchodem do Domova pro seniory strávil v nemocnici. Má Diabetes mellitus 2. Typu na inzulínu s mnohačetnými orgánovými komplikacemi, stav po amputaci obou dolních končetin ve výši bérců, chronickou ICHS, stav po IM, stav po CABG, hypertenzi, poruchu metabolismu lipoproteinů, stav po TURP pro hyperplazii prostaty v listopadu 2009 a operaci katarakty obou očí. V dětství prodělal úraz – pád a od té doby hůře slyší na levé ucho. Má alergii na citrusové plody.

##### *Kazuistika dle Oremové (příloha 7)*

Základní životní funkce – počet dechů (16/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení. Puls (66/minutu, pravidelný). Krevní tlak (125/80 mmHg – normotenze). Tělesná teplota (36,2°C). Výška je 180 cm a váha je 70 kg. BMI index (21,6 – normální hmotnost).

Příjem potravy: senior se pravidelně stravuje, jí celé porce 6x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, 2. večeře). Netrpí nechutenstvím, spíše naopak, občas mívá hlad. Jeho oblíbeným jídlem je vepřový řízek a svíčková. A neoblíbené jeho jídlo je zapečené filé se sýrem. Snaží se dodržovat diabetickou dietu. Forma stravy je normální, per os. Nají se sám, ale raději ve svém pokoji, ani nepotřebuje nějaké pomůcky, které usnadňují stravování. Vzhled je štíhlý. Dyspeptickými potížemi netrpí. Zhotoveno hodnocení nutričního stavu (příloha 3) s výsledkem – senior není ohrožen malnutricí. Schopnost sebezpečí v oblasti stravování je úplná, ale musí se učit, to spočívá v dodržování dietního režimu. Vzhledem k tomu, že se stravováním je úzce spojena aplikace inzulínu, kterou klient sám nezvládne, kvůli své oční vadě, je nutné, aby sestra inzulín aplikovala. V této oblasti je schopnost sebezpečí s úplnou pomocí. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný v oblasti dodržování dietního režimu a celkově kompenzující v oblasti aplikace

inzulínu. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti aplikace inzulínu inzulínovým perem.

Příjem tekutin: senior pije přibližně 2,5 litru tekutin denně. Jeho oblíbenými tekutinami je voda a čaj a neoblíbenými tekutinami jsou slazené nápoje. Pocitem žízně netrpí. Sliznice jsou vlhké, dobře prokrvené. Kožní turgor je normální. Sám se zvládne napít a pomůcky usnadňující napití žádné nepotřebuje. Schopnost sebezpečí v oblasti tekutin je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Dýchání: senior netrpí dušností, tudíž nepoužívá žádné pomůcky podporující dýchání. Nekouří a ani nikdy nekouřil. Schopnost sebezpečí v oblasti dýchání je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Vyprazdňování moči: senior chodí s pomocí protéz, přes den na WC sám, ale v noci používá močovou láhev, přibližně 6x za 24 hodin. Množství moči za 24 hodin je přibližně kolem 1 500 ml. Barva je fyziologická, slámově žlutá, bez příměsí. Má potíže při močení typu ztíženého vypuzení moči, zeslabený detrusor, užívá Ubretid. Vyprazdňuje se sám na WC, jen občas potřebuje dopomoc s doprovodem. Inkontinencí netrpí. Schopnost sebezpečí v oblasti vyprazdňování moči je s částečnou pomocí léků. Ošetrovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit je v užívání léků, podporující močení.

Vyprazdňování stolice: senior chodí na WC s pomocí protéz, pravidelně 1x za den. Barva stolice je hnědá, bez příměsí, formovaná. Inkontinencí stolice netrpí, uvědomuje si potřebu vyprázdnění. Žádná projímadla neužívá. Schopnost sebezpečí je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Spánek a odpočinek: senior spí v rozmezí 3-7 hodin denně. Chodí spát kolem 22.00 hodiny. Po probuzení se cítí odpočínutý, ale někdy také unavený. V noci se často budí. Žádnými spánkovými fenomény netrpí. Na spaní žádná hypnotika neužívá. Spánkové rituály nemá. Přes den odpočívá spíše pasivně po obědě na lůžku sledováním televize a velmi rád luští křížovky a hádanky. V zařízení, ve kterém bydlí, navštěvuje kroužek trénování paměti a učí se též pracovat s počítačem. Pravidelně aktivně cvičí, každý den

v Domově pro seniory fyzioterapeutka pořádá skupinové cvičení, kterého se klient účastní. Trpí častými Fantomovy bolestmi, nejvíce večer a při pohybu. Na stupnici bolesti (příloha 6) od 1 do 10, senior dal 6. Bolest dokáže zvládat bez analgetik. Umí si sám v případě potřeby přivolat pomoc. Zhotoven se seniorem test na riziko pádu (příloha 5) s výsledkem 3 body a testy na úroveň soběstačnosti, test IADL (příloha 2) s výsledkem částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života a test ADL (příloha 1) s výsledkem lehké závislosti. Schopnost sebezpečí v oblasti spánku a odpočinku je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný ve smyslu nutného pravidelného cvičení a rehabilitace vedoucí k soběstačnosti. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Samota a společenská interakce: senior je společenský, spíše pesimistický introvert. Vědomí u seniora je jasné, plně orientovaný osobou, místem i časem. Zhotoven Mini mental test s výsledkem 28 bodů. Depresemi netrpí, je spíše vyrovnaný a klidný člověk. Řeč je plynulá, hlas přiměřený a od dětství, kdy prodělal úraz, na levé ucho hůře slyší. Používá brýle, prodělal operaci šedého zákalu, má pouze zbytky zraku. Prostorová orientace ohledně oční vady mu problém nedělá, zvláště když je ve známém prostředí. S komunikací problémy také nemá, je hodně komunikativní. Velice rád se zúčastňuje společenských akcí, pořádaných v Domově pro seniory, kde teď bydlí. Na otázku zda cítí omezení ve své nemoci, a jaké, odpovídá adekvátně ano a týká se nejvíce amputací dolních končetin. Jeho přáním je si ještě zatancovat. Schopnost sebezpečí v oblasti samoty a společenské interakce je s částečnou pomocí dle schopnosti přemístění. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný v pravidelné rehabilitaci a částečně kompenzující v dopomoci se přemístit. Aktuální a potenciální deficit je v občasné neschopnosti se přemístit a dopomoc ošetřujícího personálu.

Jistota a bezpečí: v zařízení má senior přítele, ale jinak má jen bratra a jeho rodinu, kteří ho pravidelně navštěvují. Je invalidní důchodce. Rád se zúčastňuje muzikoterapie, skupinového cvičení a trénování paměti. Schopnost sebezpečí v oblasti jistoty a bezpečí je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Bytí, existence, blaho: senior je vyznání římsko katolického. V zařízení je kaple, kde má možnost vyznávat svou víru. Na otázku: „Jste spokojen se svým životem“, odpovídá:



„musím být spokojen“. Má někdy obavy z budoucnosti. Stresové situace většinou zvládá sám, a pokud si není jist, má jeho důvěru ošetřující personál. Schopnost sebezpečí v oblasti bytí, existence a blaha je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Životní změny, odchylky růstu a vývoje: odchylky v růstu a vývoji žádné nenalézám. Jeho pohybový režim je částečně omezený chůzí s protézami, v chodítku nebo s berlí. Životní změna, která ho zasáhla v poslední době je, že se dostal u Domova s pečovatelskou službou do Domova pro seniory. A traumatickou událostí za poslední roky jsou prodělané operace prostaty a amputované obě končetiny. Schopnost sebezpečí v oblasti životních změn je s částečnou pomocí a v oblasti odchylek růstu a vývoje je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti bez pomoci protéz, berlí nebo invalidního vozíku se pohybovat.

Sexualita: od roku 2009 prodělal operaci prostaty. Má potíže se vymočit. Schopnost sebezpečí v oblasti sexuality je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Edukační témata: RHB – chůze s protézami, aplikace inzulínu, dietní opatření. Použité metody: ústní pohovor, písemný, nácvik. Reakce seniora, schopnost sebezpečí: klient spolupracuje, plně vše chápe, hodně se vyptává, má zájem.

#### *Kazuistika dle Gordonové (příloha 8)*

Doména 1: Podpora zdraví – Základní vyšetření sestrou – počet dechů (16/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, pouze při nachlazení. Puls (70/minutu, pravidelný). Krevní tlak (145/80 mmHg – normotenze). Tělesná teplota (36,8°C). Výška je 180 cm a váha je 70 kg. BMI index (21,6 – normální hmotnost). Nekouří a ani alkohol nepije, pouze při výjimečných příležitostech. Kůže je suchá, nehty a vlasy čisté, upravené. Hygienickou péči provádí ráno a večer u umyvadla, kam se dokáže přemístit s pomocí protéz, berlí nebo invalidního vozíku. Před koupáním ve vaně, dává přednost sprchování, kde už potřebuje dopomoc ošetřovatelského personálu.

Doména 2: Výživa – senior se pravidelně stravuje 6x denně, celé porce. Chuť k jídlu má. Jeho nejoblíbenějším jídlem je vepřový řízek a svíčková a nemá rád zapečené filé se sýrem. Je diabetik na inzulínu, tak musí dodržovat diabetickou dietu, normální

konzistence. Nají se sám, bez pomoci druhé osoby a bez jakýchkoliv pomůcek, které usnadňují stravování. Vzhled seniora je štíhlý. Dyspeptickými potížemi netrpí. Chrup má ještě vlastní. Za 24 hodin vypije 2,5 litru tekutin. Jeho oblíbenými tekutinami jsou voda, čaj a nemá rád slazené nápoje. Pocitem žízně netrpí. Sliznice má vlhké, dobře prokrvené, kožní turgor je normální.

Doména 3: Vylučování – senior močí asi 7x za 24 hodin, množství moči 1 500 ml. Barva je fyziologická, slámově žlutá, bez jakýchkoliv příměsí. Má ztížené močení zeslabený detrusor, užívá Ubretid. V roce 2009 prodělal operaci prostaty. Inkontinencí netrpí. Přes den se dopraví sám na WC a v noci používá močovou láhev. Stolicí má pravidelnou 1x denně, barvy hnědé, bez příměsí, konzistence formovaná. Neužívá žádná projímadla., vyprazdňuje se sám na WC.

Doména 4: Aktivita a odpočinek – senior spí v rozmezí 3-7 hodin, často se v noci budí. Chodí spát ve 22.00 hodin. po probuzení bývá někdy unavený, někdy odpočínutý. Neužívá žádná hypnotika a žádné spánkové rituály nemá. Přes den odpočívá spíše pasivně, po obědě na lůžku. Rád luští křížovky a hádanky a navštěvuje 1x za týden kroužek trénování paměti. Forma relaxace přes den je sledování televize a čtení. Každý den se v Domově účastní skupinového cvičení s fyzioterapeutkou a navíc ještě posiluje doma. Chodí s pomocí protéz, berlí nebo používá invalidní vozík. Hygienickou péči zvládá s částečnou pomocí. Dekubity nemá. Se srdíčkem nyní problémy nemá, je po operaci bypassu.

Doména 5: Vnímání a poznávání – vědomí u seniora je jasné, je plně orientovaný, osobou, místem i časem. Depresemi netrpí. Řeč je plynulá, hlas přiměřený. Na levé ucho od dětství po úrazu hůře slyší. Používá brýle, na pravém i levém oku má 3 dioptrie. Je po operaci šedého zákalu.

Doména 6: Vnímání sebe sama – senior je společenský typ člověka, klidný, vyrovnaný, má pevnou vůli, působí skromným dojmem. Tvrdí o sobě, že někdy bývá pesimista. Na otázku, zda se cítí kvůli svému handicapu nějak omezen, odpovídá, že ano, nemůže si stále zvyknout na protézy obou dolních končetin. Vždycky rád chodil na plesy.

Doména 7: Vztahy – má přátele a jednoho sourozence – bratra a jeho rodinu, jinak je sám. V bratrově rodině převládají spíše přátelské a klidné vztahy.

Doména 8: Sexualita – v roce 2009 prodělal operaci prostaty – nyní má ztížené močení, užívá Ubretid.

Doména 9: Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu – senior někdy prožívá napětí, jindy je vyrovnaný. Stres se snaží zvládat sám nebo se zdravotnickým personálem, kterému dává plnou důvěru nebo rozhovorem s bratrem. Jeho stres vyvolává nemoc. Na otázku, zda si myslí, jestli je úplně nezávislý, odpovídá, že ne, hodně mu pomáhají se vyrovnat s životní situací sestřičky.

Doména 10: Životní principy – senior je římsko katolického vyznání. V Domově pro seniory je kaple, kterou rád využívá. Jeho životními hodnotami je především zdraví. Někdy mívá obavy z budoucnosti.

Doména 11: Bezpečnost a ochrana – nebývá často nachlazený, tak 1x do roka, snaží se otužovat. Mívá raději chlad, teplo moc nemusí.

Doména 12: Komfort – kůže je suchá, vlasy a nehty má čisté a pěstěné. Hygienickou péči se snaží zvládat sám, ale někdy potřebuje dopomoc druhé osoby. Trpí Fantomovými bolestmi, nejvíce večer a při pohybu. Na škále bolesti označil 6. V pahýlech mívá občas brnění, otoky nejsou.

Doména 13: Růst a vývoj – vrozené vývojové vady nevidím, držení těla je vzpřímené, koordinace pohybu je narušená – používáním protéz. Pohybový režim je částečně omezený. Pravidelně dochází fyzioterapeutka, která s ním cvičí. Používá kompenzační pomůcky – protézy, francouzské berle a invalidní vozík.

Ošetřovatelské diagnózy, vztahující se k anamnéze Gordonové: 00162 ochota ke zlepšení léčebného režimu, 00016 porušené vyprazdňování moči, 00088 porušená chůze, 00090 zhoršená schopnost se přemístit, 00085 zhoršená pohyblivost, 00122 porucha zraku, 00122 porucha sluchu, 00118 porušený obraz těla, 00155 riziko pádu, 00133 chronická bolest.

### **4.3 Kazuistika – senior 3**

Seniorka AR, věk 83 let, je vdova. Do Centra sociálních služeb Staroměstská nastoupila před ½ rokem, do té doby bydlela ve svém bytě se svým manželem. V roce

1993 jí byl zjištěn zhoubný novotvar v prsu, prodělala mastektomii vlevo a radioterapii. Před dvěma roky jí našli další zhoubný novotvar, tentokrát v sestupném tračníku colon descendens – byla zahájena chirurgická léčba a provedena axiální transversostomie. Další diagnózou je hypertenze, hypertyreóza, primární glaukom, chronická ICHS s stabilní anginou pectoris. Alergii má na včelí a vosí bodnutí.

#### *Kazuistika dle Oremové (příloha 7)*

Základní vyšetření sestrou: počet dechů (17/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení, což nebývá často. Puls (72/minutu, pravidelný). Krevní tlak (135/80 mmHg – normotenze). Tělesná teplota – 36,5°C. Výška 166 cm. Váha 65 kg. BMI index (23,6 – normální hmotnost).

Příjem potravy: seniorka se pravidelně stravuje 3x denně (snídaně, oběd a večeře). Chuť k jídlu má. Jejím oblíbeným jídlem je řízek a svíčková a neoblíbeným jídlem je dršťková polévka. Dodržuje šetřící dietu. Forma stravy je normální, per os. Nají se sama, ani nepotřebuje nějaké pomůcky, které usnadňují stravování. Vzhled klientky je štíhlý. Žádnými dyspeptickými potížemi netrpí. Raději se stravuje ve svém pokoji, do společné jídelny chodit nechce, kvůli své kolostomii. Zhotoveno hodnocení nutričního stavu (příloha 3) s výsledkem, senior není ohrožen malnutricí. Schopnost sebezpečí v oblasti stravování je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný v oblasti dodržování dietního režimu. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Příjem tekutin: seniorka pije přibližně 2 litry tekutin denně. Jejimi oblíbenými tekutinami je čaj a neoblíbenými jsou sladké nápoje a čerstvé mléko. Pocitem žízně netrpí. Sliznice jsou vlhké, dobře prokrvené. Kožní turgor je normální. Sama se zvládne napít, pomůcky usnadňující napití žádné nepotřebuje. Schopnost sebezpečí v oblasti tekutin je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Dýchání: seniorka netrpí dušností, nepoužívá žádné pomůcky podporující dýchání. Nekouří, ani nikdy nekouřila. Schopnost sebezpečí v oblasti dýchání je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Vyprazdňování moči: seniorka chodí na WC s pomocí chodítka, přibližně 10x za 24 hodin. Množství moči za 24 hodin je kolem 2 000 ml. Barva je fyziologická, slámově

žlutá., bez příměsí a jakýchkoliv obtíží. Vyprazdňuje se na WC, jen občas potřebuje dopomoc chodítka. Inkontinenci netrpí. Schopnost sebepéče v oblasti vyprazdňování moči je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující, přemístěním na WC pomocí chodítka. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Vyprazdňování stolice: seniorka má kolostomii – axiální transversostomii, průměr 2 cm. Barva stolice je hnědá, bez příměsí, průjmovité konzistence. Při ošetřování potřebuje pomoc zdravotnického personálu, souprava stomického sáčku je jednodílná. Žádná projímadla neužívá. Schopnost sebepéče v oblasti vyprazdňování stolice je s úplnou pomocí s výměnou kolostomického sáčku. Ošetřovatelský systém je celkově kompenzující a podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti výměny kolostomického sáčku.

Spánek a odpočinek: seniorka spí 6 hodin denně. Chodí spát kolem 23.00 hodiny. Po probuzení se cítí odpočnutá. V noci se občas budí, bojí se, aby se neuvolnil kolostomický sáček. Žádnými spánkovými fenomény netrpí. Na spaní užívá hypnotika – Hypnogen ½ tbl. na noc a Rivotril 2 mg na noc. Spánkové rituály nemá. Přes den odpočívá spíše pasivně v křesle a na lůžku. A aktivně chodí ráda na procházky v okolí domova. Na skupinové cvičení pořádané každý den v zařízení nechodí. Trpí občasnými bolestmi kloubů, ale není to nijak pravidelné. Na stupnici bolesti (příloha 6) od 1 do 10, klientka dala 4. Bolest je tupá a objevuje se jen po větší námaze. Zvládá ji s pravidelným podáváním analgetik. Umí si sama přivolat pomoc v případě potřeby. Zhotoven s klientkou test na riziko pádu (příloha 5) s výsledkem 5 bodů a testy na úroveň soběstačnosti, test IADL (příloha 2) s výsledkem částečné nesoběstačnosti v aktivitách denního života a test ADL (příloha 1) s výsledkem lehké závislosti. Schopnost sebepéče v oblasti spánku a odpočinku je s částečnou pomocí hypnotik a analgetik. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit je v podávání analgetik a hypnotik.

Samota a společenská interakce: seniorka je samotářský typ. Tráví čas raději s rodinou. Vědomí u seniorky je jasné, plně orientovaná osobou, místem i časem. Zhotoven Mini mentál test (příloha 4) s výsledkem 26 bodů. Depresemi netrpí, je spíše vyrovnaný, spokojený a klidný člověk. Řeč je plynulá, sluch dobrý a hlas přiměřený. Používá brýle, má pouze zbytky zraku. Prostorová orientace ohledně oční vady jí problém nedělá, za

předpokladu, že dobře zná prostředí, ve kterém se umí dobře pohybovat. Žádné problémy s komunikací nemá, naopak je ráda pokud si může s někým popovídat. Na otázku, zda cítí omezení a jaké ve své nemoci, odpovídá, že ano a týká se kolostomického sáčku. Schopnost sebepéče v oblasti samoty a společenské interakce je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Jistota a bezpečí: má přátele, pravidelně ji v zařízení navštěvují. Je vdova, má 1 syna, snachu a vnučky a ještě ji navštěvuje sestra. Schopnost sebepéče v oblasti jistoty a bezpečí je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Bytí, existence, blaho: seniorka je římsko katolického vyznání. V zařízení je kaple, kde má možnost vyznávat svou víru. Životní hodnoty, které zastává je především zdraví nejen její, ale i syna a jeho rodiny. Za určitých okolností je se svým životem spokojena. Působí skromným, vyrovnaným a klidným dojmem. Má někdy obavy z budoucnosti. Stresové situace většinou zvládá sama, a pokud si není jistá, má její důvěru ošetřující personál. Schopnost sebepéče v oblasti bytí, existence a blaha je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit nenalezen.

Životní změny, odchylky růstu a vývoje: odchylky v růstu a vývoji žádné nenalézám. Držení těla je vzpřímené, koordinace pohybu je narušená, nestabilitou chůze. Její pohybový režim je částečně omezený chůzí v chodítku. Schopnost sebepéče v oblasti životních změn je s částečnou pomocí a v oblasti odchylek růstu a vývoje je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti bez pomoci chodítka se pohybovat.

Sexualita: od roku 1981, tedy od 53 let má menopauzu. Menstruace byla vždy pravidelná, antikoncepci nikdy neužívala. Měla 1 fyziologický porod bez komplikací, žádný potrat. Schopnost sebepéče v oblasti sexuality je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Edukační témata: RHB – chůze s chodítkem, péče o stomii, dietní opatření. Použité metody: ústní pohovor, nácvik. Reakce seniorky, schopnost sebepéče: klientka plně chápe, hodně se ptá, má o vše zájem. Spolupracuje velmi intenzivně a ochotně. Je nutná trpělivost

a časté opakování. Z důvodu špatného zraku se nedaří naučit klientku výměnu kolostomického sáčku.

*Kazuistika dle Gordonové (příloha 8)*

Doména 1: Podpora zdraví – základní vyšetření sestrou: počet dechů (17/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení, což nebývá často. Puls (74/minutu, pravidelný). Krevní tlak (130/90 mmHg – normotenze). Tělesná teplota – 36,4°C. Výška 166 cm. Váha 65 kg. BMI index (23,6 – normální hmotnost). Nekouří, ani nikdy nekouřila. Dodržuje šetřící dietu. Kůže je suchá, nehty a vlasy má čisté, upravené, dobře pěstěné. Její obvyklý způsob hygienické péče je ráno a večer u umyvadla, to zvládá sama. Raději se sprchuje, také sama.

Doména 2: Výživa – seniorka se stravuje pravidelně 3x denně. Má normální chuť k jídlu. Mezi oblíbená jídla patří řízek a svíčková a nemusí dršťkovou polévku. Dodržuje šetřící dietu, normální konzistence. Zuby má ještě své. Dyspeptickými potížemi netrpí. Množství přijatých tekutin za 24 hodin je 2 litry. Jejími oblíbenými tekutinami je čaj a nemusí sladké nápoje a čerstvé mléko. Pocitem žízně netrpí. Sliznice jsou vlhké a dobře prokrvené a kožní turgor je normální.

Doména 3: Vylučování – seniorka močí přibližně 10x za 24 hodin, množství moči je 2 000 ml. Barva fyziologická, slámově žlutá, bez jakýchkoliv příměsí a potíží. Inkontinencí netrpí. Klientka má kolostomii – axiální transversostomie, průměr 2 cm. Barva stolice je hnědá, bez příměsí, průjmovité konzistence. Při ošetřování potřebuje pomoc zdravotnického personálu, souprava stomického sáčku je jednodílná. Žádná projímadla neužívá.

Doména 4: Aktivita a odpočinek – seniorka spí 6 hodin denně, chodí spát kolem 23.00 hodiny. Po probuzení se cítí odpočinitá, i přesto, že se v noci budí, bojí se, aby se neuvolnil kolostomický sáček. Spánkovými fenomény netrpí. Na spaní užívá hypnotika – Hypnogen ½ tbl. a Rivotril 2 mg. Spánkové rituály nemá. Odpočinek přes den je spíše pasivní, v křesle nebo na lůžku. Ráda se prochází v okolí domova. Je chodící s částečnou pomocí, chodítka. Hygienickou péči u umyvadla i ve sprše zvládá sama.

Doména 5: Vnímání a poznávání – vědomí je jasné, je plně orientovaná, osobou, místem i časem. Řeč je plynulá, hlas přiměřený, sluch dobrý. Má jen zbytky zraku. Používá brýle.

Doména 6: Vnímání sebe sama – je spíše samotářský typ, je zodpovědná ke svému zdraví. Na otázku, zda se cítí omezená v době své nemoci, odpovídá, že ano – zrakové postižení a kolostomie.

Doména 7: Vztahy – seniorka má přátele, je vdova, má 1 syna, snachu a vnučky a ještě za ní dochází sestra.

Doména 8: Sexualita – od roku 1981, tedy od 53 let má menopauzu. Menstruace byla vždy pravidelná, antikoncepci nikdy neužívala. Měla 1 fyziologický porod bez komplikací, žádný potrat.

Doména 9: Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu – seniorka depresemi netrpí, je spíše vyrovnaný, spokojený a klidný člověk. Pokud už stres má, snaží se ho vždy neřešit sama, ale důvěru dává v ošetřující personál.

Doména 10: Životní principy – seniorka je vyznání římsko katolického. Jejími životními hodnotami je především zdraví své i rodiny. Někdy mívá obavy z budoucnosti. Je spíše pesimista.

Doména 11: Bezpečnost a ochrana – seniorka netrpí častým nachlazením, ani si nevzpomíná, kdy naposledy byla nemocná s chřipkou. Má raději teplo, než zimu, neotužuje se.

Doména 12: Komfort – stav kůže je suchá, bez otoků, nehty a vlasy jsou čisté, pěstěné, dobře upravené. Hygienickou péči provádí sama ráno a večer u umyvadla. I sprchování zvládá sama. Seniorka si stěžuje na občasné bolesti kloubů, které bolí většinou po větší námaze. Bolest je tupá. Na škále bolesti, klientka dala 4. Končetiny bez otoků.

Doména 13: Růst a vývoj – vrozené a vývojové vady nevidím. Držení těla je vzpřímené. Koordinace pohybu je narušená – nestabilitou chůze. Pohybový režim je omezený. Používá kompenzační pomůcky – chodítka a kolostomický sáček.

Ošetřovatelské diagnózy, vztahující se k anamnéze Gordonové: 00163 ochota ke zlepšení výživy, 00095 porušený spánek, 00088 porušená chůze, 00090 zhoršená



schopnost se přemístit, 00085 zhoršená pohyblivost, 00122 porucha zraku, 00004 riziko infekce, 00155 riziko pádu, 00133 chronická bolest.

#### **4.4 Kazuistika – senior 4**

Seniorka MK, věk 86 let, 3 roky vdova. Do Centra sociálních služeb Staroměstská přišla před 5 měsíci, do té doby bydlela sama ve svém bytě. V roce 1991 ji implantovali kardiostimulátor – pro poškození funkce sinusového uzlu. Další diagnózou je hypertenze, DM 2. typu na PAD – bez komplikací, kompenzována, enartróza, chronická ICHS, primární Glaukom a těžká deformační spondylóza L páteře – dorzalgie. Operace, které prodělala během svého života je cholecystectomie před 33 lety a v roce 2009 operace šedého zákalu. Alergii má na mydocalm.

##### *Kazuistika dle Oremové (příloha 7)*

Základní životní funkce: počet dechů (16/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení. Puls (68/minutu, pravidelný). Krevní tlak (140/80 mmHg – normotenze). Tělesná teplota – 36,3°C. Výška 160 cm. Váha 65 kg. BMI index (25,4 – lehká nadváha).

Příjem potravy: seniorka se stravuje pravidelně 4x denně (snídaně, svačina, oběd, večeře). Má normální chuť k jídlu. Jejím oblíbeným jídlem jsou polévky, řízek a svíčková. Nemá ráda jídlo, kde se objevuje rýže. Snaží se dodržovat diabetickou dietu. Forma stravy je normální, per os. Nají se sama, ani nepotřebuje nějaké pomůcky, které usnadňují stravování. Vzhled klientky je štíhlý. Dyspeptickými potížemi netrpí. Seniorka se stravuje ve společné jídelně, nerada jí sama. Zhotoveno hodnocení nutričního stavu (příloha 3) s výsledkem, že seniorka není ohrožena malnutricií. Schopnost sebezpečí v oblasti stravování je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný v oblasti dodržování dietního režimu. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Příjem tekutin: seniorka přijímá přibližně 2 litry tekutin denně. Jejimi oblíbenými tekutinami je minerálka, čaj a káva a nemá ráda alkohol. Pocitem žízně trpí občas. Sliznice jsou vlhké, dobře prokrvené. Kožní turgor je normální. Sama se zvládne napít, pomůcky usnadňující napití žádné nepotřebuje. Schopnost sebezpečí v oblasti tekutin je úplná.

Ošetřovatelský systém je odpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Dýchání: seniorka netrpí dušností, nepoužívá žádné pomůcky podporující dýchání. Nekouří, ani nikdy nekouřila. Schopnost sebezpečí v oblasti dýchání je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Vyprazdňování moči: seniorka chodí na WC s pomocí chodítka, přibližně 8x za 24 hodin. Množství moči za 24 hodin je přibližně kolem 2 500 ml. Barva je fyziologická, slámově žlutá., bez příměsí a jakýchkoliv obtíží. Vyprazdňuje se sama na WC. Inkontinence stresová I. stupně, používá vložky jen na noc. Schopnost sebezpečí v oblasti vyprazdňování moči je s částečnou pomocí. Ošetřovatelský systém je částečně kompenzující a podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit je ve stresové inkontinenci.

Vyprazdňování stolice: seniorka chodí na WC s pomocí chodítka 1x za den. Barva stolice je hnědá, bez příměsí, formované konzistence. Inkontinencí stolice netrpí, uvědomuje si potřebu vyprázdnění. Žádná projímadla neužívá. Schopnost sebezpečí v oblasti vyprazdňování stolice je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Spánek a odpočinek: seniorka spí 9 hodin denně. Chodí spát kolem 22.30 hodiny. Po probuzení se cítí odpočinitá. V noci se tak 2x vzbudí a dojde si na WC. Žádnými spánkovými fenomény netrpí. Na spaní užívá hypnotika – Hypnogen tbl. na noc. Spánkové rituály nemá. Přes den odpočívá spíše pasivně poslechem hudby, procházkami v přírodě a ráda si čte. Někdy si ráda pospí v křesle po obědě. Pravidelně aktivně cvičí, každý všední den v Domově pro seniory fyzioterapeutka pořádá skupinové cvičení, kterého se klientka účastní. Trpí občasnými bolestmi nohou, ale není to nijak pravidelné. Na stupnici bolesti (příloha 6) od 1 do 10, seniorka dala 4. Bolest je tupá a stejná celý den. Dokáže ji zvládat bez analgetik. Umí si sama přivolat pomoc v případě potřeby. Zhotoven se seniorkou test na riziko pádu (příloha 5) s výsledkem 4 bodů a testy na úroveň soběstačnosti, test IADL (příloha 2 s výsledkem částečné nesoběstačnosti v aktivitách denního života a test ADL (příloha 1) s výsledkem lehké závislosti. Schopnost sebezpečí

v oblasti spánku a odpočinku je s částečnou pomocí hypnotik. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný ve smyslu nutného pravidelného cvičení a rehabilitace vedoucí k soběstačnosti. Aktuální a potenciální deficit je v užívání hypnotik.

Samota a společenská interakce: seniorka je samotářský typ, spíše introvert. Vědomí klientky je jasné, plně orientovaná osobou, místem a časem. Zhotoven Mini mentál test (příloha 4) s výsledkem 26 bodů. Depresemi netrpí, je spíše vyrovnaný a klidný člověk. Řeč je plynulá, sluch dobrý a hlas přiměřený. Používá brýle. Žádné problémy s komunikací nemá, naopak je velmi ráda pokud si může s někým popovídat. Společenských akcí pořádaných v zařízení se moc nezúčastňuje. Na otázku zda cítí omezení ve své nemoci, a jaké odpovídá, jen co se týká dietního omezení. Schopnost sebepěče v oblasti samoty a společenské interakce je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný v pravidelné rehabilitaci. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Jistota a bezpečí: seniorka má v zařízení přátele, je 3 roky vdova, má 1 syna, který žije v Austrálii a 1 dceru s rodinou. Pravidelně se, se svou rodinou stýká. Schopnost sebepěče v oblasti jistoty a bezpečí je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Bytí, existence, blaho: seniorka není žádného vyznání. Životní hodnoty, které zastává, jsou především zdraví své i svých dětí. Se životem prý spokojená není, protože jí chybí manžel. Působí skromným dojmem. Nemá obavy z budoucnosti. Stresové situace většinou zvládá sama, a pokud si není jistá, volá rodině. Schopnost sebepěče v oblasti bytí, existence a blaha je úplná. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Životní změny, odchylky růstu a vývoje: odchylky v růstu a vývoji žádné nenalézám. Držení těla je vzpřímené, koordinace pohybu jsou narušené, nestabilitou chůze. Její pohybový režim je částečně omezený chůzí v chodítku. Životní změna, která ji zasáhla v poslední době je taková, že ji zemřel manžel. Schopnost sebepěče v oblasti odchylek růstu a vývoji je s částečnou pomocí. Ošetřovatelský systém je podpůrně výchovný a částečně kompenzující. Aktuální a potenciální deficit je v neschopnosti bez pomoci chodítka se pohybovat.

Sexualita: od roku 1964, tedy od 47 let má menopauzu. Menstruace byla vždy pravidelná, antikoncepci nikdy neužívala. Měla 2 fyziologické porody bez komplikací, žádný potrat. Schopnost sebezpečí v oblasti sexuality je úplná. Ošetrovatelský systém je podpůrně výchovný. Aktuální a potenciální deficit žádný nenalezen.

Edukační témata: RHB – chůze s chodítkem, prevence před zhoršující se inkontinencí, dietní opatření. Použité metody: ústní pohovor, nácvik. Reakce seniora, schopnost sebezpečí: seniorka se hodně ptá, plně vše chápe, má o vše zájem a spolupracuje velmi intenzivně a ochotně.

*Kazuistika dle Gordonové (příloha 8)*

Doména 1: Podpora zdraví - počet dechů (18/minutu, pravidelný). Kašlem netrpí, jen v případě nachlazení. Puls (78/minutu, pravidelný). Krevní tlak (130/85 mmHg – normotenze). Tělesná teplota – 36,8°C. Výška 160 cm. Váha 65 kg. BMI index (25,4 – lehká nadváha). Nekouří, ani nikdy nekouřila, alkohol také nepije, jen příležitostně. Dodržuje diabetickou dietu. Stav kůže je normální. Nehty a vlasy má čisté a pěstěné. Hygienickou péči si provádí sama 2x denně, ráno a večer u umyvadla a celkovou koupel 1x týdně za asistence ošetrovatelského personálu.

Doména 2: Výživa – seniorka se stravuje 4x denně, chuť k jídlu má. Jejím oblíbeným jídlem jsou polévky, řízek a svičková. Nepochutná si moc na jídle, kde je rýže. Kvůli svému onemocnění musí dodržovat diabetickou dietu, normální konzistence. Vzhled klientky je normální, řekla bych štíhlý. Dyspeptické potíže nemá. Vypije denně asi tak 2 litry tekutin. Mezi oblíbené tekutiny patří minerálka, čaj a káva a nemusí alkohol. Občas trpí pocitem žízně. Sliznice jsou vlhké a dobře prokrvené a kožní turgor je normální. Zubní protézu nemá a ani ji nechce.

Doména 3: Vylučování – seniorka močí spontánně asi 8x za 24 hodin, množství moči je kolem 2 500 ml. Moč je fyziologická, slámově žlutá, bez jakýchkoliv příměsí. Potíže při močení žádné neudává. Klientka má inkontinenci I. stupně, používá vložky pouze na noc. Stolicí má pravidelnou 1x denně. Barva stolice je hnědá, formovaná, bez příměsí. Projímadla žádná neužívá. Na WC chodí sama, jen s dopomocí chodítka. Dýchání je pravidelné. Seniorka neudává, že by měla jakékoliv potíže s dechem, kašel nejuje, dušná není.

Doména 4: Aktivita a odpočinek – seniorka spí asi 9 hodin denně, chodí spát kolem 22.30 hodiny. Po probuzení se cítí vždy odpočínutá, i když se přes noc tak 2x vzbudí, kvůli močení. Na spaní užívá Hypnogen. Žádné spánkové rituály nemá. Odpočinek přes den je spíše pasivní, po obědě si ráda pospí v polohovacím křesle. Přes den jinak relaxuje, hlavně čtením, poslechem hudby, a pokud je venku hezké počasí, jde se projít kolem Domova. V Domově pro seniory, ve kterém bydlí, chodí na pravidelné aktivní cvičení. Pohybuje se pomocí chodítka. Hygienickou péči ranní a večerní si provádí sama, a co se týká koupele ve vaně, je si jistější, pokud je u ní ošetrovatelský personál. Otoky na končetinách u seniorky nepozorují, brnění neudává. Dříve mívala problémy se srdíčkem, byl jí zaveden v roce 1991 kardiostimulátor a od té doby se cítí v pořádku, bez potíží. Jezdí na pravidelné prohlídky ke kardiologovi.

Doména 5: Vnímání a poznávání – vědomí seniorky je jasné, je plně orientovaná osobou, místem i časem. Nepozorují žádné známky neklidu nebo deprese. Řeč je plynulá a hlas přiměřený, sluch má dobrý. Používá brýle na čtení. V roce 2009 prodělala operaci šedého zákalu.

Doména 6: Vnímání sebe sama – seniorka je spíše samotářský typ, introvert. Životní změna, kterou v posledních letech zažila, bylo úmrtí manžela, před 3 roky. Necítí se omezená ve společenské ani v zájmové činnosti.

Doména 7: Vztahy – seniorka má přátele v Domově, je ovdovělá, má 2 děti, dceru, která ji pravidelně navštěvuje a často si ji bere také domu. A syna, se kterým si klientka jen telefonuje, protože žije již několik let v Austrálii. Sourozence již nemá. A v rodině převažují hodně přátelské vztahy, je spokojená.

Doména 8: Sexualita – měla 2 fyziologické porody, potrat žádný. V menopauze je od svých 47 let. Žádné gynekologické potíže nemá.

Doména 9: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu – seniorka neprožívá žádné napětí, a pokud má stres, zvládá ho většinou sama, anebo s ošetřujícím personálem. Jinak se snaží nestresovat. Říká, že se cítí celkem vyrovnaná. Nemyslí si, že by byla úplně nezávislá, občas je nutná pomoc druhé osoby.

Doména 10: Životní principy – seniorka nevyznává žádné konkrétní náboženství. Jejími životními hodnotami je zdraví své i jejích dětí. Na otázku, zda je klientka spokojená se svým životem, odpovídá, že moc ne, chybí jí manžel.

Doména 11: Bezpečnost a ochrana – seniorka nachlazením moc často netrpí, ani si nevzpomíná, kdy naposledy byla nemocná. Neotužuje se, má raději teplo než zimu.

Doména 12: Komfort – stav kůže je normální, vlasy má čisté, upravené, navštěvuje pravidelně kadeřnici. Hygienu provádí 2x denně, ráno a večer, to zvládá sama u umyvadla, ale celkovou koupel jen za asistence ošetrovatelského personálu. Snaží se vše zatím zvládat sama, ale pokud potřebuje pomoc, řekne si buď sestřám anebo rodině. Trpí občasnými tupými bolestmi nohou, říká podle počasí. Na stupnici bolesti, označila klientka 4.

Doména 13: Růst a vývoj – vrozené, ani vývojové vady u seniorky nevidím. Koordinace pohybu je narušená nestabilitou chůze. Pohybový režim je částečně omezený. K chůzi používá kompenzační pomůcku, chodítko. Každý den ji navštěvuje fyzioterapeutka.

Ošetrovatelské diagnózy, vztahující se k anamnéze Gordonové: 00163 ochota ke zlepšení výživy, 00020 inkontinence moči, 00088 porušená chůze, 00090 zhoršená schopnost se přemístit, 00085 zhoršená pohyblivost, 00122 porucha zraku, 00155 riziko pádu, 00133 chronická bolest, 00095 porušený spánek.

#### **4.5 Rozhovory se všeobecnými sestrami**

Všechny sestry, které byly začleněny do tohoto výzkumu, byly před zpracováním anamnéz proškoleny o koncepčním modelu Oremové.

Rozhovor se sestrou 1:

Je jí 44 let, vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Její celková délka praxe ve zdravotnictví je 25 let, postupně vystřídala práci na interním a infekčním oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. V Centru sociálních služeb na Staroměstské je zaměstnána 5 let na pozici registrované všeobecné řadové sestry.

*Otázka:* S jakým pozorovacím modelem anamnézy pro seniora se Vám pracovalo lépe a proč?

*Odpověď:* „Lépe se mi pracovalo s anamnézou Gordonové, asi hlavně proto, že jsem na tento model zvyklá a přijde mi daleko jednodušší. Ale může to být tím, že se nerada učím novým věcem“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Oremové?

*Odpověď:* „U anamnézy Oremové, když to spočítám celkem dohromady, to bylo něco přes 3 hodiny, ale po dobu 3 dnů. Seniorka neměla první 2 dny náladu si moc povídat, necítila se po zdravotní stránce moc dobře“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Gordonové?

*Odpověď:* „Asi tak 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Je nějaká oblast v modelu Oremové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Nepřijde mi vhodné ptát se na oblasti menstruace, antikoncepce a potratů u seniora, dále den pobytu (mají zde trvalé bydliště), pooperační den, aplikace kyslíku a podávání infúzí a v oblasti jistoty a bezpečí bych vynechala také nějaké otázky“.

*Otázka:* Je nějaká doména v modelu Gordonové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Podle mého názoru jsou ty otázky hodně podobné jako v modelu Oremové, proto také otázky, které se týkají sexuality, vztahů, dne pobytu a pooperačního dne bych vynechala“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Oremové chybí a případně, kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Určitě bych přidala oblasti týkající se soběstačnosti – schopnosti se sám napít, sám dodržovat hygienu dutiny ústní, sám se učesat, ostříhat nehty. Určitě i oblast pomůcek, které usnadňují samostatnost a udržují soběstačnost seniora“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Gordonové chybí a případně kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Je to hodně podobné jako u anamnézy Oremové, zejména schopnosti v základních denních činnostech“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých oblastí v modelu Oremové dostatečné?

*Odpověď:* „Ne podle mě bych doplnila ještě otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých domén v modelu Gordonové dostatečné?

*Odpověď:* „Ano, v některých oblastech až moc, ale určitě bych tam přidala ještě otázky týkající se soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti“.

*Otázka:* Myslíte si, že je model Oremové podle Vás vhodný k určení soběstačnosti seniora?

*Odpověď:* „Ano, protože v každé oblasti je hned poznat jaký má senior deficit“.

*Otázka:* Myslíte si, že je na Vašem pracovišti dostatek času pro rozhovory se seniory?

*Odpověď:* „Dostatek času určitě je, se seniory musí sestra mít hlavně dostatek trpělivosti“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někde podrobněji seznámit s koncepčním modelem Oremové?

*Odpověď:* „Ne“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někdy podrobněji seznámit s koncepčním modelem Gordonové?

*Odpověď:* „Podrobněji ne, jen tady v zařízení asi rok zajíždíme ošetrovatelské plány dle Gordonové“.

*Otázka:* Zúčastnila jste se někdy akreditovaného semináře nebo školení, který by byl zaměřen na koncepční modely?

*Odpověď:* „Ne, v nemocnici, kde jsem dříve pracovala, se tento systém ošetrovatelského plánování teprve rozjížděl. Navštěvuji pravidelně akreditované semináře, ale nikdy jsem ani neviděla žádnou nabídku na takové téma“.

*Otázka:* Myslíte si, že je forma anamnézy podle nějakého modelu důležitá pro Vaši práci se seniory a proč?

*Odpověď:* „Ano, myslím si, že je pro mou práci se seniory důležitá, protože lépe poznám seniora, jeho nemoci, jeho závislosti, deficity, co má rád, co ho trápí i vše o jeho rodině a životě“.

Rozhovor se sestrou 2:

Je jí 49 let, vystudovala střední zdravotnickou školu v Kolíně. Její celková délka praxe ve zdravotnictví je 30 let, pracovala v Domově pro seniory Dobrá Voda a několik let



u specialisty ORL lékaře. V Centru sociálních služeb na Staroměstské je zaměstnána 5 let na pozici staniční sestry.

*Otázka:* S jakým pozorovacím modelem anamnézy pro seniora se Vám pracovalo lépe a proč?

*Odpověď:* „Lépe se mi pracovalo s anamnézou Oremové, protože si myslím, že lépe z této anamnézy rozpoznám deficity sebezpečí v jednotlivých oblastech“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Oremové?

*Odpověď:* „U anamnézy Oremové, asi kolem 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Gordonové?

*Odpověď:* „Stejně jako u anamnézy Oremové, asi tak 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Je nějaká oblast v modelu Oremové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Oblasti menstruace, antikoncepce, potraty, možná bych ponechala počet porodů, dále den pobytu, pooperační den, aplikace kyslíku a podání infúzí. V oblasti jistoty a bezpečí, bych vynechala také nějaké otázky“.

*Otázka:* Je nějaká doména v modelu Gordonové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Určitě oblast sexuality, vztahy, den pobytu, pooperační den, jsou to hodně podobné otázky jako u anamnézy Oremové“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Oremové chybí a případně, kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Oblasti týkající se soběstačnosti, schopnosti samostatnosti seniora, různé pomůcky, které senior používá. Je zde určitě málo prostoru na vlastní poznámky za každou oblastí“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Gordonové chybí a případně kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Je to hodně podobné jako u Oremové, schopnosti v základních běžných denních činnostech a také prostor na vlastní poznámky“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých oblastí v modelu Oremové dostatečné?

*Odpověď:* „Ne podle mě bych doplnila ještě otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých domén v modelu Gordonové dostatečné?

*Odpověď:* „Ano, i když bych tam ještě přidala otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti. A přijde mi, že se zbytečně v jednotlivých doménách opakují stejné otázky“.

*Otázka:* Myslíte si, že je model Oremové podle Vás vhodný k určení soběstačnosti seniora?

*Odpověď:* „Ano, v každé oblasti je hned poznat nějaký deficit, pokud ho senior má“.

*Otázka:* Myslíte si, že je na Vašem pracovišti dostatek času pro rozhovory se seniory?

*Odpověď:* „Čas si sestra musí vždy najít, jedná se o práci se seniory, kde je čas a trpělivost dvojnásobně potřeba“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někde podrobněji seznámit s koncepčním modelem Oremové?

*Odpověď:* „Ne“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někdy podrobněji seznámit s koncepčním modelem Gordonové?

*Odpověď:* „Ne, s tímto modelem jsem se seznámila jen tady v zařízení, při zpracovávání ošetrovatelských plánů“.

*Otázka:* Zúčastnila jste se někdy akreditovaného semináře nebo školení, který by byl zaměřen na koncepční modely?

*Odpověď:* „Ne, nikdy jsem neměla možnost se zúčastnit žádného semináře nebo školení na takové téma. Zúčastnila jsem se mnoho seminářů, ale žádný se nespécializoval na modely, což je škoda. Vždyť přece, ne každá sestra jde studovat na vysokou školu, kde se na tyto modely zaměřují ve svých přednáškách a na praxi. Jsme nuceni s těmito modely pracovat denně a bylo by dobré, aby nějaké semináře byly zaměřeny na toto téma“.

*Otázka:* Myslíte si, že je forma anamnézy podle nějakého modelu důležitá pro Vaši práci se seniory a proč?

*Odpověď:* „Ano, pro mou práci se seniory je důležitá, protože lépe poznám seniora i z jiné stránky než při běžných ošetrovatelských úkonech“.

Rozhovor se sestrou 3:

Je jí 42 let, vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Její celková délka praxe ve zdravotnictví je 20 let, postupně vystřídala práci na interním

a oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích a agenturu domácí péče. V Centru sociálních služeb na Staroměstské je zaměstnána 3 roky na pozici registrované všeobecné řadové sestry.

*Otázka:* S jakým pozorovacím modelem anamnézy pro seniora se Vám pracovalo lépe a proč?

*Odpověď:* „Lépe se mi pracovalo s anamnézou Oremové, protože mi přijde přehlednější, zbytečně se otázky neopakují. Při přečtení takto vyplněné anamnézy vím, co bych jako sestra, která o seniora pečuje, měla udělat, co senior potřebuje“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Oremové?

*Odpověď:* „U anamnézy Oremové, asi kolem 1 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Gordonové?

*Odpověď:* „U anamnézy Gordonové, asi tak 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Je nějaká oblast v modelu Oremové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „U modelu Oremové bych vynechala oblasti sexuality, den pobytu, pooperační den, aplikace kyslíku a podání infúzí, oblast bytí, existence a blaha, nepříjde mi vhodné ptát se jakého je senior vyznání a v oblasti jistoty a bezpečí, bych také nějaké otázky vynechala“.

*Otázka:* Je nějaká doména v modelu Gordonové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Otázky jsou hodně podobné jako u modelu Oremové, proto také otázky, které se týkají sexuality, dne pobytu a pooperačního dne, oblast vztahů a životní principy, a nevím, proč se opakuje měření fyziologických funkcí za některými doménami“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Oremové chybí a případně, kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Určitě bych přidala oblasti týkající se soběstačnosti – schopnosti se sám napít, sám dodržovat hygienu dutiny ústní, sám se učesat, ostříhat nehty. Určitě i oblast pomůcek, které usnadňují samostatnost a udržují soběstačnost seniora“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Gordonové chybí a případně kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Je to hodně podobné jako u Oremové, schopnosti v základních běžných denních činnostech“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých oblastí v modelu Oremové dostatečné?

*Odpověď:* „Ne podle mě bych doplnila ještě otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých domén v modelu Gordonové dostatečné?

*Odpověď:* „Ano, i když bych tam ještě přidala otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti. A přijde mi, že se zbytečně v jednotlivých doménách opakují stejné otázky“.

*Otázka:* Myslíte si, že je model Oremové podle Vás vhodný k určení soběstačnosti seniora?

*Odpověď:* „Ano, je přehlednější, dostatečně vyjadřuje seniorovy potřeby“.

*Otázka:* Myslíte si, že je na Vašem pracovišti dostatek času pro rozhovory se seniory?

*Odpověď:* „Dostatek času si sestra musí vždy najít“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někde podrobněji seznámit s koncepčním modelem Oremové?

*Odpověď:* „Ne“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někdy podrobněji seznámit s koncepčním modelem Gordonové?

*Odpověď:* „Ne, s tímto modelem jsem se seznámila jen tady v zařízení, při zpracovávání ošetrovatelských plánů“.

*Otázka:* Zúčastnila jste se někdy akreditovaného semináře nebo školení, který by byl zaměřen na koncepční modely?

*Odpověď:* „Ne, v nemocnici, kde jsem dříve pracovala, se tento systém ošetrovatelského plánování rozjížděl, a učila jsem se jen zpracovávat ošetrovatelské diagnózy“.

*Otázka:* Myslíte si, že je forma anamnézy podle nějakého modelu důležitá pro Vaši práci se seniory a proč?

*Odpověď:* „Ano, pro mou práci se seniory je důležitá, protože se o seniorovi hodně dozvím, ale bohužel nejsem moc zvyklá modely zatím používat v praxi, spíše se to pořád učím“.

Rozhovor se sestrou 4:

Je jí 27 let, vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích a Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích – magisterské studium. Její celková délka praxe ve zdravotnictví je 4 roky, postupně pracovala v nemocnici v Českých Budějovicích na gynekologickém oddělení a poté v Domově pro seniory Hvízdal. V Centru sociálních služeb na Staroměstské je zaměstnána 2 roky na pozici staniční sestry.

*Otázka:* S jakým pozorovacím modelem anamnézy pro seniora se Vám pracovalo lépe a proč?

*Odpověď:* „Lépe se mi pracovalo s anamnézou Oremové, přijde mi, že se více hodí do sociálních služeb, je ucelenější a přehlednější“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Oremové?

*Odpověď:* „U anamnézy Oremové, asi kolem 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Kolik času jste strávila u anamnézy Gordonové?

*Odpověď:* „Stejně jako u anamnézy Oremové, asi tak 2 a ½ hodiny“.

*Otázka:* Je nějaká oblast v modelu Oremové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „U modelu Oremové bych vynechala oblast sexuality, den pobytu a pooperační den, oblast bytí, existence a blaha a v oblasti jistoty a bezpečí bych vynechala také nějaké otázky“.

*Otázka:* Je nějaká doména v modelu Gordonové, kterou byste v anamnéze vynechala?

*Odpověď:* „Je to hodně podobné jako u Oremové, oblast sexuality, vztahy, životní principy. A navíc mi přijde zbytečně opakující se otázky a opakující se měření fyziologických funkcí v jednotlivých doménách“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Oremové chybí a případně, kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Určitě bych přidala oblasti týkající se soběstačnosti – schopnosti se sám napít, sám dodržovat hygienu dutiny ústní, sám se učesat, ostříhat nehty. Určitě i oblast pomůcek, které usnadňují samostatnost a udržují soběstačnost seniora. Určitě bych uvítala mít prostor za každou oblastí na vlastní poznámky, popřípadě na doplňující otázky, které najdu během rozhovoru se seniorem“.

*Otázka:* Je nějaká oblast soběstačnosti, která v anamnéze Gordonové chybí a případně kterou byste tam přidala?

*Odpověď:* „Je to hodně podobné jako u Oremové, schopnosti v základních běžných denních činnostech a také prostor na vlastní poznámky“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých oblastí v modelu Oremové dostatečné?

*Odpověď:* „Ne podle mě bych doplnila ještě otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti“.

*Otázka:* Je podle Vás rozpracování jednotlivých domén v modelu Gordonové dostatečné?

*Odpověď:* „Ano, i když bych tam ještě přidala otázky k soběstačnosti, které seniora udržují v samostatnosti, v jednotlivých doménách se často opakují otázky. Podle mého názoru se tento model nehodí k seniorům, spíše do nemocničního prostředí“.

*Otázka:* Myslíte si, že je model Oremové podle Vás vhodný k určení soběstačnosti seniora?

*Odpověď:* „Ano, protože jsou zde dány systematické oblasti a otázky“.

*Otázka:* Myslíte si, že je na Vašem pracovišti dostatek času pro rozhovory se seniory?

*Odpověď:* „Dostatek času je vždy, není možné, aby si sestra čas na popovídání si se seniorem nenašla“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někde podrobněji seznámit s koncepčním modelem Oremové?

*Odpověď:* „Ano, při studiu na vysoké škole“.

*Otázka:* Měla jste možnost se někdy podrobněji seznámit s koncepčním modelem Gordonové?

*Odpověď:* „Ano, při studiu na vysoké škole“.

*Otázka:* Zúčastnila jste se někdy akreditovaného semináře nebo školení, který by byl zaměřen na koncepční modely?

*Odpověď:* „Jen při studiu. Ale semináře nebo školení na takové téma, jsem nikde neviděla“.

*Otázka:* Myslíte si, že je forma anamnézy podle nějakého modelu důležitá pro Vaši práci se seniory a proč?

*Odpověď:* „Ano, pro mou práci se seniory je důležitá, protože získám o seniorovi ucelenější informace a předávání informací o seniorovi mezi personálem, je podle mě přehlednější“.

## 4.6 Rozhovory se seniory

S každým seniorem, byl proveden individuální pohovor, před zpracováním jednotlivých anamnéz. Jedním z důvodů bylo vysvětlení, proč budou s nimi všeobecné sestry provádět rozhovory. A druhý důvod spočíval ve vysvětlení rozdílu mezi anamnézou Oremové a Gordonové. Seniorům bylo objasněno, že u anamnézy Oremové, za každou danou oblastí, sestřička bude s nimi hledat různé nedostatky v sebestačnosti, které společně najdou sběrem informací a jejich příčiny a zároveň je bude edukovat nebo učit, jak zvládnout tyto ztráty soběstačnosti, alespoň s částečnou pomocí.

### Rozhovor se seniorem 1

*Otázka:* Jaký denní čas Vám vyhovuje pro popovídání si?

*Odpověď:* „Mám raději dopolední čas, mám více síly, než odpoledne. Nebývá to, ale vždy pravidlem. Odpoledne jsem unavenější a také přichází za mnou návštěvy, proto veškeré aktivity, jako je rehabilitace, cvičení a ergoterapie se mnou provádí ošetřující personál v dopoledních hodinách“.

*Otázka:* Poskytla Vám sestra dostatek času na případné Vaše otázky?

*Odpověď:* „Ano poskytla, ale žádné otázky jsem moc neměla“.

*Otázka:* Jaká byla spolupráce se sestrou, ohledně vyplňování anamnéz?

*Odpověď:* „Spolupráce byla příjemná, sestřička byla hodně trpělivá, už jenom proto, že jsme se museli kvůli mně sejít 3 dny po sobě. Nebyla jsem ve své kůži. Cítila jsem se po zdravotní stránce, ne zrovna moc dobře“.

*Otázka:* Jak jste se cítil/a po vyplnění anamnéz.

*Odpověď:* „Musím říci, že s prvním rozhovorem to bylo trochu složitější, první dva dny jsem se cítila velmi unavená a spavá, až třetí den jsem byla již klidnější. Ale nepřičítám to jen tomu rozhovoru se sestrou“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Oremové, které Vám byly nepříjemné?

*Odpověď:* „Upřímně řečeno, není mi jasné, proč se sestřička ptá na otázky typu sexuality, hlavně menstruace, antikoncepce, vaginálního výtoku a kolik jsem měla porodů a potratů. Přejde mi vyloženě nevhodné se seniora na takové otázky ptát. Jinak jsem s odpovídáním na ostatní otázky problém neměla“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Gordonové, které Vám byly nepříjemné.

*Odpověď:* „Jsou to ty samé jako v anamnéze Oremové, tedy především oblast sexuality“.

*Otázka:* Který z těchto dvou modelů Vám přišel zajímavější?

*Odpověď:* „Nevím, nedokážu říci, která anamnéza mi přišla zajímavější. Podle mého názoru jsou si hodně podobné, především v kladených otázkách, ale přece jen bych dala přednost tomu prvnímu rozhovoru (modelu Oremové), který se zabývá otázkami, které mě trápí, tedy otázky hlavně o soběstačnosti“.

#### Rozhovor se seniorem 2

*Otázka:* Jaký denní čas Vám vyhovuje pro popovídání si?

*Odpověď:* „Mám raději odpolední čas, protože dopoledne hodně rehabilituji, učím se chodit s protézami, proto bych si přál udělat rozhovor raději tak kolem 15 hodiny“.

*Otázka:* Poskytla Vám sestra dostatek času na případné Vaše otázky?

*Odpověď:* „Ano poskytla, ale žádné otázky jsem moc neměl“.

*Otázka:* Jaká byla spolupráce se sestrou, ohledně vyplňování anamnéz?

*Odpověď:* „Spolupráce byla podle mě na výborné úrovni“.

*Otázka:* Jak jste se cítil/a po vyplnění anamnéz.

*Odpověď:* „Cítil jsem se velmi dobře, mám rád společnost, myslím si, že jsem komunikativní“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Oremové, které Vám byly nepříjemné?

*Odpověď:* „Nevyhovovaly mi otázky v oblasti náboženství a víry, sice jsem na ně odpověděl, ale necítil jsem důvod, proč by to mělo někoho jiného zajímat“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Gordonové, které Vám byly nepříjemné.

*Odpověď:* „Jsou to ty samé jako v anamnéze Oremové, tedy oblast životních principů“.

*Otázka:* Který z těchto dvou modelů Vám přišel zajímavější?

*Odpověď:* „Asi bych řekl, že ten první (model Oremové), protože jsme se zabývali otázkami mých nedostatků v základních běžných činnostech, hledali jsme v každé oblasti mé problémy s mojí soběstačností a to mi přišlo celkem vhodné. U druhého modelu (Gordonové), jsem si připadal jako v nemocnici, protože tam se mnou probírali podobné otázky“.

#### Rozhovor se seniorem 3



*Otázka:* Jaký denní čas Vám vyhovuje pro popovídání si?

*Odpověď:* „Nevadí mi žádný čas pro popovídání si, naopak, ráda si popovídám, ať je ráno nebo večer“.

*Otázka:* Poskytla Vám sestra dostatek času na případné Vaše otázky?

*Odpověď:* „Ano poskytla, ale žádné otázky jsem moc neměla“.

*Otázka:* Jaká byla spolupráce se sestrou, ohledně vyplňování anamnéz?

*Odpověď:* „Spolupráce byla příjemná, na výborné úrovni. Myslím si, že jsem hodně optimistická a pozitivní“.

*Otázka:* Jak jste se cítil/a po vyplnění anamnéz.

*Odpověď:* „Po vyplnění anamnéz jsem se cítila velmi dobře, hrozně rychle mi to uteklo“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Oremové, které Vám byly nepříjemné?

*Odpověď:* „Nemůžu říci, že bych na některé otázky nechtěla odpovídat, nemám problém si popovídat o čemkoli, ale spíše mi přišly některé otázky podle mě zbytečné, nesouvisící s tím, aby sestra musela vědět a znát oblasti sexuality a náboženského vyznání“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Gordonové, které Vám byly nepříjemné.

*Odpověď:* „Jsou to ty samé jako v anamnéze Oremové, tedy oblasti sexuality a životních principů“.

*Otázka:* Který z těchto dvou modelů Vám přišel zajímavější?

*Odpověď:* „Myslím, že obě anamnézy jsou hodně podobné, jen s tím rozdílem, že sestřička se mnou hledala v té první anamnéze (Oremové) mé nedostatky v běžných denních úkonech“.

#### Rozhovor se seniorem 4

*Otázka:* Jaký denní čas Vám vyhovuje pro popovídání si?

*Odpověď:* „Mám raději odpolední čas, dopoledne chodím cvičit a po nákupech, proto si veškeré návštěvy vždy plánuji na odpolední čas“.

*Otázka:* Poskytla Vám sestra dostatek času na případné Vaše otázky?

*Odpověď:* „Ano poskytla, ale žádné otázky jsem neměla“.

*Otázka:* Jaká byla spolupráce se sestrou, ohledně vyplňování anamnéz?

*Odpověď:* „Spolupráce byla příjemná, na výborné úrovni“.

*Otázka:* Jak jste se cítil/a po vyplnění anamnéz.

*Odpověď:* „Po vyplnění anamnéz jsem se cítila velmi dobře, rychle to uteklo, mám ráda pozitivně naladěné lidi kolem sebe“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Oremové, které Vám byly nepříjemné?

*Odpověď:* „Ano, v anamnéze mi byly nepříjemné otázky v oblasti menstruace, antikoncepce, porody a potraty. Nevím, proč to souvisí s jejími deficitem soběstačnosti. Odpověděla jsem na ně, ale jen z toho důvodu, že vás znám dlouhou dobu, ale kdyby to byl člověk, kterého neznám, asi bych neodpověděla“.

*Otázka:* Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Gordonové, které Vám byly nepříjemné.

*Odpověď:* „Jsou to ty samé jako v anamnéze Oremové, tedy oblast sexuality“.

*Otázka:* Který z těchto dvou modelů Vám přišel zajímavější?

*Odpověď:* „Nedokážu přesně říci, který rozhovor byl pro mě zajímavější, každá měl své zvláštnosti, každý se zabýval tak trochu něčím jiným, ale pokud se musím vyjádřit, tak ten první rozhovor (Oremové) byl zajímavější v tom, že mě sestřička učila (edukovala) v prevenci inkontinence, chůzi s chodítkem a zároveň prevence před pády a v mém dietním omezení.“

#### 4.7 Vyhodnocení rozhovorů se všeobecnými sestrami a se seniory

Tabulka 1 Věk sester

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
20 – 30 let				X
31 – 40 let				
41 – 45 let	X		X	
46 – 50 let		X		

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) patří do věkové kategorie 20 – 30 let. Dvě sestry (50 %) patří do věkové kategorie 41 – 45 let. Jedna sestra (25 %) patří do věkové kategorie 46 – 50 let.

Tabulka 2 Vzdělání sester

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
SZŠ	X	X	X	
DiS				
VŠ – Bc.				
VŠ – Mgr.				X

Z celkového počtu 4 sester, tři sestry (75 %) mají ukončenou střední zdravotnickou školu s maturitou. Jedna sestra (25 %) má vysokou školu, zakončenou magisterským studiem.

Tabulka 3 Celková praxe sester ve zdravotnictví

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
1 – 10 let				X
11 – 20 let			X	
21 – 25 let	X			
26 – 30 let		X		

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) pracuje ve zdravotnictví 1 – 10 let. Jedna sestra (25 %) pracuje ve zdravotnictví 11 – 20 let. Jedna sestra (25 %) pracuje ve zdravotnictví 21 – 25 let. Jedna sestra (25 %) pracuje ve zdravotnictví 25 – 30 let.

Tabulka 4 Délka praxe sester na nynějším pracovišti

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
1 – 2 roky				X
3 – 4 roky			X	
5 – 6 let	X	X		
7 – 10 let				

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) pracuje v Centru sociálních služeb Staroměstská 1 – 2 roky. Jedna sestra (25 %) pracuje v Centru sociálních služeb Staroměstská 3 – 4 roky. Dvě sestry (50 %) pracují v Centru sociálních služeb Staroměstská 5 – 6 let.

Tabulka 5 Pozice sester pracujících v Centru sociálních služeb Staroměstská

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Řadová sestra	X		X	
Staniční sestra		X		X

Z celkového počtu 4 sester, dvě sestry (50 %) pracují na pozici řadových sester. Dvě sestry (50 %) pracují na pozici staničních sester.

Tabulka 6 Model, který sestry v práci se seniory upřednostňují

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Model Gordonové	X			
Model Oremové		X	X	X

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) upřednostňuje model Gordonové. Tři sestry (75 %) upřednostňují model Oremové.

Tabulka 7 Čas strávený u anamnézy dle Oremové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Do 1 hodiny				
Do 2 hodin			X	
Do 3 hodin		X		X
Více jak 3 hodiny	X			

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) zpracovala anamnézu Oremové do 2 hodin. Dvě sestry (50 %) zpracovaly anamnézu Oremové do 3 hodin. Jedna sestra (25 %) zpracovávala anamnézu Oremové více jak 3 hodiny.

Tabulka 8 Čas strávený u anamnézy dle Gordonové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Do 1 hodiny				
Do 2 hodin				
Do 3 hodin	X	X	X	X
Více jak 3 hodiny				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) zpracovaly anamnézu Gordonové do 3 hodin.

Tabulka 9 Oblast, kterou by v anamnéze dle modelu Oremové sestry vynechaly

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Jistota a bezpečí	X	X	X	X
Bytí, existence, blaho			X	X
Sexualita	X	X	X	X
Jiné otázky...	X	X	X	X

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) by vynechaly oblast jistoty a bezpečí, oblast sexuality a ještě nějaké jiné otázky. Dvě sestry (50 %) by vynechaly oblast bytí, existence a blaha.

Tabulka 10 Vynechaná oblast v anamnéze dle modelu Gordonové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Vztahy	X	X	X	X
Sexualita	X	X	X	X
Životní principy			X	X
Jiné otázky...	X	X	X	X

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) by vynechaly domény vztahů, sexuality a ještě nějaké otázky. Dvě sestry (50 %) by vynechaly doménu životní principy.

Tabulka 11 Oblast, která v anamnéze Oremové podle sester chybí

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Schopnosti v základních běžných denních činnostech	X	X	X	X
Používání pomůcek podporující samostatnost	X	X	X	X
Prostor na vlastní poznámky		X		X

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) by do anamnézy přidaly otázky v oblasti schopnosti v základních běžných denních činnostech a používání pomůcek podporující samostatnost. Dvě sestry (50 %) by přidaly prostor k vlastním poznámkám.

Tabulka 12 Oblast v anamnéze Gordonové podle sester chybí

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Schopnosti v základních běžných denních činnostech	X	X	X	X
Používání pomůcek podporující samostatnost	X	X	X	X
Prostor na vlastní poznámky		X		X

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) by do anamnézy přidaly otázky v oblasti schopnosti v základních běžných denních činnostech a používání pomůcek podporující samostatnost. Dvě sestry (50 %) by přidaly prostor k vlastním poznámkám.

Tabulka 13 Je podle sester dostatečné rozpracování oblastí v modelu Oremové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano				
Ne	X	X	X	X
Až moc				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) odpověděly, že rozpracovaná anamnéza není dostačující pro práci se seniory.

Tabulka 14 Je podle sester dostatečné rozpracování domén v modelu Gordonové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano				
Ne	X	X	X	X
Až moc				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) odpověděly, že rozpracovaná anamnéza není dostačující pro práci se seniory.

Tabulka 15 Vhodnost modelu Oremové k určení soběstačnosti

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano	X	X	X	X
Ne				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) odpověděly, že je model Oremové vhodný k určení soběstačnosti.

Tabulka 16 Dostatečný čas pro rozhovory se seniory

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano	X	X	X	X
Ne				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) odpověděly ano, že mají dostatek času na rozhovor se seniory.

Tabulka 17 Možnost seznámení se s koncepčním modelem Oremové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano, na nějakém semináři				
Ano, při studiu				X
Ne	X	X	X	
Ano, ale jen při práci				

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) se seznámila s koncepčním modelem Oremové při studiu na vysoké škole. Tři sestry (75 %) se nikdy neměli možnost seznámit se s koncepčním modelem Oremové.

Tabulka 18 Možnost seznámení se s koncepčním modelem Gordonové

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano, na nějakém semináři				
Ano, při studiu				X
Ne				
Ano, ale jen při práci	X	X	X	

Z celkového počtu 4 sester, jedna sestra (25 %) se seznámila s koncepčním modelem Gordonové při studiu na vysoké škole. Tři sestry (75 %) se seznámily s koncepčním modelem Gordonové až v nynějším zaměstnání.

Tabulka 19 Možnost zúčastnění se akreditovaného semináře na téma koncepční modely

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano				
Ano, jen při studiu				X
Ne	X	X	X	

Z celkového počtu 4 sester, tři sestry (75 %) se nikdy nezúčastnily semináře na téma koncepční modely. Jedna sestra (25 %) se zúčastnila semináře na téma koncepční modely jen při studiu.



Tabulka 20 Důležitost anamnézy podle nějakého modelu pro práci sester se seniory

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
Ano	X	X	X	X
Ne				

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) odpověděly ano, je pro ně důležitá anamnéza podle nějakého modelu.

Tabulka 21 Vyhovující denní čas pro rozhovor

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Dopolední čas	X			
Odpolední čas		X		X
Není rozhodující			X	

Z celkového počtu 4 seniorů, jeden senior (25 %) má raději dopolední čas. Dva senioři (50 %) mají raději odpolední čas. Pro jednoho seniora (25 %) není rozhodující žádný čas.

Tabulka 22 Poskytování dostatku času na případné otázky

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Ano	X	X	X	X
Ne				

Z celkového počtu 4 seniorů, všichni senioři (100 %) odpověděli, že sestra jim poskytla dostatek času na případné otázky.

Tabulka 23 Spolupráce se sestrou, při vyprazdňování anamnéz

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Výborná	X	X	X	X
Přiměřená				
Uspěchaná				
Trpělivá	X	X	X	X
Nevyhovující				

Z celkového počtu 4 seniorů, všichni senioři (100 %) odpověděli, že spolupráce sestry byla výborná a sestra byla trpělivá.

Tabulka 24 Pocity seniora po vyplnění anamnéz

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
<b>Svěže a klidně</b>		X	X	X
<b>Unaveně</b>	X			

Z celkového počtu 4 seniorů, tři senioři (75 %) se cítili svěže a klidně. Jeden senior (25 %) se cítil unaveně.

Tabulka 25 Nepříjemné otázky pro seniora v anamnéze Oremové

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
<b>Bytí, existence, blaho</b>		X	X	
<b>Sexualita</b>	X		X	X

Z celkového počtu 4 seniorů, tři senioři (75 %) měli problém s otázkami v oblasti sexuality. Dva senioři (50 %) měli problém s otázkami v oblasti bytí, existence a blaha.

Tabulka 26 Nepříjemné otázky pro seniora v anamnéze Gordonové

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
<b>Sexualita</b>	X		X	X
<b>Životní principy</b>		X	X	

Z celkového počtu 4 seniorů, tři senioři (75 %) měli problém s otázkami v doméně sexuality. Dva senioři (50 %) měli problém s otázkami v doméně životních principů.

Tabulka 27 Model, který byl pro seniora zajímavější

	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
<b>Model Oremové</b>	X	X	X	X
<b>Model Gordonové</b>				

Z celkového počtu 4 seniorů, všem seniorům (100 %) přišel zajímavější model Oremové.

#### 4.8 Pozorování u všeobecných sester a seniorů

Tabulka 28

Předmět pozorování	Sestra 1		Sestra 2		Sestra 3		Sestra 4	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
Komunikovala sestra se seniorem?	X		X		X		X	
Pokládala sestra doplňující otázky?		X	X		X		X	
Motivovala sestra seniora v oblastech jeho deficitů?	X		X		X		X	
Edukovala sestra seniora v oblastech jeho deficitů?		X	X			X	X	

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) komunikovaly se seniorem a motivovaly seniora v oblastech jeho deficitů. Tři sestry (75 %) pokládaly doplňující otázky. Dvě sestry (50 %) edukovaly seniora v oblastech jeho deficitů.

Tabulka 29

Předmět pozorování	Sestra 1		Sestra 2		Sestra 3		Sestra 4	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
Respektovala sestra u seniora stud?	X		X		X		X	
Bylo chování sestry k seniorovi vřelé?	X		X		X		X	
Byla vzájemná spolupráce mezi sestrou a seniorem dostačující?	X		X		X		X	
Bylo provedení rozhovoru se seniorem dostačující?		X	X			X	X	

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) respektovaly stud u seniora, chování sester bylo vřelé a vzájemná spolupráce se seniorem byla dostačující. U dvou sester (50 %) bylo provedení rozhovoru dostačující.

Tabulka 30

Předmět pozorování	Sestra 1		Sestra 2		Sestra 3		Sestra 4	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
Uspokojila sestra seniorovy potřeby?	X		X		X		X	
Podala sestra seniorovi informace o rozhovoru s předstihem?	X		X		X		X	
Udělal si sestra dostatečný čas na seniora a rozhovor s ním?	X		X		X		X	

Z celkového počtu 4 sester, všechny sestry (100 %) uspokojily seniorovy potřeby, podaly informace o rozhovoru a udělaly si dostatečný čas na seniora a rozhovor.

Tabulka 31

Předmět pozorování	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Komunikace seniora se sestrou.	Uspokojivá	Dostatečná	Dostatečná	Dostatečná
V jakém prostředí rozhovor probíhal.	Vhodně upravené	Běžné prostředí	Vhodně upravené	Vhodně upravené
Byly při rozhovoru nějaké rušivé podněty?	Ne	Ne	Ne	Ne
Má senior dostatek kompenzačních pomůcek vedoucích k soběstačnosti?	Dostatek pomůcek	Dostatek pomůcek	Dostatek pomůcek	Dostatek pomůcek

Z celkového počtu 4 seniorů, tři seniori (75 %) dostatečně komunikovali se sestrou. Jeden senior (25 %) komunikoval uspokojivě. U tří seniorů (75 %) probíhal rozhovor ve vhodně upraveném prostředí. U jednoho seniora (25 %) bylo prostředí běžné. U všech seniorů (100 %) nebyly žádné rušivé podněty při rozhovoru a všichni seniori mají dostatek pomůcek vedoucích k soběstačnosti.

Tabulka 32

Předmět pozorování	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Jaká byla reakce seniora na sestru?	Přiměřená	Výborná	Výborná	Výborná
Jaká byla vzájemná spolupráce?	Spolupracuje jen na požádání	Spolupracuje, vlastní aktivita seniora	Spolupracuje, vlastní aktivita seniora	Spolupracuje, vlastní aktivita seniora
Jaká byla reakce seniora na rozhovor?	Zájem příliš neprojevuje	Aktivní spolupráce	Aktivní spolupráce	Aktivní spolupráce

Z celkového počtu seniorů, u třech seniorů (75 %) byla reakce na sestru výborná. U jednoho seniora (25 %) byla reakce na sestru přiměřená. U třech seniorů (75 %) byla při vzájemné spolupráci vlastní aktivita seniora. U jednoho seniora (25 %) byla vzájemná spolupráce jen na požádání ze strany sestry. U třech seniorů (75 %) byla reakce na rozhovor aktivní. U jednoho seniora (25 %) byla reakce na rozhovor taková, že zájem příliš neprojevoval.

Tabulka 33

Předmět pozorování	Senior 1	Senior 2	Senior 3	Senior 4
Jak se senior cítil před rozhovorem?	Normálně spolupracující	Svěží, klidný, natěšený	Svěží, klidný, natěšený	Svěží, klidný, natěšený
Jak se senior cítil při sběru informací u ošetrovatelské dokumentace Oremové?	Nespolupracoval, neměl moc náladu.	Spolupracoval, zapojoval se do oš. procesu. Bavilo ho to.	Spolupracoval, zapojoval se do oš. procesu. Bavilo ho to.	Spolupracoval, zapojoval se do oš. procesu. Bavilo ho to.
Jak se senior cítil při sběru informací u ošetrovatelské dokumentace Gordonové?	Nespolupracoval, neměl moc náladu.	Spolupracoval, zapojoval se do oš. proces, ale nebyl již tak aktivní	Spolupracoval, zapojoval se do oš. proces, ale nebyl již tak aktivní	Spolupracoval, zapojoval se do oš. proces, ale nebyl již tak aktivní
Jak se senior cítil po rozhovoru se sestrou při vyplňování anamnéz?	Unavený, bez nálady	Svěží, klidný	Svěží, klidný	Svěží, klidný
Kde probíhal rozhovor?	V domácím prostředí seniorova bytu	V domácím prostředí seniorova bytu	V domácím prostředí seniorova bytu	V domácím prostředí seniorova bytu

Z celkového počtu 4 seniorů, tři senioři (75 %) se cítili před rozhovorem svěže, klidně a natěšeně. Jeden senior (25 %) se cítil normálně. Tři senioři (75 %) spolupracovali při sběru informací u ošetrovatelské dokumentace Oremové a jeden senior (25 %) nespolupracoval. Tři senioři (75 %) spolupracovali při sběru informací u ošetrovatelské dokumentace Gordonové a jeden senior (25 %) nespolupracoval. Tři senioři (75 %) se cítili po rozhovoru svěže a klidně. Jeden senior (25 %) byl velmi unavený a bez nálady. U všech 4 seniorů (100 %) probíhal rozhovor v domácím prostředí seniorova bytu.

## 5. Diskuze

Tato práce se zabývá dvěma koncepčními modely v oblasti ošetrovatelství. Jsou to modely dle Oremové a Gordonové. Cílem bylo zjistit, který z nich by byl vhodnější pro práci všeobecných sester v Centru sociálních služeb Staroměstská. Jestli stávající model Gordonové, se kterým sestry pracují a mají s ním již jeden rok své zkušenosti, nebo nový model Oremové, který se zaměřuje na hledání nedostatků nebo ztrát soběstačnosti u klientů. Jak bylo zmíněno v úvodu, senioři jsou lidé, kteří většinou mají své zdravotní problémy chronického původu a současně i choroby kompenzované. Především se u nich vyskytují problémy se soběstačností v základních biologických potřebách. Dalším cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak se sestrám pracuje, při ošetrovatelské péči, s novým modelem Oremové. Nutno dodat, že v tabulkách byly použity pouze oblasti a domény, na které senioři a sestry reagovali (tabulky 9, 10, 11, 12, 25, 26).

Sestra musí dokonale znát seniora po všech stránkách, protože jen tak může nalézt problémy, které ho trápí. K tomu jí pomáhá sběr informací, které získá od seniora při rozhovoru nebo při vyplňování anamnézy. To jí pak pomůže stanovit co nejpřesněji schopnosti sebezpěče u sledovaného seniora. Podle nalezených deficitů s ním naplánuje ošetrovatelské činnosti, na kterých se podílí nejen sestra, ale především ošetrovaný senior. Pokud to jeho zdravotní stav dovolí (23). Ošetrovatelský proces je základem současného ošetrovatelství, který má vliv na kvalitu péče. A to jak o pacienta v nemocnici, tak o klienta žijícího v Domově pro seniory – toto jsou slova prof. Tóthové (23).

Osloveno bylo celkem 8 respondentů. Z tohoto počtu tvořily jednu polovinu všeobecné sestry, tu druhou pak senioři. Všichni byli předem požádáni o rozhovor a pomoc při zpracovávání ošetrovatelských anamnéz podle jednotlivých modelů. Všeobecné sestry, které byly zařazeny do tohoto výzkumu, prošly krátkým školením o koncepčním modelu Oremové, protože se většina s tímto modelem nikdy nesešla. Seniorům byl vysvětlen rozdíl mezi oběma modely, aby mohli porovnat, která anamnéza byla pro ně zajímavější a přijatelnější. Všechny odpovědi se zaznamenaly pomocí diktafonu. O pořízení záznamu byli všichni respondenti předem informováni a souhlasili s jeho pořízením. Bylo jim

vysvětleno, že rozhovor i záznam bude použit pouze pro účely bakalářské práce. Při písemném zpracovávání byly porovnány jednotlivé odpovědi.

Pro bakalářskou práci byla použita kvalitativní metoda a sběr dat pomocí zpracovávání jednotlivých anamnéz podle modelu Oremové a Gordonové. Zároveň při sběru dat, byly všeobecné sestry pozorovány, jak přímo, tak nezúčastněně a skrytě a senioři byli pozorováni také přímo, ale oproti sestřám zúčastněně a zjevně.

Odpovědi sester na prvních 5 otázek nám poskytly pouze administrativní náležitosti. K účelům této bakalářské práce byly vybrány sestry s různou délkou praxe ve zdravotnictví (tabulka 3). Jejich věk se pohyboval v rozmezí od 27 let do 49 let (tabulka 1). Tři všeobecné sestry měly středoškolské, jedna sestra měla vysokoškolské vzdělání (tabulka 2). K výzkumnému šetření byly vybrány sestry, které již měly nějakou zkušenost s aplikací koncepčního modelu Oremové v praxi, ale na druhou stranu i takové, které se s ním dosud vůbec nesetkaly (tabulka 17). Zde již narážíme na první problém. Byl vyzorován rozdíl ve zpracovávání anamnéz u čtyř všeobecných sester. S jednou, která studovala pět let Zdravotně sociální fakultu, byla daleko lepší spolupráce především proto, že teoreticky již poznala model Oremové, a proto s ním dokázala lépe pracovat, než její kolegyně, které tyto zkušenosti a znalosti neměly a prošly pouze jenom školením. V dnešní době, musí sestry být registrované, aby mohly pracovat bez odborného dohledu. Povinně musí za určité časové období nasbírat 40 kreditů, a proto navštěvují různá školení, semináře nebo konference. Témat, která si sestra může vybrat je opravdu nepřehledné množství, ale do dnešní doby nebyl zaznamenán žádný seminář, který by se zaměřil na vybrané koncepční modely. Bylo by jistě vhodné, kdyby sestry, které nevystudovaly vysokou školu – obor všeobecná sestra, měly možnost se nějakých seminářů na toto téma zúčastnit.

Z pozorování sester byl zaznamenán další problém (tabulka 25), a to v edukování seniora u jeho nalezených deficitů. Sestry neumí edukovat, možná je to tím, že nikdy neměly možnost se s tímto předmětem setkat. Sestra musí povzbuzovat a napomáhat člověku ve schopnostech pečovat sám o sebe. Pomáhá mu dosáhnout co nejvíce vědomostí a dovedností (21). Zároveň musí mít, ale na paměti, že se u seniorů s přibývajícím věkem zhoršuje také krátkodobá paměť a proto si hůře pamatují nové věci, kterým se musí nebo by měli naučit (16). I v tomto případě je namístě položit si otázku, proč v seminářích nebo



v různých školeních, které sestry absolvují se nezaměřujeme na edukaci a s ním spojenou komunikaci. Proto při pozorování z pohledu autora této práce nebyl rozhovor sestry se seniorem dostačující (tabulka 26). Dobrá komunikace je základem každého vztahu a to platí i mezi sestrou a seniorem (25). Dalším záměrem výzkumu v této bakalářské práci, bylo rozdělení sester s různou pracovní pozicí (tabulka 5). Byly vybrány ty, které v Centru sociálních služeb pracují na pozici staničních a řadových sester. Při pozorování, staniční sestry dokázaly lépe komunikovat se seniorem při sběru informací do anamnézy. Nezabývaly se jen otázkami, které jsou v dokumentu anamnézy dané, ale pokládaly i otázky doplňující, které vyplynuly z odpovědí seniorů. Zatímco řadové sestry se zabývaly pouze těmi otázkami, které našly v daných anamnézách Oremové a Gordonové. Z tohoto zjištění plyne, že sestřím chybí zdokonalování se v komunikaci. Komunikace je součástí profesionálního vybavení sestry a ta musí mít takovou schopnost, aby uměla navázat a rozvíjet kontakt se seniorem (25).

Senioři, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, byli z řad nově příchozích do Centra sociálních služeb Staroměstská. Věková kategorie těchto seniorů se pohybuje v rozmezí od 64 let do 89 let.

V bakalářské práci byly stanoveny 4 výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zní, zda je model Oremové vhodný k určování soběstačnosti seniora. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo (tabulka 15), že podle jejich názoru, zmíněný model Oremové k určování soběstačnosti vhodný skutečně je. Sestry se jednoznačně shodly v tom, že model i anamnéza dle Oremové jsou přehlednější, ucelenější a také se více hodí do praxe v péči o seniory. Hlavní důvod jejich tvrzení tkví v poznání, že v každé hledané oblasti se prakticky okamžitě mohou zabývat zjištěnými problémy a zároveň tak, společně se seniorem, najít vhodný způsob, jak nalezený problém vyřešit. Model dostatečně vyjadřuje nejen nedostatky, ale současně i potřeby, které jsou u seniora nalezeny při sběru informací. S tímto tvrzením sester se plně ztotožňují i názory seniorů, což nám vyplynulo i z jejich rozhovorů (tabulka 24). Při vyplňování dokumentace dle Oremové se senioři více zapojovali do otázek, které jim byly bližší a pro ně tím pádem i zajímavější. Jednalo se o otázky jejich deficitů soběstačnosti, které právě více nalzáme v modelu Oremové, což se nám také potvrdilo (tabulka 33). V životě seniora nastávají

situace, kdy v období stárnutí potřebují více péče. Má-li dostatek sil a schopností, mluvíme o soběstačnosti. Nedokáže-li však senior sám o sebe pečovat plně či částečně a to ve všech oblastech, pak můžeme mluvit o počátku deficitu sebez péče, čili nesoběstačnosti (17). Model Oremové v ošetrovatelské péči se zaměřuje na rozvoj sebez péče. Musí se však využít hlavně vlastních sil a možností seniora a tím mu napomoci ke zlepšení nalezeného deficitu, čímž bychom měli dojít i ke zlepšení zdraví a také kvality jeho života (28). Z pozorovacích oblastí a z rozhovorů se seniory bylo cílem nejen zjistit, jak se cítí a jak reagují při sběru informací u vyplňování anamnéz, ale také, abychom našli k nim cestu a zjistili o nich co nejvíce informací, které sestře pomohou lépe rozpoznat seniora po stránce nejen zdravotní, ale také ošetrovatelské a sociální. Pro sestru i pro seniora, je takovýto administrativní výkon, dosti náročný. A to jak po časové, kdy sestra i senior musí společně komunikovat přibližně kolem 2 hodin, tak i po psychické stránce. Senior se po určité době, přestává soustředit na kladené dotazy. Tím pádem je rozhovor pro obě zúčastněné osoby, přesněji řečeno nevyhovující. Obě strany musí skloubit tuto časovou náročnost, nelze se rozhodnout v okamžiku, kdy má sestra čas, ale senior není na tento výkon připraven. Vždy je třeba toto dobře rozplánovat. *I přes určité vzniklé nedostatky odpovídáme na první výzkumnou otázku, že model Oremové je vhodný k určení soběstačnosti seniora.*

Ve druhé výzkumné otázce se zajímáme o to, jestli model Oremové, který se snažíme aplikovat u seniorů v Centru sociálních služeb Staroměstská, je přijatelnější než model Gordonové, který je zde aplikován doposud. Dá se říci, že tato výzkumná otázka se vztahuje ke všem třem zbývajícím výzkumným otázkám. Vzhledem k tomu, že v první výzkumné otázce jsme se zabývali tím, zda je model Oremové vhodný k určení soběstačnosti a toto nakonec i potvrdili, nabízí se odpověď, že tento model je přijatelnější než stávající model Gordonové. Gordonová ve svém modelu umožňuje sestře rozeznávat funkční (ve zdraví) nebo dysfunkční (v nemoci) chování u pacienta. Dysfunkční chování je známka aktuálního onemocnění člověka (17). Ale senior má již většinou své nemoci chronického původu a tudíž kompenzované. Proto potřebuje spíše pomoci s deficitem soběstačnosti, které u něho nalezneme a tímto způsobem ho pak začlenit zpět do každodenního, běžného života. To nám daleko více umožní právě model Oremové, který se zabývá v každé dané oblasti tím, zda je klient zařazen do podpůrně výchovného,

částečně nebo plně kompenzačního systému. I senioři se vyjádřili v rozhovorech, že model Oremové jim přišel přehlednější a lepší. Především právě v tom, že společně se sestrou hledali jejich soběstačnost, ale i deficity v běžných denních potřebách. Co zvládne sám a s čím potřebuje pomoci. U modelu Gordonové se spíše zabýváme aktuální nemocí nebo chorobou u seniora a s tím i souvisejícími problémy, které z nemoci vycházejí.

Podaly jsme sestrám dvě otázky, které byly zaměřené na to, jaké je rozpracování jednotlivých oblastí v modelech Oremové a Gordonové (tabulky 12 a 13). U obou modelů všechny sestry shodně odpověděly, že rozpracovaná anamnéza není dostačující. Bylo by vhodné doplnit ještě otázky, které se zabývají nebo se týkají soběstačnosti seniora. Proto byla také vytvořena nová ošetřovatelská dokumentace sběru dat o seniorovi (příloha 14). V dokumentaci byly ponechány dané oblasti z modelu Oremové. Jen byly více rozvinuty a to především na doplňující odpovědi, na popis schopností v jednotlivých oblastech a v základních běžných denních potřebách seniora. V první řadě si sestra rozepíše lékařské diagnózy a aktuální chronickou medikaci, kterou senior užívá. Poté se zabývá danými oblastmi a zjišťuje o seniorovi aktuální nebo eventuálně potenciální deficity.

Proč jsme vlastně porovnávali modely Oremové a Gordonové? Ze sběru informací u Gordonové, nám vyplynou problémy, ze kterých pak sestra určuje a stanovuje ošetřovatelské diagnózy. Kdežto u sběru informací u Oremové se nám odkrývají deficity, a to nejen získané z nějaké zdravotní překážky, ale především dosažené stářím a s ním spojených problémů. Proto bylo hlavním záměrem v této bakalářské práci, vyzkoušet a prozkoumat oba modely. A zároveň vybrat, která z aplikovaných ošetřovatelských dokumentací je vyhovující ke sběru informací do Domova pro seniory.

*Také na druhou výzkumnou otázku odpovídáme, že model Oremové je přijatelnější pro péči o seniory, než stávající model Gordonové.*

Ve třetí výzkumné otázce jsme zkoumali, jestli všeobecným sestrám tento nově aplikovaný model Oremové vyhovuje. Na začátku jsme zjišťovali, kolik času každá sestra strávila nad vyplňováním jednotlivých anamnéz se seniory (tabulka 7 a 8). Žádný z obou aplikovaných modelů nám ale neprokázal, rozdíl v tom, zda sestra stráví u jednoho či druhého modelu více nebo méně času. Všechny sestry se seniorem strávily nad zpracováváním anamnéz přibližně kolem 3 hodin. Výsledky vyšly celkem vyrovnané.

Další otázkou, na kterou sestry odpovídaly, bylo, s jakým modelem se jim pracovalo lépe a z jakého důvodu (tabulka 6). Sestry podle výsledků upřednostňují model Oremové, který hodnotí jako lepší a ucelenější. Z rozhovorů vyplynulo, že anamnéza Oremové je pro ně, více přehlednější. Otázky se neopakují, z anamnézy rovnou poznají, jakým způsobem se mají o seniora postarat. Lépe zjistí, v čem mu mají pomoci a co senior prioritně potřebuje. V každé oblasti se musí sestra spolu se seniorem zamyslet nad schopností sebezpečí a v jakém ošetrovatelském modelu se klient nachází.

Překvapivým výsledkem také bylo zjištění, že tři sestry se poprvé seznámily s modelem Gordonové až v Centru sociálních služeb Staroměstská (tabulka 18). A to i přes skutečnost, že dříve pracovaly většinou v nemocnicích, kde se na ošetrovatelský proces podle modelu Gordonové zaměřují již daleko delší dobu.

Z rozhovorů bylo též zjišťováno, zda sestrám v modelech Oremové a Gordonové chybí nějaké otázky, popřípadě oblasti (tabulka 11 a 12) a naopak jsou-li nějaké otázky, které jsou pro zjišťování zdravotního stavu a zejména soběstačnosti zbytečné (tabulka 9 a 10). U obou modelů všechny sestry, ale i senioři, shodně odpověděli, že by rozhodně vynechali oblasti sexuality, jistoty a bezpečí (u Gordonové vztahy), náboženské vyznání, den pobytu a pooperační den a aplikace kyslíku a infúze. Zkoumat oblast sexuality u seniorů je podle všeobecných sester a to nejen podle nich, neúčinná nebo bezvýsledná. Takové otázky jsou pro sestry, pracující se seniory, spíše informačního typu. S názorem sester a seniorů, které byly zahrnuty do výzkumného šetření, se já osobně neztotožňuji. Rozhodně by nebylo dobré oblasti sexuality a náboženského vyznání vynechávat. Neznamená, že názor těchto 8 respondentů se musí ztotožňovat s názory ostatních seniorů a sester. Podle mého úsudku, je potřeba dát prostor na rozpovídání se o těchto zmiňovaných problematikách i ostatním, pokud o nich chtějí hovořit. Cestu, ať už k seniorům v Domově pro seniory nebo pacientům v nemocnici si sestra musí vždy najít. Je také pravdou, že sestra pracující v Domově pro seniory, má na poznání a získání informací o seniorovi daleko více času, než sestra, která pracuje v nemocnici. Když se například podíváme na kazuistiku se seniorem číslo 2, který má odoperovanou prostatu a má ztížené močení, tak je to informace dosti aktuální pro sestru, která o tohoto seniora pečuje, a to jak po stránce zdravotní, tak také ošetrovatelské. S ostatními zmiňovanými

otázkami, které by měly být podle sester vynechány, souhlasím. Jedná se o den pobytu, pooperační den a aplikace infúzí. Toto jsou otázky, které by měly být směřovány do nemocničního prostředí. V Centru sociálních služeb mají senioři trvalé pobyty a uvádět kolikátý den pobytu zde jsou je přinejmenším opravdu zbytečné. Snad by stálo za zvážení, tuto otázku ponechat pouze u odlehčovacích pobytů, ale tuto informaci potřebuje spíše sociální pracovníce. U oblasti, týkající se náboženského vyznání, byli především překvapující odpovědi u seniorů. Nechtějí se moc vyjadřovat k této oblasti, což by spíše člověk předpokládal u mladší generace. Nad otázkou, zda aplikovat infúze v Domově pro seniory, je potřeba se na malou chvíli pozastavit. Je pravdou, že bych na jednu stranu, tuto otázku směřovala spíše do sběru informací o pacientovi v nemocnici. Ale jistě by nebylo od věci podávat infúze také v Domovech pro seniory. Z 3letého pozorování v tomto zmiňovaném zařízení, bylo zjištěno, že senior pokud není sestrou průběžně upozorňován, aby si vzal tekutiny, tak sám na to zapomíná. A to z jednoho prostého důvodu, u seniora nastává takzvaná ztráta pocitu žízně. Dehydratace je velkým problémem u seniorů. Z ní pak mohou vzniknout příznaky závratí, kolapsů, zmatenosti, apatie až poruchy vědomí (18). Potom sestře nezbyvá nic jiného, než dehydratovaného seniora poslat k hospitalizaci do nemocnice. Přitom by stačilo dle ordinace obvodního lékaře infúze aplikovat. Zde, ale narážíme na problém s obvodními lékaři, kteří nechtějí tyto ošetrovatelské úkony ordinovat.

U Gordonové navíc sestřám nevyhovovaly opakující se stejné otázky v různých doménách. Co se týká otázek nebo oblastí, které by sestry do sběru informací o seniorovi přidaly, pak by se jednalo o dotazy zejména v oblasti jednotlivých schopností seniora, které se týkají jejich samostatnosti v běžných denních činnostech a používání pomůcek, které jim samostatnost umožňují. Navrhovaly, aby za každou oblastí nebo doménou byl určitý prostor na vlastní poznámky, popřípadě i pro doplňující otázky, které sestru při sběru informací o seniorovi napadnou. V anamnézách u oblasti jistoty a bezpečí a u Gordonové vztahy, nelze říci, že by sestřám nevyhovovaly tyto otázky, ale jde spíše o to, že tyto zkoumané oblasti jsou trochu zbytečné u seniora, který již žije v sociální zařízení a kde má každodenní kontakt se sociální pracovníci.

Za spolupráce sester byla částečně pozměněna anamnéza dle modelu Oremové. Podle získaných informací z rozhovorů se sestrami byly vyjmuty otázky, které nejsou potřeba k získávání informací o soběstačnosti seniora. Naopak do anamnézy byly vloženy otázky, které podle sester jsou důležité v nacházení deficitů v základních biologických potřebách. Nově vytvořený dokument k získání anamnézy, vznikl na podkladě mých pozorování během jednoho roku, kdy se sestry učily zpracovávat sběr dat o seniorovi podle modelu Gordonové. Z vlastních zkušeností vím, že sestry při křížkovém zaškrtování jednotlivých otázek, nepřemýšlejí nad daným problémem, kterým se otázka zabývá. Jednoduše lze říci, že zaškrtnou, co je napadne. Podle mého názoru je daleko lepší, pokud je daná otázka pro seniora otevřená. Proto bylo hlavní myšlenkou vytvořit takovou anamnézu, u které sestra musí uvažovat nebo přemýšlet nad tím co sepisuje. Navíc dle mého názoru, sestra pracující v Domově pro seniory, má daleko více času se věnovat seniorům, než je tomu např. v nemocnici.

Nově vypracovaná anamnéza sběru dat podle modelu Oremové byla předložena sestram, které se nepodílely na tomto výzkumu a ani nikdy neměly možnost se s tímto modelem seznámit. Měly možnost si zpracovat sběr dat se seniorem podle tohoto modelu a lze říci, že sestry se v něm daleko lépe orientovaly, přišel jim jednodušší, než model, se kterým pracují dodnes.

Pro práci sester se seniory je velmi důležité zpracovávat anamnézu podle nějakého modelu (tabulka 20). Jako nejvhodnější se jeví model Oremové. Můžeme si položit otázku, proč nějaký model? Koncepční model nám totiž poskytuje určitý pohled, naznačuje, co konkrétního pozorovat, čeho si všímat, jak přemýšlet. Ve výsledku nám to pomůže zkvalitnit práci sester. K čemu je koncepční model užitečný? Užitečný je především ve způsobu uspořádaného myšlení, pozorování a k objasnění viděného a zjištěného (17). *I na třetí výzkumnou otázku odpovídáme, že model Oremové vyhovuje sestram pracujícím se seniory v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích.*

A ve čtvrté výzkumné otázce se snažíme prozkoumat, zda seniorům nově aplikovaný model Oremové vyhovuje. Seniorům byla položena otázka, která se týkala denní doby pro diskuzi (tabulka 29). Zde nelze jednoznačně říci, jaký denní čas je pro rozhovor rozhodující. Senior je člověk, jako každý jiný, jen potřebuje na vše daleko více času

a záleží také na jeho momentální náladě i momentálním zdravotním stavu. Není vhodné dělat rozhovor se seniorem, pokud se necítí nejlépe. Sestry, které odebírají anamnézu se seniorem, musí najít hlavně dostatek trpělivosti a času. Což se nám ukázalo především u prvního seniora (tabulky 31, 32, 33). Anamnéza s ním byla zpracovávána celkem 3 dny, vždy asi tak kolem 1 hodiny, neboť se cítil velmi unavený, neměl náladu si moc povídat a spolupracoval jen na požádání sestry. Tím pádem vyšly negativně i ostatní odpovědi na pozorovacím archu pro tohoto seniora. Zde se ukázalo, že sestra i senior se musí na rozhovor předem připravit.

Také seniorům, stejně jako všeobecným sestřám, byla položena otázka, zda jim některé oblasti v anamnézách Oremové a Gordonové byly nepříjemné. U většiny byla shodná odpověď, že se jednalo o oblast sexuality. Ze slov seniorů vyplývá, že tyto oblasti nepatří do zjišťování jejich soběstačnosti. A další otázkou, na kterou neradi odpovídali, je oblast týkající se jejich náboženství. V těchto oblastech se shodují se sestrami. Z těchto odpovědí nelze jednoznačně určit, zda model Oremové seniorům vyhovuje.

Dále bylo u seniorů otázkou zjišťováno, jaký model byl, z jejich vlastního pohledu je pro ně zajímavější. I v této otázce vyšel nejlépe model Oremové. Senioři sice převážně odpovídali, že jsou si oba modely v určitých otázkách hodně podobné, ale přece jen se jim v modelu Oremové líbil větší zájem o jejich soběstačnost. Přišlo jim rozumné a správné, nevěnovat se pouze jejich chronickým chorobám, ale uvést je zpět do každodenního života. A to můžeme provést především aktivizací, ale také vhodnou edukací, která je velmi prospěšná pro každého člověka. Tedy nejen pro seniora. Cílem aktivizace je podporovat a motivovat vlastní odpovědnost seniorů, což je jedna z nejdůležitějších interakcí v geriatrici (18). *I ve čtvrté výzkumné otázce odpovídáme, že model Oremové vyhovuje seniorům v Centru sociálních služeb Staroměstská v Českých Budějovicích.*

## 6. Závěr

Práce byla zaměřena na aplikovaný model Oremové v péči o seniory v Centru sociálních služeb Staroměstská. Na počátku této bakalářské práce bylo zamyšlení, jaký koncepční model by byl vhodný pro zpracovávání ošetřovatelský plánů v práci se seniory. Práce všeobecné sestry v Domově pro seniory spočívá, nejen v ošetřování nemocných se zdravotními problémy, ale také, a to především, v hledání deficitů soběstačnosti v oblastech běžných denních úkonů seniora. Je potřeba seniorům, nejen dopomáhat v nalezených deficitech jejich soběstačnosti, ale také je zapojovat do jejich samostatnosti. Rozvíjet a motivovat jejich vlastní iniciativu.

Prvním cílem bylo zjistit, jestli model Oremové je vhodný v péči o seniory a to z pohledu zjišťování jejich soběstačnosti a ošetřovatelské péče. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že tento model i anamnéza se sběrem informací o seniorovi je zpracován přehledně a dostatečně vyjadřuje jeho deficity, stejně jako jeho potřeby, které byly u seniorů sběrem informací nalezeny. Z výzkumné otázky číslo jedna nám vyplývá hypotéza, že model Oremové je vhodný v péči o seniory z pohledu zjišťování jejich soběstačnosti.

Druhým cílem bylo zjistit, zda aplikovaný model Oremové je vhodnější pro ošetřovatelskou péči u seniorů, než dosud užívaný model Gordonové. Všechny sestry se shodly, že by určitě vynechaly nějaké oblasti v obou modelech. Jde o oblasti především sexuality, jistoty a bezpečí (vztahy), otázky náboženského vyznání, den pobytu, aplikace kyslíku a infúze. Na druhou stranu by nějaké otázky naopak přidaly. Jde především o otázky na schopnosti v určitých oblastech, které se týkají samostatnosti v běžných denních činnostech a také prostor na vlastní poznámky. I přes tyto nedostatky v obou modelech, se sestrám lépe pracovalo s anamnézou modelu Oremové. Na těchto podkladech byla vytvořena nová anamnéza dle Oremové. Otázky v nové anamnéze, kladené sestrou, jsou otevřené. Senior má možnost se o svém problému více rozpovídat a sestra nad zapsáním odpovědi více přemýšlet. Z výzkumné otázky číslo dvě nám vyplývá hypotéza, že model Oremové je pro ošetřovatelskou péči seniorů vhodnější, než model Gordonové.



Třetím cílem bylo zjistit, jak se všeobecným sestřím pracuje s novým modelem Oremové. Z rozhovorů se sestrami, které byly zapojeny do výzkumu, se většině z nich lépe pracovalo s anamnézou modelu Oremové. V každé oblasti, ať už je to v anamnéze Oremové nebo v nové ošetřovatelské dokumentaci, sestra musí zhodnotit a posoudit schopnosti sebeděže u seniorů a zařadit je do ošetřovatelského systému, v kterém se senior nachází. Model Oremové je podle sester přehlednější, ucelenější a lépe se hodí do zdravotně sociálních ústavů – Domovů pro seniory. Z výzkumné otázky číslo tři nám vyplývá hypotéza, že se všeobecným sestřím lépe pracuje s novým modelem Oremové.

Bakalářská práce by mohla sloužit nejen jako podklad pro pochopení výuky koncepčních modelů, ale také prioritně pro jednodušší a přehlednější zpracování anamnéz v Domovech pro seniory.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Archalousová, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. 2003. 103 s. ISBN 80-86225-33-X
2. Archalousová, A., Slezáková, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*, 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1
3. Bekel, G., Halmo, R. *Teorie deficitu sebekpěče*, 1. vyd. Olomouc. 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9
4. Dobrovodská, L. Ošetrovatelské modely. In: *Florence*. 2010, roč. VI, č. 11, s. 4-5. ISSN 1801-464X
5. Doležalová, I. Stáří není nemoc. In: *Sestra v diabetologii*. 2006, roč. 2, č. 2, s. 37-40. ISSN 1801-2809
6. Farkašová, D. *Ošetrovatelství – teorie*, 1. vyd. Martin: Osveta. 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
7. Gulášová, I. Uplatnenie ošetrovatelského modelu Dorothee E. Oremovej v geriatrickom ošetrovatelstve. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, s. 24-26. ISSN 1801-1349
8. Haškovcová, H., *Manuálek sociální gerontologie*, 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
9. Kalvach, Z., Onderková, A., *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi – příloha periodiky Florence*, Praha: Galén. 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
10. Klevetová, D., Weisová, H. Je třeba dát prostor sebemotivačním snahám seniora. In: *Sestra v diabetologii*. 2007, roč. 3, č. 1, s. 43-46. ISSN 1801-2809
11. Krausová, K. Historie českého ošetrovatelství do roku 1989. In: *Florence*. 2010, roč. VI, č. 3, s. 11-13. ISSN 1801-464X
12. Kutnohorská, J. *Historie ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4

13. Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
14. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*, 1. vyd. Praha: Karolinum. 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
15. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*, 1. vyd. Praha: Karolinum. 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0
16. Minibergerová, L. Dušek, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*, 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
17. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*, 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
18. Schuler, M., Oster, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*, 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
19. Staňková, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*, 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
20. Staňková, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*, Brno: NCO NZO. 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
21. Šamánková, M. *Základy ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Karolinum. 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
22. Tomanová, J. Vliv soběstačnosti na stav výživy u seniorů. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 8, s. 18-19. ISSN 1801-1349
23. Tóthová V., a kolektiv. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*, 1. vyd. Praha: Triton. 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
24. Trachtová, E., a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
25. Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory*, 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
26. Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

27. Vigué, J. *Zdraví pro třetí věk – přeloženo ze španělského originálu Biblioteca de Salud*, 1. vyd. Barcelona: Ars Medica. 2006. 270 s. ISBN 80-7234-536-2
28. Žiaková, K., Jarošová, D., Čáp, J. *Konceptuální modely a teorie ošetrovatelství*, 1. vyd. Ostravská univerzita: Ostrava. 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8

## **8. Klíčová slova**

Gordonová

Model

Oremová

Ošetřovatelství

Sebepéče

Senior

Sestra

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – ADL – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 2 – IADL – Test instrumentálních všedních činností

Příloha 3 – Hodnocení nutričního stavu

Příloha 4 – Mini mental test – vyhodnocení duševního stavu

Příloha 5 – Jednoduchý “screeningový” nástroj pro určení rizika pádu

Příloha 6 – Numerická škála bolesti

Příloha 7 – Dotazník dle modelu Oremové

Příloha 8 – Dotazník dle modelu Gordonové

Příloha 9 – Otázky pro sestry

Příloha 10 – Pozorovací arch pro sestry

Příloha 11 – Otázky pro seniory

Příloha 12 – Pozorovací arch pro seniory

Příloha 13 – Fotografie z Centra sociálních služeb Staroměstská

Příloha 14 – Nová ošetřovatelská dokumentace v CSS Staroměstská

Příloha 1 – ADL – Barthelův test základních všedních činností



**Centrum sociálních služeb Staroměstská**  
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04, České Budějovice

**Barthelův test základních všedních činností ADL**

1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	70
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

**HODNOCENÍ**

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: CSS Staroměstská

Příloha 2 – IADL – test instrumentálních všedních činností



**Centrum sociálních služeb Staroměstská**  
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04, České Budějovice

**Test instrumentálních všedních činností – IADL**

1. Jízda dopravním prostředkem	Zcela samostatně	10
	S pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5
	Neschopen, schopen pouze převozu	0
2. Nákup potravin	Zcela samostatně	10
	S pomocí druhé osoby	5
	Neschopen	0
3. Uvaření si	Samostatně celé jídlo	10
	Sám si jídlo ohřeje	5
	Neschopen	0
4. Domácí práce – jednoduchý úklid, např. Vytření podlahy, ustlání postele atd.	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí druhé osoby	5
	Neschopen	0
5. Vyprání osobního prádla	Zvládne samostatně	10
	S pomocí druhé osoby	5
	neschopen	0
6. Telefonování	Samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a reaguje	10
	Potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5
	Neschopen	0
7. Užívání léků	Samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10
	S pomocí druhé osoby	5
	Neschopen	0
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	Schopen samostatně	10
	S pomocí druhé osoby	5
	Neschopen	0

**VÝSLEDEK: HODNOCENÍ**

0 – 40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života  
45 – 75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života  
80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: CSS Staroměstská





## Hodnocení nutričního stavu

Screening:

### **A. Jíte méně v posledních 3 měsících?**

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 – ano, výrazně méně
- 1 – ano, trochu méně
- 2 – ne, jím pořád stejně

### **B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?**

- 0 – více, než o 3 kg
- 1 – nevím
- 2 – úbytek mezi 1-3 kg
- 3 – žádný úbytek na váze

### **C. Stav hybnosti**

- 0 – upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 – schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 – samostatně se pohybuje

### **D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?**

- 0 – ano
- 1 – ne

### **E. Neuropsychologický stav pacienta**

- 0 – deprese nebo těžká demence
- 1 – mírná a střední demence – pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí
- 2 – bez těchto problémů

### **F. BMI – Body Mass Index**

- 0 – BMI méně než 19
- 1 – BMI 19 až méně než 21
- 2 – BMI 21 až méně než 23
- 3 – BMI 23 či vyšší

### **VÝSLEDEK SCREENINGU – maximální počet bodů 13**

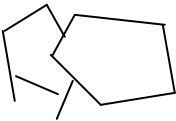
- 12 bodů a více – pacient není ohrožen malnutricí
- 11 bodů a méně – riziko malnutrice

Příloha 4 – Mini mentál test – vyhodnocení duševního stavu



**Centrum sociálních služeb Staroměstská**  
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27,370 04, České Budějovice

**Mini mentál test – vyhodnocení duševního stavu**

Úkol	Instrukce	Způsob vyhodnocení	Body	
Orientace v čase	“Kolikátého je dnes?” Zeptejte se na chybějící údaje.	Jeden bod za správný: den, měsíc, rok, datum a sezóna.	0 – 5	
Orientace v prostoru	“Kde jste?” Zeptejte se na chybějící údaje.	Jeden bod za správný: stát, okres, město, budova a poschodí.	0 – 5	
Zapamatování si 3 předmětů	Jmenujte pomalu a jasně 3 předměty. Požádejte pacienta, aby je opakoval.	Jeden bod za každý správně pojmenovaný předmět.	0 – 3	
Série 7	Pacient odečítá od 100 sedmičky nebo hláskuje pozpátku slovo “racek” (5 pokusů).	Jeden bod za každou správnou odpověď nebo písmeno.	0 – 5	
Vybavení 3 předmětů	Požádejte pacienta o vybavení 3 předmětů uvedených ve třetí otázce.	Jeden bod za každý zapamatovaný předmět.	0 – 3	
Pojmenování předmětů	Ukažte pacientovi hodinky a tužku a požádejte jej, ať tyto předměty pojmenuje.	Jeden bod za každou správnou odpověď.	0 – 2	
Opakování fráze	Požádejte pacienta, aby po vás opakoval větu: “Máš pas? Snad. Sám si jej vezmi!”	Za správnou odpověď na první pokus jeden bod.	0 – 1	
Verbální příkaz	Řekněte pacientovi: “Vezměte si tento papír do pravé ruky, přeložte jej napůl a položte.”	Za konkrétní splnění každého ze tří úkolů jeden bod.	0 – 3	
Psaný příkaz	Ukažte pacientovi kartu s příkazem: “Prosím, zavřete oči.”	Jeden bod, jestliže pacient zavře oči.	0 – 1	
Psaní	Požádejte pacienta, aby napsal krátkou větu.	Jeden bod, jestliže má věta předmět, sloveso a dává smysl.	0 – 1	
Kreslení	Požádejte pacienta, aby nakreslil následující obrázek:		Jeden bod, má-li kresba 10 rohů a dvě protínající se linky.	0 – 1
<b>Vyhodnocení</b>	<b>Skóre 24 a vyšší je považováno za normální</b>		<b>30</b>	

Zdroj: CSS Staroměstská

Příloha 5 – Jednoduchý “screeningový” nástroj pro určení rizika pádu



**Centrum sociálních služeb Staroměstská**  
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27,370 04, České Budějovice

### Jednoduchý “screeningový” nástroj pro určení rizika pádu

Aktivita		Skóre
<b>Pohyb</b>	Neomezený	<b>0</b>
	Používání pomůcek	<b>1</b>
	Potřebuje pomoc k pohybu	<b>1</b>
	Neschopen přesunu	<b>1</b>
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	<b>0</b>
	Historie nokturie/inkontinence	<b>1</b>
	Vyžaduje pomoc	<b>1</b>
<b>Medikace</b>	Neužívá rizikové léky	<b>0</b>
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	<b>1</b>
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	<b>0</b>
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	<b>1</b>
<b>Mentální stav</b>	Orientován	<b>0</b>
	Občasná/noční dezorientace	<b>1</b>
	Historie dezorientace/demence	<b>1</b>
<b>Věk</b>	18 – 75 let	<b>0</b>
	75 a výše	<b>1</b>
<b>Celkový skóre</b>		

Vyhodnoťte klienta podle kritérií v testu. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se následujícím protokolem:

1. sniž lůžko, zajisti lůžkové brzdy a zvedni postranice
2. umísti signalizační panel tak, aby jej měl klient po ruce a vysvětlí jeho funkci
3. zajisti vhodnou obuv
4. zajisti WC režim podle potřeby klienta i před spánkem
5. odstraň překážky v okolí klienta
6. zajisti vhodné osvětlení
7. zajisti polohu nočního stolku a potřeb klienta tak, aby byly v dosahu

Zdroj: CSS Staroměstská

Příloha 6 – Numerická škála bolesti



**Centrum sociálních služeb Staroměstská**  
příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27,370 04, České Budějovice

---

**Numerická škála bolesti**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Žádná bolest</b>		<b>mírná</b>	<b>až</b>	<b>středně</b>		<b>silná</b>	<b>až</b>	<b>nesnesitelná</b>		<b>bolest</b>

Zdroj: CSS Staroměstská

**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE  
DOROTHEA E. OREMOVÁ**

**Sběr informací**

Iniciály:.....ročník narození.....stav.....pohlaví.....

Adresa pobytu.....

Nejbližší příbuzní:  manžel/ka  dcera  syn  bratr  sestra  jiné:.....

Kontakt v případě potřeby: .....

Oslovení klienta:.....Ošetřující lékař:.....

Primární sestra:..... Pojišťovna:.....

Důvod k přijetí:.....

Jak klient vnímá přijetí:  reaguje negativně  nekomunikuje  je plačtivý/á  má strach

pociťuje úzkost  je nervózní  jiné:.....

Jak rodina vnímá přijetí do nemocnice:  jsou lhostejní  mají zájem  chtějí více informací

chtějí klienta doprovázet  jiné:.....

Informace klientovi poskytl:  lékař:  ano  ne jiné:.....

**Zdravotní odchylky vyžadující sebek péči**

Lékařská diagnóza:.....

Lékařská anamnéza se vztahem k současnosti:

Osobní:.....

Rodinná:.....

Sociální:.....

Zdravotní:.....

Užívání léků:  ne  ano, jaké:.....

Alergie:  ne  ano, jaké:.....

Den pobytu:.....

Pooperační den:.....

Pohybový režim:  neomezený  klid na lůžku  přísný klid na lůžku  RHB:  ano  ne

Používání kompenzačních pomůcek:  ne  ano: jaké:.....

Bandáže:  ano  ne Převazy:  ne  ano: jaké:.....

Koupele:  ne  ano: jaké:..... stomie:  ne  ano: kde:.....

Kyslík:  ano  ne infúze:  ne  ano: jaké:.....

Jak pociťuje klient svoje potíže vzhledem k současnému stavu:  je nervózní  je klidný/á

důvěřuje zdravotníkům  má bolesti  jiné:.....

První dojem, který klient udělal na sestru:  je čistý/á  je klidný/á  je neupravený/á

neklidný/á  neposlouchá  zanedbaný/á  úzkostlivý/á  má strach  mlčí

je uzavřený/á  je z ní cítit alkohol  je nervózní  jiné:.....

Zrak:  používání brýlí  na blízko: kolik dioptrií..... na dálku: kolik dioptrií.....

- k.čochy  jiná oční vada:.....
- Chrup:  zubní protéza  horní  dolní  vlastní chrup
- Stav kůže:  suchá  olupující se  otoky  napjatá  vyrážka  eroze
- jiné:.....
- Nehty:  ulámané  třepí se  pěstěné  čisté  špinavé  jiné:.....
- Vlasy:  čisté  mastné  suché  lámající se  roztřepené  vši  pěstěné
- jiné:.....
- Obvyklý způsob hygienické péče:  ráno  večer  během dne  podle potřeby
- 1x za den  1x za 2 dny  1x za 3 dny  1x za týden  nemyje se  jiné:.....
- Způsob:  koupel ve vaně  sprchování  omývání se žínkou u umyvadla
- umývání se v lůžku  jiné:.....

## Terapeutické požadavky

### A. UNIVERZÁLNÍ POŽADANKY SEBEPÉČE

#### Základní životní funkce:

Dýchání: počet dechů:.....min.  pravidelné  nepravidelné  apnoické pauzy

Kašel:  ne  ano:  suchý  dráždivý  vlhký  vykašlává

vzhled sputa:..... jiné:.....

Puls: počet:.....min.  pravidelný  nepravidelný  mělký  plný  nitkovitý

Krevní tlak: .....mmHg TT:.....°C

Výška:.....cm Váha:.....kg BMI index.....

#### Příjem potravy:

Kolikrát:.....za den  pravidelnost  nepravidelnost  celá porce  ½ porce  ¼ porce

snídaně  svačina  oběd  svačina  večeře  2 večeře  polévka  zákusek

Chuť k jídlu:  ano  ne: důvod:.....

Oblíbené jídlo:.....

Neoblíbené jídlo:.....

Speciální dieta: ..... Forma stravy:  tekutá  kašovitá  normální konzistence

Schopnost najíst se sama:  ano  ne:  s úplnou pomocí  s částečnou pomocí

Způsob výživy:  NG sonda  enterální sonda  PEG sonda  lineární dávkovač

péče o sondu  jiné:.....

Vzhled klienta :  obézní  kachektický/á  štíhlý/á  plnoštíhlý/á  normální

ano: jaké:.....

řihání  zvracení  jiné: .....

#### Schopnost sebepéče:

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

#### Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

#### Ošetřovatelský systém:

podpůrně výchovný  částečně kompenzující  celkově kompenzující

#### Tekutiny:

Množství přijatých tekutin:..... za 24 hod.

Oblíbené tekutiny:  voda  minerálka  mléko  čaj  pivo  káva  alkohol

jiné:.....

Neoblíbené tekutiny:  voda  minerálka  mléko  čaj  pivo  káva  alkohol

jiné:.....

Pocit žízně :  ano  ne  občas

Stav sliznic:  vlhké  suché  prokrvené  bledé

Kožní turgor:  snížený  normální  dehydratace  jiné:.....

#### Schopnost sebepéče:

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

#### Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:

**Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný       částečně kompenzující       celkově kompenzující

**Dýchání:**

Dušnost:  ne    ano    klidová    námahová

Pomůcky k dýchání:  kyslíkové brýle    kyslíková maska    kapesní inhalátor

endotracheální intubace    tracheostomie    UPV

jiné:.....

Kouříte:  ne    ano: kolik cigaret za den.....od kolika let:.....

**Schopnost sebezpečí:**

úplná    s částečnou pomocí    s úplnou pomocí    musí se učit    musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný       částečně kompenzující       celkově kompenzující

**Vylučování:****Vyprazdňování moče:**

spontánní: častost: ...../24 h.      množství:..... /24 h.      barva:.....

Způsob:  sám/a na WC    s pomocí na WC    přenosné WC    podložní mísa-lůžko

žluč.    barviva    jiné:.....

noční močení

jiné:.....

močový katétr číslo:.....Datum poslední katetrizace:.....

ano: průměr: .....

**Schopnost sebezpečí:**

úplná    s částečnou pomocí    s úplnou pomocí    musí se učit    musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný       částečně kompenzující       celkově kompenzující

**Vyprazdňování stolice:**

WC – sám/a    WC s pomocí    na lůžku – podložní mísa    přenosné WC

nepravidelné:.....

jiná:.....

Příměsi:  n

jiné:.....

skybala

průjem    zácpa

ano: jak často:.....jaká:.....



Stomie:  ne  ano, kde:.....průměr:.....cm  
ne  částečně souprava:  jednodílná  dvoudílná

Pocení:  ne  ano  zvýšené  normální

**Schopnost sebepěče:**

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:**

**Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný  částečně kompenzující  celkově kompenzující

**Spánek, odpočinek:**

Kolik hodin spíte?.....

jiné:.....

unavený/á  budíte se v  budíte se brzy ráno  
 chrápání

jiné:.....

ano: jakých:.....

ano: jaké:.....

aktivní:.....

č  procházka v  sport

jiné:.....

boles  svalové křeče

srdeční onemocnění  nezám o těl. aktivitu

nepravidelné

Biologický rytmus: lepší/horší část dne:   v  odpoledne

jiné:.....

ano

jiné:.....

ostrá  svíravá

jiná:.....

Stupnice: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

**Schopnost sebepěče:**

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:**

**Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný  částečně kompenzující  celkově kompenzující

**Samota a společenská interakce:**

Jste:  samotář  společenský typ  extrovert  introvert  jiné:.....

Komunikace:

Dělá vám problémy komunikovat s cizími lidmi:  ne  ano  někdy  často

GCS:.....bodů

časem

dezorientovaná

jiné:.....

jiné:.....

jiné:.....

vyhýbá se očnímu kontaktu  jiné:.....

Cítíte omezení v  ano: jaké:.....

Jak se adaptujete na cizí prostředí:  mám problémy  nemám problémy

**Schopnost sebepěče:**

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný  částečně kompenzující  celkově kompenzující

**Jistota, bezpečí:**

má p  je sám/a

jiné:.....

Bydlení:   bydlí u  v podnájmu

bydlí v sociálním zařízení: v jakém:.....

jiné:.....

Zaměstnání:  studuje  pracuje: kde:.....

je uchazečem o   je v pracovní neschopnosti

jiné:.....

ne

Má vědomosti, dovednosti a informace potřebné pro průběžnou sebepěči po propuštění:

částečně

ano  částečná

pečovatelská služba

jiné:.....

**Schopnost sebepěče:**

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potenciaální deficit a jeho příčina:****Ošetřovatelský systém:**



ano: od kdy:.....

Jaká:.....

Problémy s prostatou: ne ano, jaké.....

Jiné potíže.....

**Schopnost sebepěče:**

úplná  s částečnou pomocí  s úplnou pomocí  musí se učit  musí se vést

jiné:.....

**Aktuální a potencionální deficit a jeho příčina:**

.....

**Ošetřovatelský systém:**

podpůrně výchovný  částečně kompenzující  celkově kompenzující

**C. TERAPEUTICKÉ POŽADAVKY SEBEPÉČE**

**Téma edukace:**

zdrav  trvalé následky

péče o  péče v pooperačním stavu

lázeňská léčba  antikoagulační terapie

jiné:.....

.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

**Používané metody:**

CD

jiné:.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

**Reakce klienta, schopnost sebepěče:**

ptá se  odmítá edukaci  diskutuje  nesouhlasí  nerozumí  odmítá spolupracovat  nechce spolupracovat  snaží se spolupracovat

spolupracuje

jiné:.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

**Komunikační bariéry:**

hluchoněmost  jiné:.....

.....

používání pomůcek:.....

Datum edukace:

Kdo edukoval + podpis:

Příloha 8 – dotazník dle modelu Gordonové

**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE  
OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M. GORDONOVÉ.  
DIAGNOSTICKÉ DOMÉNY NANDA TAXONOMIE II.**

<b>Inciály:</b>	<b>Rok narození:</b>
<b>Oddělení:</b>	<b>Lékařské diagnózy:</b>
<b>Diagnostická doména</b>	<b>Třída</b>
<b>1. PODPORA ZDRAVÍ</b>	<b>1. Povědomí zdraví, 2. management zdraví</b>
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Informace klientovi/tce poskytl: <input type="checkbox"/> lékař: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jiné:.....</p> <p>Stav klienta/tky.....</p> <p>Nejbližší příbuzní: <input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera <input type="checkbox"/> syn <input type="checkbox"/> bratr <input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> jiné:.....</p> <p>Kontakt v případě potřeby: .....</p> <p>Oslovení klienta/tky:..... Její/ho lékař:.....</p> <p>Pojišťovna:.....</p> <p>Příje <input type="checkbox"/> opakované <input type="checkbox"/> přeložen/a z:..... <input type="checkbox"/> ano: kdy:.....druh operace:..... <input type="checkbox"/> ano: kdy:.....druh úrazu:.....</p> <p>.....</p> <p>Běžné dětsk <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: jaké:..... <input type="checkbox"/> AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné: .....</p> <p>Současný stav: projevy, příznaky nemoci: ..... ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: na co:.....</p> <p>Nemocný/á byla seznámen/a s „Právy pacientů“: ne</p> <p>Nemocný/á byla seznámen/a s domácím řádem oddělení: <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Základní vyšetření sestrou:</b></p> <p>Dýchání: počet dechů:.....min. <input type="checkbox"/> pravidelné <input type="checkbox"/> nepravidelné</p> <p>Kašel: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> vlhký <input type="checkbox"/> vykašlává <input type="checkbox"/> vzhled sputa:.....<input type="checkbox"/> jiné:.....</p> <p>Puls: počet:.....min. <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> nepravidelný <input type="checkbox"/> mělký <input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> nitkovitý</p> <p>Krevní tlak: .....mmHg TT:.....°C</p> <p>Výška:.....cm Váha:.....kg BMI index..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Užívání léků: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké:.....</p> <p>.....</p> <p>Den pobytu:.....</p> <p>Pooperační den:.....</p> <p>Dieta:.....</p> <p>Bandáže: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Převazy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: jaké:.....</p> <p>Kyslík: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne infúze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: jaké:.....</p>	

Stav kůže:  suchá  olupující se  otoky  napjatá  vyrážka  eroze  
 jiné:.....  
 Nehty:  ulámané  třepí se  pěstěné  čisté  špinavé  jiné:.....  
 Vlasy:  čisté  mastné  suché  lámající se  roztřepené  vši  pěstěné  
 jiné:.....  
 Obvyklý způsob hygienické péče:  ráno  večer  během dne  podle potřeby  
 1x za den  1x za 2 dny  1x za 3 dny  1x za týden  nemyji se  jiné:.....  
 Způsob:  koupel ve vaně  sprchování  omývání se žínkou u umyvadla  
 umývání se v lůžku  jiné:.....

**Diagnostická doména**

**Třída**

**2. VÝŽIVA**

**1. Přijímání potravy, 2. trávení, 3. vstřebávání, 4. metabolismus, 5. hydratace**

Kolikrát:.....za den  pravidelnost  nepravidelnost  
 celá porce  ½ porce  ¼ porce  polévka  zákusek  ovoce  zelenina  
 Chuť k jídlu:  ano  ne: důvod:.....  
 Oblíbené jídlo:.....  
 Neoblíbené jídlo:.....  
 Speciální dieta: ..... Forma stravy:  tekutá  kašovitá  normální konzistence  
 Schopnost najíst se sám:  ano  ne:  s úplnou pomocí  s částečnou pomocí  
 Vzhled pacienta/tky:  obézní  kachektický  štíhlý  plnoštíhlý  normální  
 jiné: .....  
 Množství tekutin:..... za 24 hod.  
 Oblíbené tekutiny:  voda  minerálka  mléko  čaj  pivo  káva  alkohol  
 jiné.....  
 Neoblíbené tekutiny:  voda  minerálka  mléko  čaj  pivo  káva  alkohol  
 jiné.....  
 Pocit žízně:  ano  ne  občas  
 Stav sliznic:  vlhké  suché  prokrvené  bledé  
 Kožní turgor:  snížený  normální  dehydratace  jiné:.....  
 Chrup:  zubní protéza  horní  dolní  obě  vlastní chrup

**Diagnostická doména**

**Třída**

**3. VYLUČOVÁNÍ**

**1. Močový systém, 2. gastrointestinální systém, 3. kožní systém, 4. pulmonální systém**

**Moč**

spontánní: častost: ...../24 h. množství:..... /24 h. barva:.....  
 bílkovina

jiné:.....

močový katétr:  ne  ano: číslo:..... datum poslední katetrizace:.....

**Stolice**

WC - sám  WC s pomocí  na lůžku – podložní mísa

nepravidelné:.....

jiná:.....  
jiné:.....  
skybala

Ko  
      zácpa  
ano: jak často:..... jaká:.....

Pocení:  ne    ano:  zvýšené    návaly    normální

Dýchání: počet dechů:.....min.    pravidelné    nepravidelné

Kašel:  ne    ano:  suchý    dráždivý    vlhký    vykašlává    jiné:.....

Dušnost:  ne    ano    klidová    námahová

Pomůcky k dýchání:  kyslíkové brýle    kyslíková maska    kapesní inhalátor    jiné:.....

Máte onemocnění dýchacích cest?  ne    ano: jaké:.....

Pocítujete při dýchání bolest?  ne    ano: kdy:..... kde:.....

Jak dlouho trvá:..... jaký má charakter:  tupá    ostrá    bodavá    jiné:.....

Co ji zmírňuje:  poloha    analgetika    jiné:.....

Puls: počet:.....min.    pravidelný    nepravidelný    mělký    plný    nitkovitý

Diagnostická doména	Třída
<b>4. AKTIVITA - ODPOČINEK</b>	<b>1. Spánek, 2. aktivita, 3. energetická rovnováha, 4. kardiiovaskulární-pulmonální odezva</b>

Kolik hodin spíte?.....  
jiné:.....

unavený/á

      budíte se v       budíte se brzy ráno  
chrápání

jiné:.....  
ano: jakých:.....

Spánkové rituály:  ne    ano: jaké:.....  
aktivní:.....

       procházka v přírodě    poslouchání hudby    sport

       ano:  pravidelné    nepravidelné  
        s částečnou pomocí    s úplnou pomocí

Úroveň soběstačnosti: **0**   **1**   **2**   **3**   **4**   **5**  
   s částečnou pomocí    s úplnou pomocí  
 ano: jaký stupeň: I. II. III. IV.

lokalizace:.....  
ano: jaké:.....

Způsob ošetřování:.....

Puls: počet:.....min.    pravidelný    nepravidelný    mělký    plný    nitkovitý

Krevní tlak: .....mmHg

Pocítujete bušení srdce?  ne    ano:  v klidu    při námaze    v noci    ve dne    při stresu  
jiné:.....

Máte často studené končetiny?  ne    ano: kdy:  ve dne    v noci

Pocítujete brnění v končetinách?  ne    ano:  někdy    ve dne    v noci    jiné:.....

Otoky na končetinách:  ne    ano: kde:  prsty    kotníky    lýtka    celé končetiny

Máte problémy se srdcem:  ne    ano: jaké:.....

Máte problémy s krevním oběhem:  ne    ano: jaké:.....







<input type="checkbox"/> ano: jaká církev:..... <input type="checkbox"/> ne: proč:..... <input type="checkbox"/> jiné:..... <input type="checkbox"/> někdy <input type="checkbox"/> ano: jaká:..... ..... Jaké životní hodnoty mají pro Vás význam:..... ..... <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne: proč: doplňte..... ..... Máte obavy z <input type="checkbox"/> někdy	
<b>Diagnostická doména</b>	<b>Třída</b>
<b>11. BEZPEČNOST - OCHRANA</b>	<b>1. Infekce, 2. tělesné poranění, 3. násilí, 4. rizika životního prostředí, 5. defenzivní procesy, 6. termoregulace</b>
<input type="checkbox"/> ano – dne:..... kde:..... <input type="checkbox"/> ano – dne:..... kde:..... ano: kdy:..... večer <input type="checkbox"/> jiné:..... Pocení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zvýšené <input type="checkbox"/> návaly <input type="checkbox"/> fyziologické <input type="checkbox"/> při námaze Kdy jste byl/a naposled nachlazený/á:..... Býváte často nachlazen/á: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Užíváte léky na snížení teploty? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: jaké:..... Otužujete se: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> někdy Navštěvujete saunu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne: důvod:..... Máte raději: <input type="checkbox"/> teplo <input type="checkbox"/> chlad	
<b>Diagnostická doména</b>	<b>Třída</b>
<b>12. KOMFORT</b>	<b>1. Tělesný komfort, 2. komfort související s prostředím, 3. sociální komfort</b>

Stav kůže:  suchá  olupující se  otoky  napjatá  vyrážka  eroze  
 jiné:.....  
 Nehty:  ulámané  třepí se  pěstěné  čisté  špinavé  jiné:.....  
 Vlasy:  čisté  mastné  suché  lámající se  roztřepené  vši  pěstěné  
 jiné:.....  
 Obvyklý způsob hygienické péče:  ráno  večer  během dne  podle potřeby  
 1x za den  1x za 2 dny  1x za 3 dny  1x za týden  nemýjí se  jiné:.....  
 Způsob:  koupel ve vaně  sprchování  omývání se žinkou u umyvadla  
 umývání se v lůžku  jiné:.....  
 Máte vědomosti, dovednosti, informace potřebné pro péči po propuštění:  
  částečně  
 ano  
 obvodní sestra  domácí lékař  
 komunitní péče  
 ano  
 agresivita  
 jiné:.....  
 jiné:.....  
 svíravé  
 křížové  břišní  
 jiné:.....  
 Stupnice:                    1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   | 10

<b>Diagnostická doména</b>	<b>Třída</b>
<b>13. RŮST, VÝVOJ</b>	<b>1. Růst, 2. vývoj</b>

Vrozené vývojové vady:  ne  ano: jaké:.....  
 Držení těla:  vzpřímené  změněné: jak:.....  
 Koordinace pohybu:  fyziologická  narušená: jak:.....  
 Pohybový režim:  bez omezení  částečně omezený  úplně omezený    RHB:  ano  ne  
 Používání kompenzačních pomůcek  ne  ano: jaké:.....

Zdroj: ZSF JU v Českých Budějovicích

## Příloha 9 – Otázky pro sestry

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Jaká je Vaše celková praxe ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete na vašem nynějším pracovišti?
5. Jaká je Vaše funkce na vašem nynějším pracovišti?
6. S jakým pozorovacím modelem dotazníku pro klienta se Vám pracovalo lépe a proč?
7. Kolik času jste strávili u dotazníku Oremové?
8. Kolik času jste strávili u dotazníku Gordonové?
9. Je nějaká oblast v modelu Oremové, kterou byste v dotazníku vynechala?
10. Je nějaká doména v modelu Gordonové, kterou byste v dotazníku vynechala?
11. Je nějaká oblast soběstačnosti, která v dotazníku Oremové chybí a případně kterou byste tam přidala?
12. Je nějaká oblast soběstačnosti, která v dotazníku Gordonové chybí a případně kterou byste tam přidala?
13. Je podle vás rozpracování jednotlivých oblastí v modelu Oremové dostatečné?
14. Je podle vás rozpracování jednotlivých domén v modelu Gordonové dostatečné?
15. Myslíte si, že je model Oremové podle vás vhodný k určení soběstačnosti seniora a proč?
16. Myslíte si, že je na vašem pracovišti dostatek času pro rozhovory s klienty?
17. Měla jste možnost někde se podrobněji seznámit s koncepčním modelem Oremové?
18. Měla jste možnost někde se podrobněji seznámit s koncepčním modelem Gordonové?
19. Zúčastnila jste se někdy semináře, který by byl zaměřen na koncepční modely?
20. Myslíte si, že je forma dotazníku podle nějakého modelu důležitá pro vaši práci a proč?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 10 – Pozorovací arch pro sestry

<b>Předmět zkoumání</b>	<b>Sestra 1</b>		<b>Sestra 2</b>		<b>Sestra 3</b>		<b>Sestra 4</b>	
<b>Komunikuje sestra s klientem?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Pokládá sestra doplňující otázky?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Motivuje sestra klienta v oblastech soběstačnosti?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Edukuje sestra klienta v oblastech, ve kterých to potřebuje?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Respektuje sestra u klienta stud?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Bylo chování sestry ke klientovi vřelé?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Vzájemná spolupráce mezi sestrou a klientem?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Bylo provedení rozhovoru s klientem dostačující?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Uspokojuje sestra klientovo potřeby?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Podala sestra informace o rozhovoru s předstihem?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
<b>Udělal si sestra dostatečný čas na klienta?</b>	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne

Zdroj: vlastní výzkum

## Příloha 11 – Otázky pro seniory

1. Jaký denní čas vám vyhovuje pro popovídání si?
2. Poskytla vám sestra dostatek času na případné vaše otázky?
3. Jaká byla spolupráce se sestrou, ohledně vyplňování anamnéz?
4. Jak jste se cítil/a po vyplnění anamnéz?
5. Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Oremové, které vám byly nepříjemné?
6. Jsou nějaké otázky v anamnéze dle Gordonové, které vám byly nepříjemné?
7. Který z těchto dvou modelů vám přišel zajímavější?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 12 – Pozorovací arch pro klienty – seniory

<b>Předmět zkoumání</b>			
Komunikace klienta se sestrou	Dostatečná	Uspokojivá	Nedostatečná
V jakém prostředí probíhal rozhovor	Vhodně upravené	Běžné	Nevyhovující
Byly při rozhovoru nějaké rušivé elementy	Ne		Ano
Používání bezbariérových pomůcek	Dostatek pomůcek	Malé množství pomůcek	Žádné pomůcky
Reakce klienta na sestru	Výborná	Přiměřená	Nepřiměřená
Vzájemná spolupráce	Spolupráce, vlastní aktivita	Spolupracuje na požádání	Nespolupracuje
Reakce klienta na rozhovor	Aktivní spolupráce	Zájem příliš neprojevuje	Klient nereaguje
Jak se klient cítil před rozhovorem	Svěží, klidný	Spolupracující	Unavený
Jak se senior cítil při sběru informací u ošetřovatelského dokumentace Oremové	Spolupracoval, užíval si to, zapojoval se do procesu.	Spolupracoval, ale moc se nezapojoval do procesu.	Nespolupracoval, cítil se unavený.
Jak se senior cítil při sběru informací u ošetřovatelského dokumentace Oremové	Spolupracoval, užíval si to, zapojoval se do procesu.	Spolupracoval, ale moc se nezapojoval do procesu.	Nespolupracoval, cítil se unavený.
Jak se klient cítil po rozhovoru se sestrou při vyplňování dotazníku	Stejně jako před začátkem rozhovoru		Bez nálady, hodně unavený, spavý.
Kde probíhal rozhovor	V domácím prostředí bytu	Ve společenské místnosti	Na chodbě

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 13 – Fotografie z Centra sociálních služeb Staroměstská



Hlavní vchod do Centra sociálních služeb Staroměstská



Jídelna na oddělení s celodenní péčí





Jídelna na oddělení s celodenní péčí



Centrální koupelna



Sesterna na oddělení s celodenní péčí



Jednolůžkový pokoj na oddělení s celodenní péčí



Jednolůžkový pokoj na oddělení s celodenní péčí

**OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE CSS STAROMĚSTSKÁ**

<b><u>Administrativní informace</u></b>	
Jméno a příjmení: .....	Pojišťovna: .....
Ročník narození: .....	Klíčová sestra: .....
Oslovení klienta, dle jeho přání: .....	Ošetřující lékař: .....
<b><u>Zdravotní odchylky</u></b>	
<b><u>Lékařské základní diagnózy</u></b> (rozepsat, ne číselné):	
1) .....	6) .....
2) .....	7) .....
3) .....	8) .....
4) .....	9) .....
5) .....	10) .....
<b><u>Užívání léků</u></b> (rozepsat):	
1) .....	6) .....
2) .....	7) .....
3) .....	8) .....
4) .....	9) .....
5) .....	10) .....
Je klient schopen sám léky užívat? .....	
<b><u>Základní fyziologické funkce</u></b>	
Počet dechů: ...../minutu	Charakter dechu: .....
Počet pulsů: ...../minutu	Charakter pulsu: .....
Krevní tlak: .....mmHg	TT: .....°C
Výška: .....cm	Váha: .....kg
BMI index: .....	
Alergie: .....	
Pohybový režim: .....	RHB: .....
Jaké používá klient kompenzační pomůcky ( <i>vyjmenuj</i> ): .....	
.....	
Popiš zrakové deficity: .....	
.....	
Popiš sluchové deficity: .....	
.....	
Jsou u klienta potřeba nějaké převazy: .....	
Pokud ano, popiš kde, a zhotov ošetrovatelský dokument – <b><u>ošetřování ran</u></b> (přilož k této anamnéze): .....	
.....	
Jak na Vás klient působí, jaký z něho máte dojem: .....	
.....	
Stav kůže: .....	
Nehty: .....	Schopnost si nehty sám ostříhat: .....
Vlasy: .....	Schopnost se sám učesat: .....
Jaký je u klienta obvyklý způsob hygienické péče, včetně hygieny DŮ (popiš schopnosti, soběstačnost, zda-li má raději koupel nebo sprchu, kolikrát za den, zda-li používá nějaké	

pomůcky, které mu dopomáhají k samostatnosti):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Zhotov dotazníky – ADL a IADL – přilož k této anamnéze

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Příjem potravy:**

Dieta: ..... Forma stravy: ..... Chrup: .....

Oblíbené jídlo: .....

Neoblíbené jídlo: .....

Způsob výživy: .....

Popiš schopnosti klienta, jeho soběstačnost v oblasti stravování ( zda-li používá nějaké pomůcky, které mu dopomáhají k samostatnosti, jaká je jeho běžná denní strava, kolikrát za den se stravuje):

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

Zhotov dotazník – Nutriční stav – přilož k této anamnéze

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Příjem tekutin:**

Množství přijatých tekutin: ...../za 24 hodin

Oblíbené tekutiny: .....

Neoblíbené tekutiny: .....

Stav sliznic: ..... Kožní turgor: .....

Popiš schopnosti klienta, jeho soběstačnost v oblasti přijímání tekutin ( zda-li používá nějaké pomůcky, které mu dopomáhají k samostatnosti):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Dýchání:**

Trpí klient dušností: .....

Kouření: ..... Pomůcky k dýchání: .....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Vylučování: vyprazdňování moče:**

Množství: ...../za 24 hodin Častost: ...../za 24 hodin Barva: .....

Potíže při močení: .....

Trpí klient inkontinencí moče : .....

Močový katétr (číslo): ..... Datum poslední katetrizace: .....



Urostomie: .....  
Popiš schopnosti klienta, jeho soběstačnost v oblasti vyprazdňování moče (zda-li používá nějaké pomůcky, které mu dopomáhají k samostatnosti):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**  
1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):  
2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):  
3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Vylučování: vyprazdňování stolice:**  
Častost: ...../za 24 hodin Barva: ..... Konzistence: .....  
Příměsi: .....  
Trpí klient inkontinencí stolice: .....  
Užívání projímadel (jaká, jak často): .....  
Stomie (kde a průměr): .....  
Popiš schopnosti klienta, jeho soběstačnost v oblasti vyprazdňování stolice (zda-li používá nějaké pomůcky, které mu dopomáhají k samostatnosti):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**  
1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):

2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):

3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Spánek a odpočinek:**

Kolik hodin denně spíte: ..... V kolik hodin chodíte spát: .....

Užíváte hypnotika (jaká): .....

Jak se po probuzení cítíte: .....

Spánkové rituály: .....

Jaký je odpočinek přes den: ..... Forma relaxace přes den: .....

Faktory, které brání tělesné aktivitě: .....

Cvičíte aktivně: .....

Trpíte bolestmi (popiš lokalizaci, charakter, kdy to bolí, jestli klient zvládá bolest bez analgetik, co bolest zmírňuje):

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

Zhodnoť bolest na stupnici, dle klienta:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):

2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):

3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Samota a společenská interakce:**

Jaký jste typ člověka: .....

Vědomí: ..... GCS: ..... bodů

Orientace: .....

Jak se klient projevuje (popiš svůj názor): .....

.....

Řeč: ..... Hlas: ..... Oční kontakt: .....

Máte rodinu, přátele: .....

Zhotov dotazník – **Mini mentál test** – přilož k této anamnéze

**Vlastní poznámky:**



**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Jistota a bezpečí:**

Popiš rodinné vztahy u seniora: .....

.....

.....

.....

.....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Bytí, existence, blaho:**

Jaké životní hodnoty mají pro vás význam: .....

Jste spokojen/a se svým životem: .....

Máte obavy z budoucnosti: .....

Jak zvládáte stresové situace: .....

Kdo vám pomáhá je řešit: .....

Jakého jste náboženského vyznání: .....

Cítíte se společensky omezen/a (v jaké oblasti): .....

Zúčastňujete se rád/a zájmových činností: .....

Jaké oblasti zájmových koníčků máte (vyjmenuj a popřípadně nabídní naše zájmové kroužky):

.....

.....

.....

.....

.....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Životní změny, odchylky růstu a vývoje:**

Životní změny v poslední době (traumatická událost, zdravotního stavu, krizová životní situace – popiš): .....

Popiš pohybový režim klienta (koordinace pohybu, používání pomůcek): .....

Zhotov dotazník – riziko pádu – přilož k této anamnéze

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):**

**Sexualita:**

Od kolika let jste v klimakteriu: .....

Používáte nějakou substituční terapii: .....

Kolik jste měla porodů, ve svém životě: .....

Máte nějaké problémy s prostatou: .....

**Vlastní poznámky:**

**Zařad' klienta do ošetrovatelského systému:**

- 1) podpůrně výchovný (v jakých oblastech):
- 2) částečně kompenzující (v jakých oblastech):
- 3) celkově kompenzující (v jakých oblastech):

**Téma edukace:**

Jakou jsi u klienta provedla a jakého problému se týkala, jaká byla použita metoda, reakce klienta, komunikační bariéry:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jméno sestry, která zpracovala anamnézu a následný ošetřovatelský plán s klientem:

Datum:

**Zhodnot' anamnézu vždy 1x za 1/4 roku.**