



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Veronika Štokrová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, PhD., R.N.

Datum odevzdání práce: 19. května 2014

## Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Ve zdraví je většinou každý člověk schopen saturovat své základní potřeby bez pomoci druhých, a proto je v období nemoci důležitá role sestry. Sestra se také podílí na výchově a výuce nemocných a jejich rodin, k čemuž jsou nezbytné vědomosti a komunikační dovednosti, které by neměly chybět žádné sestře. Základem péče o pacienta je ošetrovatelský proces, což je způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuálních problémech. Ošetrovatelský proces umožňuje sestře získat další informace týkající se pacienta a zkvalitňovat tak ošetrovatelskou péči. Pomocí pěti kroků, které lze několikrát opakovat, může sestra řešit aktuální problémy pacienta, a tak přispět k jeho celkové spokojenosti. V současném systému poskytování ošetrovatelské péče se nedaří naplňovat principy moderního ošetrovatelství, a proto chceme zjistit hlavní překážky této situace a možnosti jejich odstranění.

Pro účely této diplomové práce byly stanoveny tři cíle. První z nich si kladl za úkol zjistit nejčastější problémy v naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Z výsledků šetření vyplynulo, že jako problém sestry shledávají nedostatek personálu na odděleních, nedostatek času, nadbytek dokumentace, nadměrné nároky kladené na sestry, nedostatečné ohodnocení, nechuť některých sester k práci, špatné vztahy na pracovišti, syndrom vyhoření, nedostatek kvalifikace, nedostatek informací a osobní problémy. Účelem druhého cíle bylo zjistit, co podporuje naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Výsledky nám ukázaly, že sestram pomáhá pozitivně laděné pracovní prostředí, motivace, osobnost sestry, vlastní žebříček hodnot, finanční ohodnocení, dobré vedení, organizace, ošetrovatelský proces, spolupráce s pacientem, informace o pacientovi, komunikace a pokud je pacient spokojený. Třetí cíl měl za úkol zjistit názory sester na naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Ukázalo se, že většina dotázaných si myslí, že sestry efektivně neuspokojují všechny potřeby pacientů a to z několika důvodů, mezi kterými bylo uvedeno málo sester, které jsou přetěžovány, sestry dělají maximum, ale i přesto nelze uspokojit všechny potřeby

pacientů. Dalším zjištěním bylo, že jsou opomíjeny vyšší potřeby pacientů. Méně než třetina sester uvedla, že sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacientů

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část práce je rozdělena do sedmi kapitol. V první kapitole se zabýváme moderním ošetřovatelstvím. Druhá kapitola je zaměřena na ošetřovatelský proces a jeho fáze. Ve třetí kapitole se zaměřujeme na fyzikální vyšetření sestrou. Čtvrtá kapitola je věnována ošetřovatelské dokumentaci jako nezbytné součásti sesterského povolání. V páté kapitole se zabýváme potřebami nemocných a jejich následném uspokojování. Šestá kapitola je věnována ošetřovatelskému standardu. Poslední, sedmou kapitolu, tvoří nejčastější ošetřovatelské diagnózy. Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly nahrány na diktafon, následně přepsány a analyzovány. Analýza rozhovorů byla provedena pomocí zakotvené teorie podle Strausse a Glasera. Získaná data byla kategorizována a pro lepší přehlednost zpracována do SmartArtů. Výzkumný soubor tvořilo celkem 15 sester z nemocnic kraje Vysočina. Pět sester s magisterským vzděláním, pět s bakalářským vzděláním a pět diplomovaných sester. Pro kvalitativní část výzkumného šetření jsme si předem stanovili dvě výzkumné otázky. Z jakých kritérií vycházejí sestry při saturaci potřeb pacientů? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že důležitým kritériem pro saturaci potřeb pacienta je čas, který je pro sestry velmi cenný a většinou je ho nedostatek. Dále jsou to vědomosti a manuální zručnost, kdy sestry navíc uváděly nedostatečné vzdělání některých sester především v rámci ošetřovatelského procesu. Jako další kritérium byla uvedena spolupráce s pacientem, neboť je nezbytné zapojit do plánování péče i samotného pacienta. Sledování reakcí pacienta je součástí každé fáze ošetřovatelského procesu a zároveň patří mezi další kritérium. Dále se sestry shodly na kritériích, mezi které patří komunikace, jako klíčová dovednost každé sestry, dále pak individuální péče, vhodné prostředí a pomůcky, edukace, kritické myšlení, efektivní ošetřovatelský proces a empatie. Druhou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jaké překážky brání sestram v efektivní saturaci potřeb pacientů? Zjistili jsme, že sestry jsou znepokojeny nedostatkem personálu na odděleních a nadbytkem administrativní zátěže, s čímž

souvisí nedostatek času na pacienty. Tyto tři faktory jsou zároveň překážkami pro sestry a brání jim v efektivním uspokojování potřeb pacientů. Jako další překážky pro uspokojování potřeb byly uvedeny syndrom vyhoření, nechuť sester k práci, nadměrné nároky kladené na sestry, špatné vztahy na pracovišti, nedostatečné ohodnocení a to jak formou pochval a ocenění, tak finančního rázu. Dále byl zjištěn nedostatek informací, který opět souvisí s nedostatkem času, neboť sestry nemají možnost si v časové tísní sebrat veškeré informace týkající se pacienta. Jako další možnou překážkou by mohly podle sester být také osobní problémy.

Výsledky této práce mohou být využity jako drobný příspěvek k aktuálně probíhajícímu úsilí ČAS.

## **Abstract**

The thesis deals with the realization of the criteria for saturation of the patient's needs. When healthy, people are usually able to saturate their basic needs without the help of others, and therefore in a time of illness nurses play important role. A nurse is also involved in the education of patients and their families. The knowledge and communication skills are necessities that the nurse should be aware of. The basis for patient care is the nursing process, which is a way of nurse's professional thinking about the patients and their individual problems. Nursing process allows the nurse to obtain further information concerning the patient and thus improve the quality of nursing care. Using five steps that can be repeated several times, the nurse can solve current problems of the patients, and thereby contribute to their overall satisfaction. In the current system of nursing care, the principles of modern nursing are failing to realize and therefore we want to find out the main obstacles of this situation and the possibilities of their removal.

For the purpose of the thesis there were set three objectives. The first of them has set the objective of finding out the most common problems in meeting the criteria for saturation of the patient's needs. The research showed that the nurses see the problem in a lack of staff at the wards, a lack of time, excess of documentation, excessive demands for nurses, a lack of evaluation, a reluctance of some nurses to work, poor workplace relationships, burnout, a lack of qualification, a lack of information, and personal problems. The purpose of the second objective was to find out what supports the realization of the criteria for saturation of the patient's needs. Results have shown that what helps nurses is a positive work environment, motivation, nurse's personality, own scale of values, salary, good leadership, organization, nursing care, cooperation with patients, information about patient, communication, and if the patient is satisfied. The third objective was to find out the opinion of nurses on meeting the criteria for saturation of the patient's needs. It turned out that the majority of respondents think that nurses do not effectively satisfy all the needs of patients for a number of reasons: there are few nurses and they are overloaded, the nurses do their best but still cannot satisfy

all the patients' needs. We also found out that the higher patients' needs are omitted. Less than a third of the nurses indicated that nurses effectively meet all the patients' needs.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is divided into seven chapters. In the first chapter, we deal with the modern nursing. The second chapter focuses on the nursing process and its phases. In the third chapter, we focus on the physical examination provided by the nurse. The fourth chapter is devoted to nursing documentation as an essential part of the nursing profession. The fifth chapter is concerned with the patients' needs and their subsequent satisfying. The sixth chapter is dedicated to the nursing standard. The most frequent nursing diagnoses constitute the seventh chapter. The empirical part of the thesis was compiled in a form of qualitative research. A method used for a data collection was a semi-structured interview. Interviews were recorded, then transcribed and analyzed. Analysis of the interviews was conducted by using a grounded theory of Strauss and Glaser. The obtained data were categorized and for a better comprehensibility processed to SmartArt. The research sample consisted of 15 nurses from hospitals in Vysočina region. There were five nurses with a master's degree, five with a bachelor's degree and five graduate nurses. For the qualitative part of the research, we set two research questions in advance. Which criteria nurses use in patients' needs saturation? The research showed that time, which is very valuable for nurses and very often is in short supply, is an important criteria for the saturation of the patient's needs. Furthermore, it is knowledge and manual dexterity when nurses additionally reported a lack of education of some nurses especially within the nursing process. As the next criteria, it was mentioned the cooperation with the patient as it is necessary to engage patient himself in care planning. The next criteria is monitoring of the patient's response, which is included in every phase of the nursing process. Furthermore, the nurses agreed on criteria, which include communication as a key skill of every nurse, then individual care, a suitable environment and utilities, education, critical thinking, effective nursing process and empathy. The second research question tried to find out which obstacles

prevent nurses in effective saturation of the patients' needs. We found out that nurses are concerned about a lack of staff at wards and the excess of administrative load, which is related to a lack of time for patients. These three factors are also obstacles for nurses and prevent them from effectively satisfying of the patients' needs. The next obstacles in satisfying the needs are burnout, reluctance of nurses to work, excessive demands for nurses, poor workplace relationships, a lack of evaluation both in a form of praise and appreciation, and finance. We also found a lack of information, which is related to a lack of time, as nurses do not have a chance to collect all the information concerning the patient. As another possible obstacle, nurses also mentioned personal problems.

The results of the thesis can be used as a small contribution to currently ongoing effort of the Czech Association of Nurses.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 19. května 2014

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, PhD., za její odborné vedení, vstřícný přístup, trpělivost a poskytnutí cenných rad při psaní diplomové práce. Dále děkuji všem respondentkám, které mi poskytli informace pro empirickou část práce.

# Obsah

Seznam použitých zkratk	12
Úvod	13
1 Současný stav	14
1.1 Moderní ošetrovatelství	14
1.1.1 Osobnost sestry	14
1.1.2 Organizační systémy poskytované ošetrovatelské péče	16
1.1.3 Komunikační dovednosti sester	17
1.2 Ošetrovatelský proces	19
1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu	21
1.3 Fyzikální vyšetření sestrou	23
1.4 Ošetrovatelská dokumentace	25
1.4.1 Význam ošetrovatelské dokumentace	25
1.4.2 Součásti ošetrovatelské dokumentace	27
1.4.3 Příjem a propuštění	27
1.5 Potřeby nemocných	29
1.5.1 Uspokojení potřeb v době nemoci	30
1.5.2 Potřeby dle modelů Gordonová, Hendersenová	33
1.6 Ošetrovatelský standard	34
1.7 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy	35
2 Cíle a výzkumné otázky	40
2.1 Cíle práce	40
2.2 Výzkumné otázky	40
3 Metodika	41
3.1 Použité metody a technika výzkumu	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
4 Výsledky	42
5 Diskuze	53
6 Závěr	63
7 Seznam použitých zdrojů	65

8	Klíčová slova .....	71
9	Přílohy .....	72

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

K/P – Klient/pacient

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

WHO – World Health Organization

NCO NZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

## ÚVOD

Ošetřovatelství je věda, která se nepřetržitě vyvíjí a je budována na pevných vědeckých základech. Abychom dosáhli kvalitní ošetřovatelské péče, je zapotřebí profesionální personál, který má dostatečnou úroveň vzdělání, ale také vhodné podmínky pro zajištění optimální péče. Sestra v 21. století má lidem mnoho co nabídnout, neboť je velmi vzdělaná a kvalifikovaná, a tak pomáhá jedincům nejen v nemoci, ale i ve zdraví. Ošetřovatelská profese jako taková má nezastupitelné místo v systému zdravotní péče. Jednou z hlavních funkcí sestry je poskytování ošetřovatelské péče pomocí ošetřovatelského procesu, což je profesionální způsob uvažování sestry o nemocném a jeho individuálních problémech. Ošetřovatelský proces umožňuje sestře získat další informace týkající se pacienta a zkvalitňovat tak ošetřovatelskou péči. Pomocí pěti kroků, které lze několikrát opakovat, může sestra řešit aktuální problémy pacienta, a tak přispět k jeho celkové spokojenosti. Hlavním kritériem ošetřovatelství je saturace potřeb každého člověka, rodiny či komunity. Teorie potřeb slouží každé sestře k pochopení člověka jako komplexní a holistické bytosti. Nemoc je pro člověka negativním zásahem do života a často brání v uspokojování potřeb. V takových to chvílích má nezastupitelné místo sestra, která ke každému jedinci přistupuje zcela individuálně, a tak může efektivně saturovat jeho aktuální potřeby.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá moderním ošetřovatelstvím, ošetřovatelskou dokumentací a potřebami nemocných. Empirická část je tvořena rozhovory se sestrami, které mají vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání. V rámci tohoto výzkumu jsme chtěli zjistit, z jakých kritérií vycházejí sestry při saturaci potřeb pacientů a jaké překážky jim brání v saturaci potřeb. Cílem diplomové práce je poukázat na možné problémy v současném systému poskytování péče, kdy se nedaří naplňovat principy moderního ošetřovatelství. Pokládáme si tedy otázku, jaké mohou být překážky v poskytování kvalitní ošetřovatelské péče?

Téma diplomové práce jsem si vybrala zejména pro jeho aktuálnost a zajímavost. Toto téma se týká každé sestry, a proto vidím jeho potřebnost, neboť v posledních letech na toto téma přibývá velké množství diskuzí.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Moderní ošetřovatelství*

Ošetřovatelství nepředstavuje pouze praktické ošetřovatelské postupy, ale jedná se o složitý myšlenkový proces. Současné ošetřovatelství vyžaduje přístup, který je vědecky podložen a budován na pevných vědeckých základech. Abychom dosáhli kvalitní ošetřovatelské péče, je zapotřebí respektovat práva pacientů a etický kodex sester. Ošetřovatelská péče zahrnuje spolupráci s pacientem, jeho rodinou a také velmi záleží na mezioborové spolupráci. Mezi kritéria moderního ošetřovatelství bychom mohli zahrnout *individualizovanou ošetřovatelskou péči*, která je založena na komplexním přístupu k nemocnému a uspokojování jeho potřeb. Dalším znakem je preventivní charakter ošetřovatelské péče, týmová organizace práce sestry, která je neodmyslitelným předpokladem pro každou sestru. Je velmi důležité, aby sestra chápala svůj obor jako samostatnou vědní disciplínu, měla dostatečné znalosti z teorie ošetřovatelství, koncepčních modelů, ale i ostatních humanitních věd. Jedině s kvalitními znalostmi může sestra předvídat následky změn zdravotního stavu nemocného či adekvátně uspokojovat jeho měnící se potřeby. Součástí moderního ošetřovatelství je kombinací aktivní a pasivní ošetřovatelské péče. Aktivní ošetřovatelskou péčí se rozumí aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného, aktivní nabídka a možnosti pomoci. Tyto aktivity jsou závislé na vnitřní motivaci sestry. Mezi pasivní ošetřovatelské činnosti patří například ordinace lékaře či každodenně se opakující činnosti, pro které je sestra motivována okolím. Práce sestry a lékaře v mnohých případech splývá, avšak každý má své pole působnosti. Medicína je převážně orientovaná na diagnostiku a léčbu nemocí, ošetřovatelství se soustřeďuje na uspokojování potřeb člověka, přičemž sestra pracuje zcela samostatně. České ošetřovatelství je stále o krok pozadu oproti zahraničí, kde je kladen mnohem větší důraz na prevenci a ochranu zdraví (Farkašová, 2006; Kilíková, 2009; Jarošová, 2000).

### 1.1.1 *Osobnost sestry*

Jen těžko bychom hledali povolání, které prodělalo tak složitý vývoj nejen v minulosti, ale i v současné době. Ošetřovatelská profese jako taková má

nezastupitelné místo v systému zdravotní péče. Neodmyslitelnou součástí profese sestry je ztotožnění se s rolí sestry, protože jediné tak bude zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče. Role sestry se nevztahuje pouze k jejímu chování, ale také k prožívání, se kterým jsou spojeny emoce, postoje, vlastnosti osobnosti a hodnotový systém. Práce sestry je naplněna systémem společenských rolí, které jsou propojeny jak horizontálně, tak vertikálně. Co se týče sociologického hlediska, našli bychom rolové znaky, které jsou společné jak pro sestru, tak pro lékaře. Patří sem funkční specifita, která vyjadřuje nutnost odborné kompetence pro výkon povolání, univerzalizmus jako schopnost zaujmout stejný postoj ke všem pacientům bez ohledu na osobní názor, kolektivní orientace znamená, že sestra vychází pouze ze zájmů a potřeb nemocného a v neposlední řadě emocionální neutralita, při které se očekává, že sestra bude schopna podřídit své emoce rozumové kontrole (Bártlová, Matulay, 2009; Farkašová, 2006).

Při výkonu sesterského povolání se prolínají nejrůznější role sestry. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče aktivně uspokojuje potřeby jedince. Sestra edukátorka se například podílí na nácviku potřebných praktických dovedností nejen u nemocného, ale i jeho rodiny. Podílí se na upevňování zdraví a především dbá na účinnou prevenci. Sestra advokátka je schopná obhájit pacienta v případech, kdy to není schopen učinit sám. Prezентuje jeho problémy a přání, stává se jeho mluvčím. Sestra výzkumnice neustále získává nové informace, vzdělává se, podílí se na tvorbě nových ošetrovatelských standardů, přispívá do různých odborných periodik. Tyto činnosti mohou přispět i k další roli a tou je sestra nositelka změn. S rolí sestry manažerky je nutné se co nejdříve ztotožnit, neboť řízení je nezbytné například při správném plnění ošetrovatelského procesu či ostatních ošetrovatelských činnostech. Sestra mentorka dohlíží na studenty při klinické praxi (Farkašová, 2006; Plevová, 2011).

Jednou z hlavních funkcí sestry je poskytování a plnění ošetrovatelské péče. Nejefektivněji je tato péče poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra se podílí na výchově a výuce nemocných, jejich rodin a zdravotnického personálu. Pro takovou činnost je nutné, aby si sestra nejprve zjistila, jaké jsou jejich dosavadní znalosti a na základě toho pak připravila informace na vhodné úrovni.

Od sestry se očekává aktivní a účinné začlenění do zdravotnického týmu, které s sebou přináší komunikaci a spolupráci s jednotlivci, rodinami, komunitami a dalšími zdravotnickými pracovníky, vystupování ve vedoucích pozicích, kontakt s ostatními multidisciplinárními a multisektorálními týmy. Neodmyslitelnou součástí je také rozvoj ošetrovatelské praxe a výzkumu s cílem zvýšit znalosti, zdokonalit dovednosti, vzdělávat se a účastnit se na přípravě vzdělávacích programů. Na sestru 21. století nelze nahlížet jako na osobu milující a pečující matky, která dle nařízení lékaře plní nejrůznější úkoly v rámci diagnostiky a léčby chorob. Sestra má profil profesionála, který má vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Takto vzdělaná sestra rozhoduje na základě svých vlastních znalostí, dovedností, je zcela odpovědná při posuzování a řešení individuálních problémů, zcela ovládá kritické myšlení. Kritické myšlení je založeno na důkazech, zakládá si na vědeckých poznatcích, vyžaduje vědomosti, dovednosti a zkušenosti, představuje kontinuální hodnocení a provádění sebekorekce. Kriticky myslící sestra věří v sebe sama, zná svá slabá místa, hodnoty a názory, je otevřená, pokorná a zároveň tvůrčí, ohleduplná, vytrvalá. Ví, že chyba může být možností pro nové nápady. Své myšlení neustále hodnotí a koriguje, klade si nejrůznější otázky typu: Co se děje? Co to znamená? Pokud něčemu nerozumí, zeptá se, podle potřeby požádá o pomoc. Dřívější vědomosti se snaží aplikovat na nově vzniklé situace, každou situaci zvažuje. Při řešení problémů zvažuje rizika, výhody a nevýhody. Vždy dodržuje pořadí dle naléhavosti. Kritické myšlení je sestře nápomocné při porozumění něčemu či někomu, určování potencionálních nebo skutečných problémů, schopnosti rozhodnout se pro určitý ošetrovatelský zásah, snižování rizik nežádoucích událostí a zvýšení pozitivních výsledků ošetrovatelské péče (Mastiliaková, 2004; Tóthová, 2009).

### *1.1.2 Organizační systémy poskytované ošetrovatelské péče*

Každé oddělení má svůj zdravotnický tým, který pečuje o nemocné. Tento tým tvoří zdravotničtí pracovníci všech kategorií, patří do něj lékaři, sestry, fyzioterapeuti, dietní sestry, ošetrovatelky a další. Ošetrovatelskou péči na oddělení zajišťují sestry, ošetrovatelky a sanitáři. Rysem moderního ošetrovatelství je zajištění individuální



a komplexní péče o konkrétní nemocné. Dříve byly organizační systémy zaměřeny spíše na jednotlivé úkoly, které byly přiděleny konkrétním pracovníkům. V dnešní době se nejčastěji vyskytují čtyři systémy poskytování ošetrovatelské péče. V systému skupinové péče je sestra přidělena ke konkrétní skupině pacientů, o které se stará po celou dobu služby. Výhodou tohoto typu skupinové péče je, že sestra může lépe poznat nemocného, a tak mezi nimi mohou vznikat pevnější vazby. Pro sestru je výhodné, že zároveň úzce spolupracuje se stejnou skupinou ošetřujících lékařů, nebo pouze s jedním, který o danou skupinu nemocných pečuje. Právě *skupinová péče* je jedním z kritérií kvalitní péče. Podobným systémem je pokojový systém péče, při kterém je ošetrovací jednotka rozdělena dle pokojů. Sestra má na starosti pouze pacienty na „svých pokojích“ a v případě přeložení pacienta na jiný pokoj se změní i ošetřující sestra. Tento systém péče se využívá zejména na jednotkách intenzivní či resuscitační péče. Systém primárních sester je založen na tom, že každý pacient je po přijetí na oddělení přidělen své primární sestře. Ta za něj nese zodpovědnost po celou dobu hospitalizace. Nejprve od nemocného odebírá ošetrovatelskou anamnézu, plánuje s ním ošetrovatelskou péči a zároveň ji koordinuje. Perfektně zná celou problematiku nemocného a informuje o ní ostatní členy ošetrovatelského týmu. Primární sestra má nejen na starosti své pacienty, ale musí zajistit péči i těm nemocným, kteří zrovna nemají ve službě svoji primární sestru. Tento systém se uplatňuje spíše v zařízeních se sociální sférou, kde není výměna klientů příliš vysoká. Pro funkční systém jsou typické jednotlivé výkony, proto je někdy také nazýván jako výkonový systém. Sestře jsou ráno přiděleny úkoly, které bude po celou službu vykonávat. Je to například odběr krve u pacientů, převazy ran či administrativní zpracování ordinací lékaře. Problémem v tomto systému je, že práce není zaměřena na individuální přístup k nemocnému, ale pouze na výkon (Jarošová, 2000; Vytejčková, 2011; NCO NZO, 2002).

### *1.1.3 Komunikační dovednosti sester*

Během ošetrovatelského procesu je sestra v maximálním kontaktu s nemocným, to znamená, že spolu komunikují, a to i v případě vedení ošetrovatelské dokumentace.

Z uvedeného vyplývá, že *komunikace* je velmi důležitým ošetrovateľským kritériem a zároveň klíčovou dovedností každé sestry. Při komunikaci dochází k výměně informací, což umožňuje navázat a zároveň rozvíjet kontakt s pacientem. Mnohdy se stává, že nemoc člověka v kombinaci s hospitalizací s sebou přináší zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, a to sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci. Sociální komunikací se rozumí běžný hovor při kontaktu s pacientem, například při ranní hygieně, úpravě lůžka či podávání léků. Navázání komunikace při běžných denních činnostech umožní sestře lépe poznat nemocného a zároveň jí usnadní další komunikaci v rámci ošetrovatelství. Při specifické komunikaci sdělujeme nemocnému důležité informace, motivujeme ho k další léčbě či provádíme edukaci. Je nutné brát na zřetel srozumitelnost sdělení a informace vhodně přizpůsobit aktuálnímu stavu nemocného. V průběhu sdělování informací je důležité používat zpětnou vazbu, abychom si ověřili, že nemocný dané informaci porozuměl. Terapeutický rozhovor je vhodný při těžkých chvílích, kdy se například nemocný musí vyrovnat s nepříjemnou či závažnou skutečností. V takové chvíli sestra poskytuje nemocnému oporu a pomoc (Venglářová, Mahrová, 2006).

Způsob komunikace může být verbální či neverbální, i když se oba druhy komunikace projevují téměř vždy současně. „Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly (Venglářová, Mahrová 2006, s. 19)“. Pro komunikaci je důležitý vhodný výběr slov. K principům účinné komunikace patří jednoduchost, pomocí které se snažíme vybírat běžně používaná a pochopitelná slova. Dále je to stručnost, to znamená, že mluvíme spíše v krátkých větách. Zároveň není vhodné nadměrně používat zkratky, které mohou vést až k nejasné komunikaci. Důležité je klást důraz na zřetelnost, vhodné načasování a návaznost slov. Podané informace je nutné přizpůsobit konkrétnímu člověku, aby sestra předešla rutinnímu či automatickému slovníku. Nejdůležitějším znakem účinné komunikace je důvěryhodnost, kterou sestra získá pouze tehdy, pokud bude mít přesné informace o daném problému a zároveň z ní bude vyzařovat jistota a spolehlivost. Pro navázání dobrého vztahu s nemocným je velmi důležité ovládat neverbální komunikaci, která je

někdy také nazývána jako řeč těla. Pomocí neverbální komunikace člověk mnohdy vyjádří své pocity, emoce, sounáležitost či porozumění lépe než pomocí slov. Do neverbální komunikace řadíme chůzi a držení těla, které nám mnohdy napoví, jak se člověk cítí, jakou má náladu. Dále také záleží na vzdálenosti při hovoru. Rozlišujeme čtyři zóny, a to intimní, osobní, přátelskou a veřejnou. Tělesný postoj může naznačit psychický stav člověka, je proto důležité, aby sestra při rozhovoru s nemocným měla oči v přibližně stejné výšce. Mimické svaly obličeje dokážou velmi bohatě vyjádřit emoce. Úsměvem lze velmi rychle navázat kontakt, zároveň úsměv je tím nejlevnějším lékem. Řeč vyjádřená pomocí gest je podstatná především u lidí s poruchami sluchu. Při hospitalizaci v nemocnici může nemocný pociťovat dotykovou deprivaci. Sestra by měla umět vzít za ruku, pohladit či povzbudivě se dotknout (Jarošová, 2000; Kristová, 2004).

Žádné sestře by neměla chybět empatie, úcta a pozitivní vztah ke člověku. Důležitou podmínkou pro efektivní komunikaci je umění naslouchat. Při aktivním naslouchání sestra plně chápe a zároveň porozumí pocitům nemocného, kterému se uleví, neboť se může vyprávět. Součástí rozhovoru s nemocným by měla být také reflexe, která sestře umožní ověřit si, zda danou věc pochopila tak, jak bylo myšleno. Sumarizace informací, které již nemocný řekl, by měla končit podněcující otázkou, která umožní nemocnému pokračovat dále v rozhovoru. Jedna z nejzákladnějších komunikačních technik je mlčení, které je vhodné například pro chvíle, kdy se snažíme ovládnout své emoce. Při komunikaci je rozhodujícím kritériem *čas*, neboť je potřeba nechat prostor druhému člověku pro vyjádření svých myšlenek (Jarošová, 2000).

## **1.2 Ošetrovatelský proces**

„Ošetrovatelský proces je systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim (Tóthová, 2009, s. 16)“. Ošetrovatelský proces je základem moderního ošetrovatelství, které klade velký důraz na podporu a udržení zdraví. Existuje celá řada definic zdraví, mezi nejznámější patří definice zakotvená v ústavě Světové zdravotnické organizace z roku 1948. Tato definice zní: „Zdraví je stav úplné

tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, 2014, s. 1)“. Péče v rámci ošetrovatelského procesu je založená na uvážení a současně organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Holistické pojetí vidí člověka jako celek, který má určité potřeby. Jsou to duchovní, poznávací, společenské, biologické a emocionální potřeby. Pokud chceme pečovat o celou lidskou bytost, je nezbytné, abychom neopomíjeli žádnou z těchto složek. Hlavním principem ošetrovatelského procesu je rozpoznání aktuálních potřeb člověka, který vyžaduje ošetrovatelskou péči. Vždy je nutno nejen řešit problémy nemocného, ale především jim předcházet. Ošetrovatelský proces tvoří plánované činnosti, které vedou k dosažení rovnováhy, pohody a spokojenosti nemocného. Tyto činnosti provádí sestra sama nebo za aktivní spolupráce pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Díky účasti pacienta na ošetrovatelské péči se může rozvíjet vztah k péči o svou osobu a tím se člověk stává zodpovědnějším za své zdraví a zároveň to přispívá k dosažení potřebných cílů. Sestře přináší ošetrovatelský proces systematické ošetrovatelské vzdělání, odborný růst, uspokojení z práce, v neposlední řadě také vyhnutí se rozporům se zákonem. Pro uplatnění ošetrovatelského procesu v praxi je nezbytně nutné, aby sestra prokázala interpersonální, manuální a intelektuální schopnosti. Do oblasti interpersonální bychom mohli zařadit komunikaci, umění naslouchat, empatii, projev zájmu a soustrastí. Do manuálních neboli technických dovedností patří práce s různými přístroji a pomůckami. Co se týče intelektuálních schopností, jedná se především o kritické myšlení, řešení problémů, hodnoty a etiku. Ošetrovatelský proces klade důraz na přesnou dokumentaci pacienta, čímž se snižuje počet možných chyb a omylů. Ošetrovatelské činnosti nejsou založeny pouze na ordinacích lékaře, ale také sestra musí vědět o pacientovi co nejvíce informací ze všech oblastí. Je tedy nutné, aby sestra systematicky shromažďovala informace a následně určila ošetrovatelskou diagnózu. Ošetrovatelský proces má pět fází: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Jednotlivé fáze jsou na sobě závislé a navzájem se překrývají. Zároveň je možné jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu neustále opakovat. Můžeme tedy říci, že *ošetrovatelský proces* je vlastně určujícím kritériem pro poskytovanou profesionální ošetrovatelskou péči (Tóthová, 2009; WHO, 2006; Mastiliaková, 2007).

### 1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Prvním krokem k zahájení ošetrovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Metodou pro sběr informací je jak pozorování, tak samotný rozhovor s nemocným. Úkolem sestry je tedy sebrat veškeré dostupné informace o pacientovi, přesvědčit se, zda jsou tyto informace úplné a pravdivé, neboť celý plán ošetrovatelské péče je založen právě na těchto informacích. První fáze ošetrovatelského procesu má dvě části. Do první části řadíme získávání informací pro sestavení ošetrovatelské anamnézy a do druhé části zhodnocení současného stavu pacienta, jehož nedílnou součástí je provádění fyzikálního vyšetření sestrou viz. následující kapitola. Ještě před prvním setkáním s pacientem by se měla sestra snažit získat co nejvíce informací, přečíst si chorobopis pacienta, popřípadě si zjistit informace od lékaře. Při rozhovoru s pacientem zjišťujeme osobní údaje, anamnézu zdravotního problému, jak se pacient cítí, co prožívá, jaké jsou jeho denní zvyklosti, bytová situace a další. Údaje o pacientovi sbíráme jak z primárních, tak ze sekundárních zdrojů. Mezi primární zdroje patří sesterská anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů. Do sekundárních zdrojů můžeme zařadit rodinné příslušníky nebo blízké osoby nemocného, ostatní členy zdravotnického týmu, zdravotní záznamy či zprávy, zdravotní dokumentaci nemocného. Sestra musí brát na zřetel, že lékařská anamnéza není totožná s anamnézou ošetrovatelskou. Zjištěné informace sestra zaznamenává do dokumentace. Důležité údaje, které souvisejí s aktuálním zdravotním stavem pacienta, sestra ihned hlásí lékaři. Nejdůležitějšími kritérii pro realizaci první fáze ošetrovatelského procesu jsou *dostatek času* na pacienta, *vhodné prostředí* a *efektivní rozhovor* s nemocným (Tóthová, 2009; Plevová, 2011; Alfaro-LeFevre, 2006).

Po zhodnocení zdravotního stavu pacienta může následovat další krok ošetrovatelského procesu a tím je diagnostika. Během této fáze sestra rozpoznává a hodnotí lidské reakce na nemoc, které se u každého jedince projevují individuálně. Při reakci člověka na nemoc vznikají různé poruchy potřeb, které je nutné identifikovat, což je mnohdy nelehký úkol. Je velmi podstatné určit pořadí potřeb podle jejich důležitosti. Potřeby se během nemoci neustále mění, proto je nezbytná intenzivní

spolupráce s nemocným. Ošetrovatelská diagnóza je tedy zaměřena na stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů. Stanovuje ji primární sestra a je doplňkem k lékařské diagnóze. Ošetrovatelské diagnózy lze rozdělit na aktuální a potencionální. Ošetrovatelská diagnóza může být dvou či tříložková. Dvousložkovou diagnózu tvoří problém a vyvolávající či související faktory. Tříložková diagnóza má znaky, příznaky a projevy. Pro klasifikaci ošetrovatelských diagnóz využíváme klasifikační systém NANDA. Kritérii pro druhou fázi ošetrovatelského procesu jsou *pozorování* a *odborné znalosti* jak medicínské, tak ošetrovatelské problematiky (Tóthová, 2009; MZ ČR, 2010; Ackley, Ladwig, 2011).

Třetí fázi ošetrovatelského procesu je plánování ošetrovatelské péče. V této fázi procesu stanovujeme s pacientem ošetrovatelskou strategii, která povede k dosažení plánovaných cílů. Na základě již zjištěných údajů sestra formuluje plán péče, který je součástí dokumentace pacienta. Plán ošetrovatelské péče obsahuje prioritní ošetrovatelské diagnózy, specifické cíle, výsledná kritéria a ošetrovatelské intervence. Takto sestavený plán slouží k zabezpečení požadované úrovně ošetrovatelské péče, podává ucelené informace o zdravotním stavu pacienta, zabezpečuje plynulý průběh práce a usnadňuje komunikaci mezi sestrami. Plán péče je nutné psát ihned po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení a v průběhu hospitalizace neustále aktualizovat dle úrovně měnících se potřeb a vyhodnocovat dosažené cíle. Kritérii pro třetí fázi ošetrovatelského procesu jsou dostatečné *informace* o pacientovi, dobrá *spolupráce* se zdravotnickým týmem, pacientem a jeho rodinou, v neposlední řadě pak zachování *autonomie nemocného*, které je pro každého člověka nezbytné (Tóthová, 2009; Plevová, 2011; MZ ČR, 2010).

Realizace je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Úkolem této fáze je dosažení naplánovaných cílů. Ošetrovatelské intervence lze rozdělit na přímé a nepřímé. Přímé jsou takové, které se provádějí v interakci s pacientem a nepřímé jsou mimo pacienta. Jako nepřímé intervence lze uvést například péči o prostředí, pomůcky nebo interdisciplinární spolupráci. Během fáze realizace je nutné, aby sestra opětovně posoudila pacienta, ověřila platnost plánu ošetrovatelské péče a posoudila potřebu asistence při intervencích. Po splnění těchto tří kroků může sestra přejít k realizaci

ošetřovatelských intervencí. Realizace každé ošetřovatelské činnosti musí být písemně zaznamenána do ošetřovatelské dokumentace spolu s podpisem sestry, dále nesmí chybět datum a čas vykonání. Provedenou ošetřovatelskou intervencí sestra ústně hlásí při předávání služby a při sestřské vizitě u lůžka pacienta. Sestra během realizace uplatňuje své kognitivní, interpersonální a technické schopnosti. Po provedení naplánovaných ošetřovatelských činností by mělo dojít k vyřešení pacientových problémů. Kritérii pro čtvrtou fázi ošetřovatelského procesu jsou *dostatek času na zajištění vhodného prostředí, pomůcky, manuální zručnost, zápis do dokumentace* (Tóthová, 2009; Plevová, 2011).

Zda došlo a v jaké míře k vyřešení problémů nám řekne pátá fáze ošetřovatelského procesu. Sestra porovná zjištěné údaje s výslednými kritérii, které byly stanoveny ve třetí fázi ošetřovatelského procesu, a tak přesně určí, zda byl cíl ošetřovatelské péče splněn. V případě, že byl cíl splněn, může být ošetřovatelská diagnóza ukončena. V opačném případě je nezbytné zdůvodnění, podrobné zhodnocení plánu a jeho modifikace. Modifikace ošetřovatelského plánu s sebou přináší doplnění a aktualizaci údajů o pacientovi, přehodnocení výběru a formulace ošetřovatelských diagnóz, úprava cílů a výsledných kritérií. Hodnocení může být průběžné a závěrečné. Průběžné znamená během celé doby poskytování ošetřovatelské péče a závěrečné se provádí při propuštění, překladi či ukončení ošetřovatelské péče. Prostřednictvím této fáze ošetřovatelského procesu se sestry stávají zodpovědné samy za sebe a za své činy. Vyhodnocovací fáze má význam i v měření kvality ošetřovatelské péče. Kritérii pro poslední fázi ošetřovatelského procesu jsou *pozorování a rozhovor s nemocným, kontrola splněných či nesplněných výsledků* (Tóthová, 2009; Plevová, 2011).

### **1.3 Fyzikální vyšetření sestrou**

Fyzikálním vyšetřením rozumíme vyšetření za pomoci smyslů – zraku, sluchu, hmatu, výjimečně čichu. Sestra vyšetřuje nemocného až po následném vyšetření lékařem. V zahraničí je tento postup přesně naopak. Na začátek je vhodné se pacientovi představit a sdělit mu účel vyšetření. Je důležité, aby sestra vzbudila u nemocného důvěru, která může být klíčem k získání důležitých informací. Pro vyšetření je nutné

zajistit intimitu, klid, prostor pro naslouchání, vhodné pomůcky a v neposlední řadě soustředěnost. Při vyšetření můžeme postupovat od hlavy k patě nebo podle jednotlivých systémů. Při akutních stavech zvolíme jiný způsob postupu, například se zaměříme pouze na určitou oblast těla. Vhodné pomůcky pro fyzikální vyšetření jsou fonendoskop, tonometr a osobní váha. Jak již bylo zmíněno, fyzikální vyšetření provádíme pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem. Součástí fyzikálního vyšetření je také měření vitálních funkcí, tj. krevního tlaku, pulzu a tělesné teploty, zjištění váhy a výšky. Při vyšetření pohledem, kdy využíváme vlastní zrak, je důležité vyšetřovat za denního světla. Při vyšetření zrakově se zaměřujeme na hlavu, krk, hrudník, břicho, poté se můžeme zaměřit na dolní polovinu těla. Pacient si tak může nejprve vysvléknout pouze kabátek a poté kalhoty. Při pohmatu používáme buď prsty, nebo celou ruku. Pomocí pohmatu můžeme získat informace o teplotě, vlhkosti, napětí kůže, dále o orgánech, útvarech v kůži, podkoží a dutině břišní. Je důležité, aby sestra, která provádí vyšetření, měla ostříhané nehty a neměla studené ruce a postupovala od nejdálšího místa bolesti. Poklep může být různého druhu, například plný, jasný, zkrácený, temný, bubínkový. K vyšetření poslechem je nám nápomocný fonendoskop, který zesiluje poslouchané zvuky. Rozeznávání zvuků je mnohdy obtížné, a proto velmi záleží na šikovnosti a zkušenosti sestry. Ve výjimečných případech sestra provádí vyšetření per rektum. Vyšetření pomocí čichu nám může odhalit nepříjemný zápach z úst, který může signalizovat závažné onemocnění. Pokud chceme vyšetřit vědomí, položíme pacientovi jednoduchou otázku, jak se jmenuje a kde se nachází. Další součástí hodnocení vědomí může být posouzení nálady, vůle, intelektu, paměti. Vědomí lze také hodnotit za pomoci Glasgow Coma Scale (GCS). Hodnotí se otevírání očí, nejlepší slovní odpověď a nejlepší motorická odpověď. Maximální počet bodů je 15. Dále si všímáme dýchání, postoje či polohy vyšetřovaného, stability chůze, stoje, celkové hybnosti, zaměříme se i na abnormální pohyby, celkovou tělesnou konstituci, kůži, vlasy, nehty. Sestru také zajímá stav výživy. Ke zhodnocení celkového stavu výživy používáme body mass index (BMI). Z výsledného čísla získáme informaci o podvýživě, normě, nadváze či obezitě. Zjištěné údaje se dále vyplňují do nutričního screeningu, který je součástí dokumentace každého pacienta. Dalšími formuláři jsou



Barthelův test běžných denních činností a posouzení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Nezanedbatelným ukazatelem je i výraz tváře, vyšetření čítí, všímáme si intonace řeči a barvy hlasu (Plevová, 2011; Weber, Kelley, 2003; Nejedly, 2006).

#### **1.4 Ošetrovatelská dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu, který je v ní písemně zaznamenan. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, který nahrazuje zákon o péči o zdraví lidu, č. 20/1966 Sb., ukládá zdravotnickému zařízení vést zdravotnickou dokumentaci. „Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované klientovi/pacientovi všeobecnou sestrou a porodní asistentkou a ostatními členy ošetrovatelského týmu, kteří pod vedením kvalifikované sestry/porodní asistentky pracují. Vedení záznamu může efektivním způsobem ovlivňovat ošetrovatelskou praxi a porodní asistenci (MZ ČR, 2012)“. Nejen ošetrovatelský proces, ale i kvalitní ošetrovatelská dokumentace, patří mezi prvky moderního ošetrovatelství. Je nezbytné, aby při poskytování zdravotní péče, ať v lůžkových či ambulantních zařízeních, byla vedena ucelená, přesná a výstižná zdravotnická dokumentace. Mezi hlavní úkoly zdravotnické dokumentace patří informování ostatních členů týmu o činnostech sestry, které souvisejí s péčí o pacienta. Zdravotnická dokumentace může být vedena jak v písemné, tak v elektronické podobě či kombinací obou. Správně vedená zdravotnická dokumentace představuje právní jistotu jak pro sestru a její spolupracovníky, tak pro pacienta. Hlavním kritériem pro písemně vedenou zdravotnickou dokumentaci je její *znalost a správná orientace*. U elektronicky vedené dokumentace musí sestra navíc prokázat *znalost a ovládnání počítače* (Zákon č. 372/2011 Sb., 2014; MZ ČR, 2012; Kolektiv autorů, 2002).

##### **1.4.1 Význam ošetrovatelské dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí profese sestry a zároveň neodmyslitelnou součástí ošetrovatelského procesu, což s sebou přináší jistou administrativní zátěž pro sestry. Výhodou by jistě byla jednotná ošetrovatelská

dokumentace, avšak každé zdravotnické zařízení má svoji specifickou dokumentaci, která je přizpůsobená jeho potřebám. Zdravotnická dokumentace slouží k poskytnutí potřebných informací o pacientovi, dále jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis a také jako doklad pro pojišťovny na vyúčtování zdravotní péče. Kontrolu formální a obsahové stránky má v náplni práce staniční a vrchní sestra. Správně vedená ošetrovatelská dokumentace odráží realizaci ošetrovatelského procesu, zvyšuje úroveň zaznamenaných údajů, informace jsou jasné, přehledné a aktuální, urychluje komunikaci mezi členy zdravotnického týmu, slouží k hodnocení a zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Holubová, Pálková, 2012; Vondráček, 2003; Tóthová, 2009).

Všechny činnosti vykonané u pacienta, musí být písemně zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace. Zápis musí být vždy objektivní, srozumitelný, stručný a úplný. Další podmínkou záznamu je datum, čas a podpis sestry, která zápis provedla. Zápis by měl být proveden co nejdříve poté, co byl proveden výkon. Dokumentace musí být vždy bezpečně uložena na určeném místě a zároveň chráněna před únikem osobních dat. Každý formulář musí být označen jménem pacienta a jeho rodným číslem. Zápisy se mohou provádět pouze nesmazatelným psacím materiálem, nesmí být přepisovány ani přelepovány. Opravy záznamu mohou být provedeny pouze jednoduchým škrtnutím a následným podpisem. Prázdné kolonky v dokumentaci musí být vždy přeškrtnuty (Vašátková, 2001; MZ ČR, 2012; Vytejková, 2011).

Zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační údaje pacienta, souhrnnou anamnézu, průběh a výsledky vyšetření, záznam o výjezdu RZS, záznamy z lékařských konzilií, operační protokol, souhlas s hospitalizací a výkony, záznam o pracovní neschopnosti, lékařský dekurz, záznam o ošetrovatelské péči aj. Zatímco do ošetrovatelské dokumentace sestra běžně zaznamenává různé činnosti, do lékařské dokumentace téměř nic nepíše. Lékařská dokumentace obsahuje souhrn ordinací, které sestře slouží jako písemný podklad pro činnosti, které má u daného pacienta plnit. Mnohdy se stává, že sestra tráví zbytečný čas dešifrováním ordinací, které jsou lékařem připsány ručně. Tento fakt je velkým nedostatkem lékařské dokumentace. Z uvedeného

vyplývá, že zdravotnická dokumentace je sice časově náročná, ale nelze se bez ní obejít (Policar, 2010; Ščepončová, 2009).

#### *1.4.2 Součásti ošetrovatelské dokumentace*

Nemocnice se liší rozdílností ošetrovatelské dokumentace. Společné jsou však ty části dokumentace, které jsou dané zákonem. Ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, jsou v příloze č. 1, bod 11 uvedeny požadavky na obsahovou stránku ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace je rozdělena do čtyř částí. První část obsahuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu, posouzení aktuálních potřeb a postupů ošetrovatelské péče, stanovení ošetrovatelského plánu. Druhá část se týká samostatného ošetrovatelského plánu, kde je nutné stanovit problém a poté ošetrovatelskou diagnózu, postup v poskytování ošetrovatelské péče a její následné zhodnocení. Třetí část obsahuje průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, popřípadě poučení pacienta. Poslední část je věnována ošetrovatelské propouštěcí zprávě, pokud je pacient propuštěn domů, či případně předán k dalšímu ošetrovatelskému postupu. V této zprávě je důležité uvést shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální údaje o poslední poskytnuté ošetrovatelské péči, například poslední podání léků, použití zdravotnických prostředků, informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta. Ošetrovatelská dokumentace může být doplněna ještě o další složky, jsou to například diabetická karta, anamnéza rány, akutní karta, bilance tekutin, kontinuální sledování výskytu dekubitů, vyhodnocení rizika dekubitů či pádů, Barthelův test soběstačnosti. Pokud přijde pacient do nemocnice již s dekubitem, je vhodné použít fotodokumentaci, která zabrání možným právním sporům (Vyhláška 98/2012 Sb., 2012; Vondráček, 2006; Tomek, 2007)

#### *1.4.3 Příjem a propuštění*

Příjem nemocného do nemocničního zařízení může mít nejrůznější důvody. Nejčastěji se jedná o důvody terapeutické, diagnostické či sociální. Přijetí pacienta můžeme dělit z hlediska naléhavosti na plánovaný a akutní příjem. Pacient je obvykle

přijímán na ambulanci daného oddělení nebo je přijat na urgentní příjem, pokud je přivezen rychlou záchrannou službou. Lékař vyplní nemocnému chorobopis, ve kterém jsou zaznamenány identifikační údaje, anamnéza, fyzikální vyšetření a příjmová lékařská diagnóza. S tímto chorobopisem je pacient přijímán na lůžkové oddělení, kde se ho ujme sestra, která ho přivítá, představí se mu a uvede ho na pokoj. Dále je nutné, aby sestra sepsala veškeré věci, které si nemocný uloží do šatny či skříně na pokoji. Za věci, které si ponechá pacient v nočním stolku, si zodpovídá sám. Na oddělení je vždy možnost uložení cenností do trezoru. Sestra seznámí nemocného s uspořádáním oddělení, domácím řádem a právy pacientů. Dále provede fyzikální vyšetření, změní fyziologické funkce a zároveň po celou dobu sbírá potřebné informace pro vyplnění ošetrovatelské anamnézy. Ta musí být zpravidla vyplněna do 24 hodin, ale vždy záleží na zdravotním stavu nemocného. V případě, že je nemocný v bezvědomí či není schopen komunikovat, musí sestra zjistit potřebné údaje od příbuzných. Sestra vyplní veškerou dokumentaci dle zvyklosti nemocnice a nemocného předá lékaři oddělení. (Vytejková, 2011; Otásková, 2002-2014; Vondráček, Wirthová, 2008)

Propuštění pacienta je možné v případě, kdy je jeho zdravotní stav upraven či na jeho vlastní žádost. V takové situaci musí nemocný podepsat negativní revers. O propuštění je nutné předem a včas nemocného informovat. Zároveň je vhodné kontaktovat rodinu, a to zvláště u nemocných s poruchami hybnosti a sebeděče. Pokud se nemá o nemocného kdo postarat, je na místě kontaktovat sociální sestru. Ta nemocnému zajistí agenturu domácí péče či pobyt v zařízení dlouhodobě nemocných a následně domově důchodců (Vytejková, 2011).

Před propuštěním je obzvláště důležitá edukace nemocného. „Edukace v ošetrovatelství není předání jednorázové informace klientům, nýbrž se jedná o efektivně připravenou edukační realitu, jejímž cílem je pozitivní změna ve vědomostech, dovednostech, postojích, návycích edukovaných klientů (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 34)“. Z této definice vyplývá, že edukační proces je dlouhodobá záležitost, jejímž hlavním kritériem je především čas. V praxi se můžeme v rámci edukačního procesu setkat například s aplikací inzulínu, ošetření bércového vředu či stomie a dalších. Před propuštěním pacienta domů či do jiného zařízení se musí sestra

vždy přesvědčit o tom, že nemocný všemu rozumí a že danou péčí zvládne. Příjem i propuštění jsou zátěžovou reakcí pro pacienta, proto sestra potřebuje *čas*, aby měla možnost *naslouchat a reagovat na projevy pacienta* (Šulistová, Trešlová, 2012).

Dále je nemocný poučen lékařem a sestrou o dodržování správné životosprávy a léčebných opatřeních. Je také informován o tom, že se do třech dnů musí dostavit ke svému obvodnímu lékaři. Do té doby jsou mu z nemocnice poskytnuty léky či lékařský předpis na léky, neschopenka, lístek na peníze, popřípadě formulář se žádankou na plánované ambulantní vyšetření. Lékař vypíše nemocnému propouštěcí zprávu, která je určena obvodnímu lékaři či specialistovi. Kromě edukace pacienta musí sestra obstarat veškeré administrativní činnosti týkající se propuštění, popřípadě objednání sanitky pro nemocného (Otásková, 2002-2014; Vytejková, 2011; Vondráček, Wirthová, 2008).

### **1.5 Potřeby nemocných**

Hlavním kritériem ošetřovatelství je saturace potřeb jednotlivce, rodiny a komunity. Teorie potřeb slouží k pochopení člověka jako komplexní a holistické bytosti. Holistická teorie zastává názor, že potřeby jedince musí být v rovnováze nebo v harmonii. Pokud dojde k narušení rovnováhy, vzniká porucha zdraví. Porušení jedné části ovlivňuje fungování jedince jako celku. Potřeby jsou uspokojovány u každého jedince na základě jeho vlastních priorit. Síla potřeby může narůstat, pokud přibývá její deprivace v čase. Jednotlivé potřeby jsou ve vzájemném vztahu, a proto uspokojení jedné potřeby může ovlivnit saturaci jiné potřeby. Z holistického hlediska je možné potřeby dělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. Tyto potřeby se většinou vzájemně prolínají (Tomagová, 2008; Plevová, 2011).

Uspokojování biologických potřeb je nevyhnutelně spojeno se zachováním života. Tyto potřeby obvykle souvisí s životním rytmem a jsou pravidelně uspokojovány podle zvyklostí člověka. Patří k nim potřeba vzduchu, potravy, tekutin, odpočinku, spánku, aktivity a další. Psychické, sociální a duchovní potřeby nejsou spjaty s existencí člověka, ale jejich uspokojování je nutné pro zachování spokojeného a vyrovnaného života. Mezi psychické potřeby bychom zařadili především potřebu respektování lidské

důstojnosti, potřebu bezpečí, jistoty, porozumění, uznání apod. Mezi sociální potřeby můžeme zařadit potřebu sociálního kontaktu, respektování, komunikace, informovanosti aj. Duchovní neboli spirituální potřeby jsou mnohdy opomíjeny, neboť většina zdravotníků se zajímá zejména o potřeby tělesné. Mnoho lidí se stále domnívá, že duchovní potřeby mají pouze věřící lidé, avšak mnohdy je tomu přesně naopak. Věřící člověk obvykle ví, co má dělat. Ve chvíli, kdy se nevěřící člověk začne zabývat otázkami smysluplnosti vlastního života, potřebuje vědět, že mu může být odpuštěno a jeho život měl smysl. Pokud tomu tak není, dochází ke stavu duchovní nouze. V takovém případě je vhodné člověku pomoci najít smysluplnost života, což je velmi složité a je na to potřeba čas. Z hlediska duchovních potřeb nemůže všemu sestra stačit, a proto je vhodné v takových případech zajistit například kněze či nemocničního kaplana (Plevová, 2011; Svatošová, 2012).

Potřeba je vždy projevem určitého nedostatku. Prožívání nedostatku může ovlivňovat psychiku člověka, což se projeví na pozornosti, myšlení, emocích a volních procesech. Aby mohla sestra rozumět potřebám nemocných, musí mít jak teoretické znalosti, tak se musí umět vyznat sama v sobě. Uspokojování prioritních potřeb nemocného je možné pouze za pomoci systémového přístupu a komplexního řešení problémů. Často se můžeme setkat s dehumanizovaným přístupem k nemocnému, protože mnohdy je upřednostňován bezchybný zákrok nad uspokojováním biopsychosociálních a spirituálních potřeb (Trachtová, 2006; Tóthová, 2009).

Pokud dojde k nenaplnění určité potřeby, je nutné člověka motivovat. Motivace vede k energetizaci organismu a tím k uspokojení určité potřeby. Aktivizace organismu trvá, dokud nedojde k uspokojení. Pokud nějaká potřeba uspokojit nelze, musí si jedinec najít náhradní cíl. Pocit životního optima je cestou ke spokojenému životu, avšak tento pocit je u každého člověka zcela individuální (Šamánková, 2006).

### *1.5.1 Uspokojení potřeb v době nemoci*

Pokud je člověk zdravý, uspokojuje si své potřeby sám, to znamená bez pomoci druhých. Nemoc je pro člověka negativním zásahem do života a často brání v uspokojování potřeb. Abychom mohli saturovat potřeby jedince v době nemoci, je

nutné zjistit si o něm některé informace z doby před onemocněním. To znamená věk, vzdělání, typ osobnosti, temperament či žebříček hodnot. Pokud tento člověk již prodělal nějaké onemocnění, posuzujeme úspěšnost léčby, formu onemocnění, přístup zdravotnického personálu, léčebné a diagnostické zákroky. „Přechod ze zdraví do nemoci je svým způsobem krizová situace, se kterou je nutno se vyrovnat - adaptovat se (Šamánková, 2011, s. 33)“. Nemoc bývá často vnímána jako konfliktní situace a to jak se sebou samým, rodinou, tak se změnou životního rytmu, s nepřijetím faktu onemocnění nebo se změnou prostředí (Šamánková, 2011; Tomagová, 2008).

Existuje řada faktorů, které ovlivňují uspokojování potřeb. Záleží na individualitě člověka neboli osobnosti člověka. Zde bude určujícím znakem typologie člověka, emocionální labilita nebo stabilita a odolnost proti zátěži. Lidé, kteří dobře znají sami sebe, dokážou snadněji identifikovat své potřeby i způsob, jak je uspokojit, zároveň snadněji snášejí změny. Onemocnění často brání v uspokojování potřeb. Nemocný člověk se většinou soustředí na potřeby fyziologické a na přechodnou dobu se nezabývá potřebami vyšší úrovně. Uspokojování potřeb mohou také ovlivnit rodina, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka či okolnosti, za kterých nemoc vznikla (Trachtová, 2006; Plevová, 2011).

Potřeby v době nemoci lze dělit do tří skupin: potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly, a potřeby, které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou takové potřeby, které jsou společné pro zdravého i nemocného člověka. To znamená, že se jedná o potřeby, které s nemocí nesouvisí. Každý člověk si tyto potřeby uspokojuje sám. Patří sem zejména potřeby základní. Potřeby, které se nemocí modifikovaly, jsou například potřeby základní, které je nutné nějak upravit v souvislosti s onemocněním. Jako příklad lze uvést potřeba výživy, která je nutná upravit dietním opatřením. Dále do této skupiny potřeb patří potřeby tvořivé práce, potřeba poznání světa a sebe samého, potřeba sociálních styků a potřeba vytváření kulturního prostředí. Tyto potřeby nejsou bohužel v období nemoci naplňovány. Pokud nejsou potřeby dlouhou dobu naplňovány, může dojít až k deprivaci jedince. Pokud je člověk chronicky nemocný, je logické, že nemůže chodit do práce, dělat své koníčky nebo to, co ho baví, má omezený kontakt s přáteli a známými, nemůže jít do kina,

divadla, restaurace. Proto je na sestře, aby se nějakým způsobem snažila alespoň některé pacientovy potřeby uspokojovat, ale zároveň podporovat jeho soběstačnost a sebekoncepci. Může mu nabídnout z knihovny nějaké knížky či časopisy, co se týče stravy, pokud nemá nemocný nějaké výrazné omezení, může mu nabídnout výběr ze tří jídel, potřeba sociálního kontaktu se dá řešit spolupacienty na pokoji či možností návštěv rodiny a přátel. Další vhodnou alternativou je televize či notebook na pokoji, který umožní nemocnému být v kontaktu s přáteli a vědět o dění ve světě. Pro nemocného je velmi důležité, aby měl dostatečné informace o svém zdravotním stavu, navrhovaných postupech léčby a možných alternativách, protože jedině s těmito informacemi se může lépe vyrovnat se svým zdravotním stavem (Bártlová, Matulay, 2009; Tomagová, 2008).

Potřeby, které nemocí vznikly, bývají často v kompetenci zdravotnického personálu a jejich uspokojování spadá do ošetřovatelského procesu. Jejich vznik je podmíněn řadou okolností. Jedná se například o závažnost a průběh onemocnění, jeho charakter a stupeň a o samotnou osobnost jedince, jak se dokáže s danou skutečností vyrovnat. Dále závisí na informacích, které má dotyčný o daném onemocnění k dispozici, pokud má nemocný nějakou předchozí zkušenost s nemocí, a samozřejmě závisí na rodině, jak skutečnost přijme, jestli nemocného v dané situaci podpoří a jaký způsobem (Bártlová, Matulay, 2009; Tomagová, 2008).

Dle významu pro život můžeme potřeby rozdělit na primární a sekundární. Primární neboli základní potřeby jsou životně důležité, neboť se jedná o potřeby biologické. Například je to potřeba vzduchu, vylučování, rozmnožování se, pohodlí a další. Potřeby sekundární, které můžeme označit také jako vyšší, přináší našemu životu obohacení, seberealizaci, potřebu kulturnosti, lásky, blízkosti druhého člověka aj. Způsob, jakým naplňujeme vyšší potřeby, vytváří u každého z nás určitý žebříček životních hodnot. Hodnotová orientace je velmi individuální a její naplnění souvisí se životní motivací, vůlí, morálkou a vyspělostí člověka (Šamánková, 2006).

Sestra se při své práci musí zaměřit na uspokojování jak primárních, tak sekundárních potřeb pacienta, a to v plném rozsahu. Další součástí je pravidelná komunikace a dostatečná informovanost. Je vhodné nemocnému sdělit informace



o léčbě, účincích léků či plánovaných vyšetřeních, neboť potřeba informovanosti je pro člověka významná a pomáhá mu lépe snášet nemoc. V opačném případě by nejistota a neinformovanost pouze ztížila uspokojování jak primárních, tak sekundárních potřeb. Sestra musí mnohdy pomoci nemocnému najít vhodné pojmenování pro jeho problém. Stává se, že nemocný udává, že je mu nějak těžko a konkrétní problém neumí pojmenovat. Zde se může jednat i o problém psychický, kdy nemocný vyžaduje něčí přítomnost. Klíčovou dovedností sestry v této oblasti uspokojování potřeb je respektování autonomie nemocného. Pro člověka autonomie znamená být pánem svého času a mít možnost vést život podle vlastních pravidel. Co se týče patientské autonomie, je důležité zachovat identitu nemocného, respektovat jeho přání, názory, předchozí zkušenosti s nemocí. Dáme mu možnost podílet se na plánování léčby, hledání nových cest v léčbě, možnost přijmout či odmítnout výkon, je-li to možné. I člověk, který je částečně nebo plně závislý na pomoci druhých, může být psychicky zcela autonomní (Šamánková, 2011).

#### *1.5.2 Potřeby dle modelů Gordonová, Hendersenová*

Při sběru informací během první fáze ošetrovatelského procesu, může sestra vycházet ze zvoleného ošetrovatelského modelu, podle kterého je zpravidla připravená i dokumentace. Model „Funkčního typu zdraví“ od Marjory Gordonové, představuje standardní model. Je vhodný jak pro ošetrovatelskou praxi, tak i pro kvalifikační vzdělávání sester. Marjory Gordonová označila třináct funkčních vzorců zdraví, kdy každý vzorec představuje určitou část zdraví. Stav zdraví může být funkční nebo dysfunkční. Funkční typ zdraví může být ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Dysfunkční typ zdraví je charakterizován nejen konkrétní chorobou, ale i zdravými jedinci, u kterých při neposkytnutí primární prevence, může dojít k narušení zdraví a následnému vzniku choroby. Aby mohla sestra rozhodovat, zdali jde o funkční nebo dysfunkční zdraví, musí mít dostatečnou úroveň teoretických a praktických znalostí a dovedností. Jednotlivé oblasti v modelu Marjory Gordonové tvoří určitou kostru pro zjištění pacientova problému či nedostatku. Mezi tyto oblasti patří například vnímání zdravotního stavu, výživa a metabolismus,

vylučování, spánek, odpočinek a další. Kritériem pro práci s ošetrovatelskými modely je zcela jistě *kritické myšlení* (Tóthová, 2009; Mastiliaková, 2004, Pavlíková, 2006).

Model Virginie Hendersonové vychází ze základních potřeb člověka, které jsou shrnuty ve 14 oblastech. Jedná se například o normální dýchání, dostatečný příjem potravy a tekutin, udržování upravenosti a čistoty těla, komunikace s jinými osobami a další. Člověk je chápán jako úplná a celistvá osoba. Předpokladem modelu je myšlenka, že všichni lidé bez rozdílu pohlaví, věku, rasy a kultury mají stejné základní potřeby, přičemž tyto potřeby jsou zcela individuálně uspokojovány a mohou být ovlivňovány vnějšími okolnostmi. Úkolem sestry je udržovat či navracet nezávislost nemocného a pomáhat mu v době, kdy není schopen zajistit si své potřeby (Aggleton, Chalmers, 2000; Archalousová, Slezáková, 2005).

Od ostatních modelů se model Hendersonové odlišuje tím, že zdůrazňuje komplementární vztah mezi ošetrovatelskou a lékařskou péčí. Sestra musí posoudit stav pacienta a na základě zjištěných informací určit, které ze 14 základních potřeb jsou porušeny. Je nezbytné, aby při tomto posuzování zohlednila věk, kulturní a sociální prostředí, psychický stav a jeho vliv na celkový zdravotní stav pacienta. Během posuzování nemocného musí sestra identifikovat neuspokojené potřeby a spolu s pacientem musí zvážit, zda je možné či nemožné je v dané situaci uspokojit. Na základě identifikace neuspokojených potřeb sestra dále musí zjistit, co je příčinou problému a následně může naplánovat intervence (Jarošová, 2003; Žiaková, 2007).

### **1.6 Ošetrovatelský standard**

Standard je důležitým prvkem proto, aby poskytovaná péče byla kvalitní a mohla se určit její míra. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní úroveň kvality. Standard zdravotní péče je závazná norma, která byla vytvořena odborníky na základě důkazů z praxe. Umožňuje objektivně hodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči, neboť je měřitelný. „Slouží jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení (Mášová, Havrdlíková, 2009, s. 19-20)“. Pomocí standardů je pacientům zajištěna bezpečnost a zároveň chrání sestry před neoprávněnými postihy. Standard musí vždy obsahovat výstižná a měřitelná kritéria (tím není myšleno kritérium

v souvislosti s tématem této práce). Kritérium je měřítko pro srovnávání či posuzování více jevů, je to určující znak či norma. „Ošetřovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, neboť vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta (NCO NZO, 2004, s. 11)“. „Není-li standard dodržen, stává se ošetřovatelská péče rizikovou, protože ohrožuje zdravotní stav pacienta (NCO NZO, 2004, s. 11)“. Standardy jsou nezbytné pro hodnocení a měření kvality ošetřovatelské péče. Stanovená kritéria musí být vždy splnitelná, měřitelná, pozorovatelná, jasná a logická. Na základě těchto kritérií se v praxi hodnotí, zda jsou dodržována. Při formulaci standardu je nejprve nutné pojmenovat sledovaný jev a poté stanovit kritéria pro měření. Dle Donabediana lze standardy rozdělit na strukturální, procesuální a výsledkové. Strukturální standardy jsou zaměřeny na předpoklady pro poskytnutí péče. Mezi tyto předpoklady je možné zahrnout organizaci a regulaci ošetřovatelské praxe a služeb, potřebné vybavení a předpoklady pracovníku k vykonání péče. Procesuální standardy obsahují vlastní průběh péče neboli specifické intervence prováděné sestrou. Výsledkové standardy zahrnují dosažení cílů. Toto stanovisko obsahuje očekávané změny ve zdravotním stavu pacienta, spokojenost pacienta a jeho rodiny s poskytnutou péčí, jejíž nedílnou součástí je i edukace. Standardy můžeme dále dělit dle vydavatele na centrální a lokální. Centrální standardy vydává Ministerstvo zdravotnictví. Takové standardy jsou například zákonné a podzákonné normy týkající se ošetřovatelství a ošetřovatelských pracovníků, hygienické předpisy pro provoz pracovišť či oficiální koncepce ošetřovatelství. Lokální standardy zpracovává konkrétní zdravotnické zařízení a vychází z rámcových standardů vydaných Ministerstvem zdravotnictví (NCO NZO, 2004; Mášová, Havrdlíková, 2009; Kraus, 2005).

### ***1.7 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy***

Ošetřovatelská diagnóza je stanovena sestrou na základě informací získaných od pacienta. Tato diagnóza zahrnuje oblasti, které je schopná ovlivnit a má k nim příslušné kompetence. Za ošetřovatelskou diagnózu si sestra plně zodpovídá. Lékařská diagnóza vypovídá o určité poruše zdraví či nemoci, naproti tomu ošetřovatelská diagnóza určuje, do jaké míry nemoc zasahuje do života nemocného a jak se mění jeho

soběstačnost. Cílem ošetrovatelské diagnózy je dosáhnout co nevyššího stupně psychické a fyzické pohody nemocného (NCO NZO, 2005).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří riziko infekce, akutní bolest, deficit sebeděče při koupání a nedostatečná znalost. Níže budou jednotlivé diagnózy blíže popsány. Riziko infekce patří do jedenácté domény, kterou je bezpečnost a ochrana. Před stanovením této ošetrovatelské diagnózy musíme nejprve určit, zda se vyskytuje některý z rizikových faktorů. Mezi tyto faktory patří například invazivní postupy, destrukce tkání, malnutrice, imunosuprese, nedostatečná získaná imunita, trauma, nedostatek znalostí, jak se nevystavovat patogenům a další. Kritéria, která budou v této kapitole uváděna, nejsou v souvislosti s tématem této práce. Kritériem struktury k této ošetrovatelské diagnóze je kompetentní personál, správné pomůcky k výkonu, dokumentace daného pacienta, vhodné prostředí a dostatek informací. Kritériem procesu je posouzení situace, správně provedený postup, neustálá kontrola a pozorování, záznam do dokumentace. Kritériem výsledku je dostatečná edukace pacienta a sledování možných komplikací (Nanda International, 2013; Mastiliaková, 2003).

Akutní bolest náleží do dvanácté domény, kterou je komfort. Akutní bolest trvá méně než šest měsíců a většinou rychle odezní. Pokud má bolest vyšší intenzitu, představuje pro člověka velkou zátěž, která může vyústit až v agresivní chování. Bolest má ochrannou funkci, neboť zabraňuje dalšímu poškozování tkáně. Rozeznáváme různé typy a druhy bolestí, a proto je velmi důležité, aby nám nemocný vždy svou bolest přesně popsal. Určujícím znakem akutní bolesti může být například obranné chování, obranná gesta, porucha spánku, pozorované známky bolesti, slovní vyjádření bolesti, změny dýchání, krevního tlaku či srdečního rytmu. Souvisejícím faktorem může být biologický, chemický, fyzikální či psychogenní původce zranění. Kritériem struktury je kompetentní personál a dostatek informací od nemocného. Kritériem procesu je posouzení stavu, pozorování a kontrola nemocného, naslouchání nemocnému, dostatečná informovanost, zajištění alternativních postupů zvládnutí bolesti, podání analgetik dle ordinace lékaře, zápis do dokumentace. Kritéria výsledku je pozorování

a hodnocení účinnosti alternativních metod či analgetik, záznam do dokumentace (Nanda International, 2013; Mikšová, 2006; Mastiliaková, 2003).

Deficit sebepečce při koupání spadá do čtvrté domény, kterou je aktivita a odpočinek. U nemocného se nejprve zaměříme na určující znaky, kterými jsou neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, připravit si hygienické pomůcky, osušit se či přemístit se do koupelny a zpět. Pokud se některý z těchto znaků u nemocného vyskytuje, je nutné určit jeho funkční úroveň na stupnici od nuly do čtyřky. K měření slouží hodnotící škály. Nulou hodnotíme soběstačného člověka, čtyřkou plně závislého člověka, který se vůbec nepodílí na aktivitě. Kritériem struktury je kompetentní personál, vhodné pomůcky a vybavení, prostředí a dostatek informací o nemocném. Kritéria procesu jsou posouzení celkového stavu, informování nemocného, pomoc či plné provedení hygieny, zápis do dokumentace. Kritériem výsledku je spokojený a umytý pacient (Nanda International, 2013; Mastiliaková, 2003).

Ošetrovatelská diagnóza nedostatečná znalost patří do páté domény, kterou je poznávání. Nejdříve posoudíme, zda nemocný vykazuje přítomnost určujících znaků. Například hovoří o nedostatečné znalosti, nepřesně dodržuje pokyny instruktáže, při přezkoušení vykonává instruované činnosti nepřesně, má nepatřičné chování. Sestra také může zjistit, že se nemocný nedostatečně orientuje v nové problematice, má nedostatek zkušeností, zapomíná, nemá zájem učit se nové či není obeznámen se zdroji informací. Kritéria struktury jsou kompetentní personál, informace, materiální vybavení vhodné k edukaci či nácviku nějaké činnosti. Ke kritériím procesu řadíme celkové posouzení úrovně znalostí či dovedností nemocného a na základě těchto zjištěných informací můžeme provádět nácvik či edukaci. Je nezbytné provádět opakovanou kontrolu, zda nemocný sděleným informacím rozuměl či pozorovat, jak si daný výkon nacvičil. Kritériem výsledku je samotná činnost, kterou nemocný předvede, nebo sestře sdělí zjištěné informace (Nanda International, 2013; Mastiliaková, 2003).

Strach náleží do deváté domény, kterou je zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu. Sestra posoudí přítomnost určujících znaků, které se dělí na kognitivní, behaviorální a fyziologické. U kognitivních znaků bychom mohli pozorovat sníženou schopnost učit se, řešit problémy či sníženou produktivitu. Behaviorálními znaky rozumíme útočné,

vyhýbavé chování, zvýšená ostražitost, impulzivnost. Mezi fyziologické patří bledost, nechutenství, průjem, zrychlené dýchání, pulz, zvracení a další. Souvisejícím faktorem může být jazyková bariéra, neznalost okolí, stimuly navozující fobii nebo zhoršené smyslové vnímání. Kritériem struktury je kompetentní personál, čas, komunikace a dostatek informací od nemocného. Kritériem procesu je posouzení stavu, pozorování, naslouchání nemocnému. Kritériem výsledku je pozorování a zpětná vazba s nemocným (Nanda International, 2013; Mastiliaková, 2003).

Na základě teoretických poznatků jsme vypracovali tabulku ošetrovatelských kritérií, která jsou nezbytná a charakteristická pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče viz tab. 1.

**Tabulka 1 Ošetrovatelská kritéria**

Čas
Ošetrovatelský proces
Individualizovaná ošetrovatelská péče
Informace
Rozhovor – naslouchání
Pozorování
Prostředí
Spolupráce
Kritické myšlení
Reakce
Saturace potřeb
Vědomosti
Manuální zručnost
Edukace
Pomůcky
Dokumentace
Systémy ošetrovatelské péče
Autonomie nemocného
Kontrola výsledků

## **2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit nejčastější problémy v naplňování kritérií pro saturaci potřeb
2. Zjistit, co podporuje naplňování kritérií pro saturaci potřeb
3. Zjistit názory sester na naplňování kritérií pro saturaci potřeb

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Z jakých kritérií vycházejí sestry při saturaci potřeb pacientů?
2. Jaké překážky brání sestram v efektivní saturaci potřeb pacientů?



## **3 METODIKA**

### ***3.1 Použité metody a technika výzkumu***

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření.

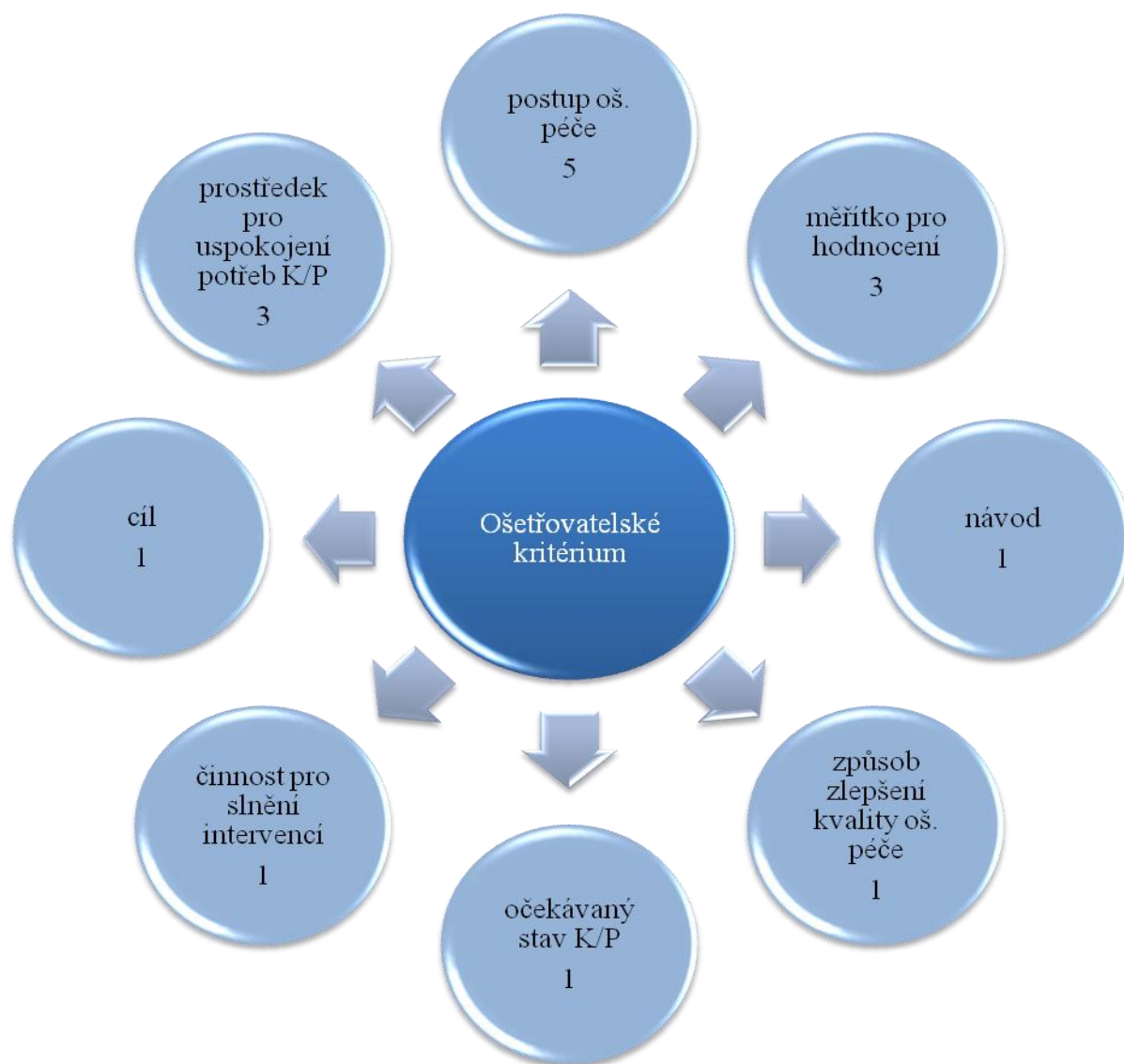
Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 1), který byl proveden se sestrami v kraji Vysočina. Rozhovor obsahoval devět otázek. Odpovědi byly zaznamenány na diktafon, následně přepsány a analyzovány. Analýza rozhovorů byla provedena pomocí zakotvené teorie podle Strausse a Glasera. Získaná data byla zpracována do SmarArtů pomocí programu Microsoft Office Word 2010.

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

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření reprezentovaly sestry z praxe v nemocnicích kraje Vysočina. Respondentek bylo celkem patnáct, z toho pět sester s magisterským vzděláním, pět sester s bakalářským vzděláním a pět diplomovaných sester. S každou sestrou byl proveden rozhovor.

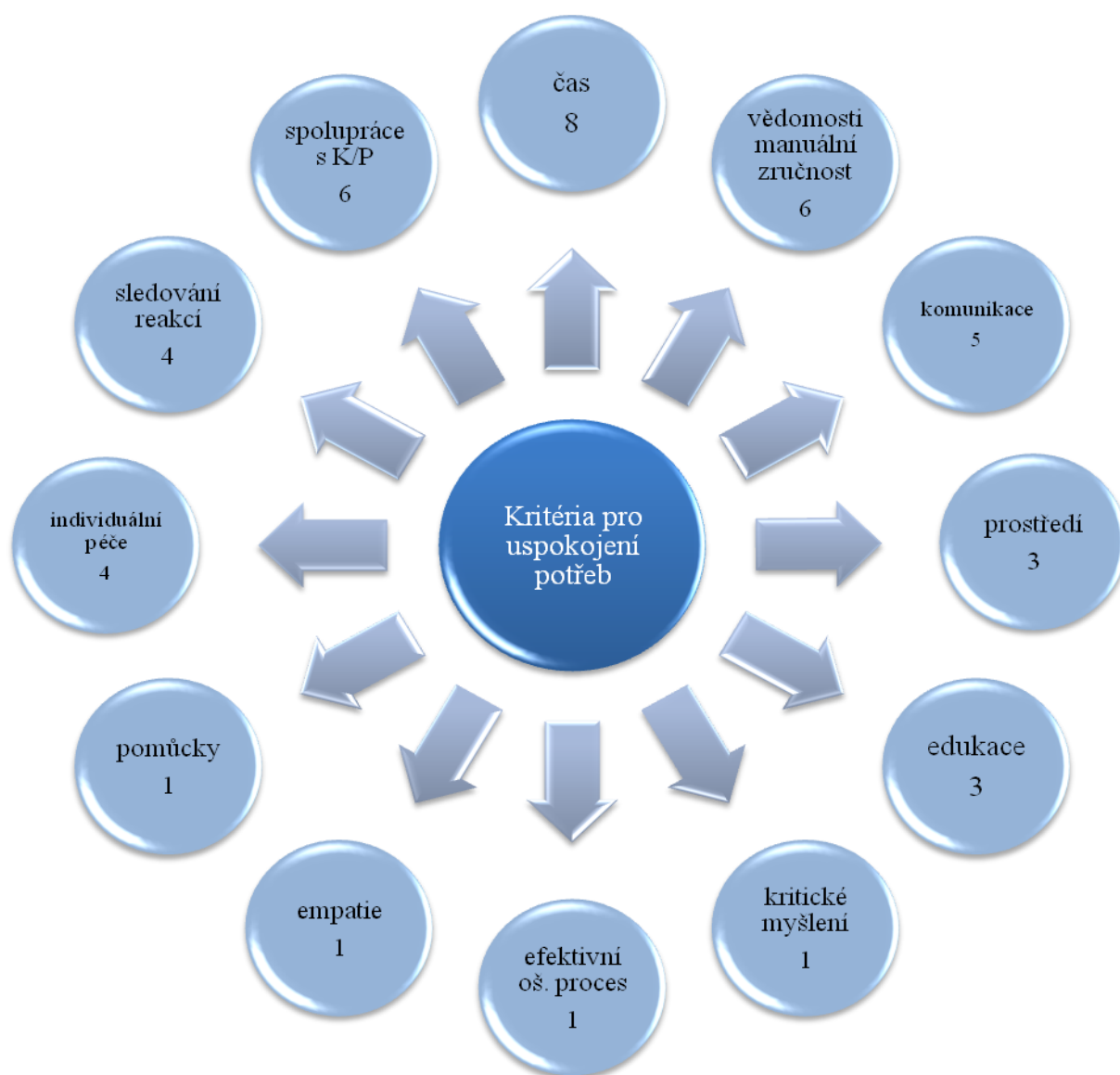
## 4 VÝSLEDKY

Schéma 1 Ošetrovatelské kritérium



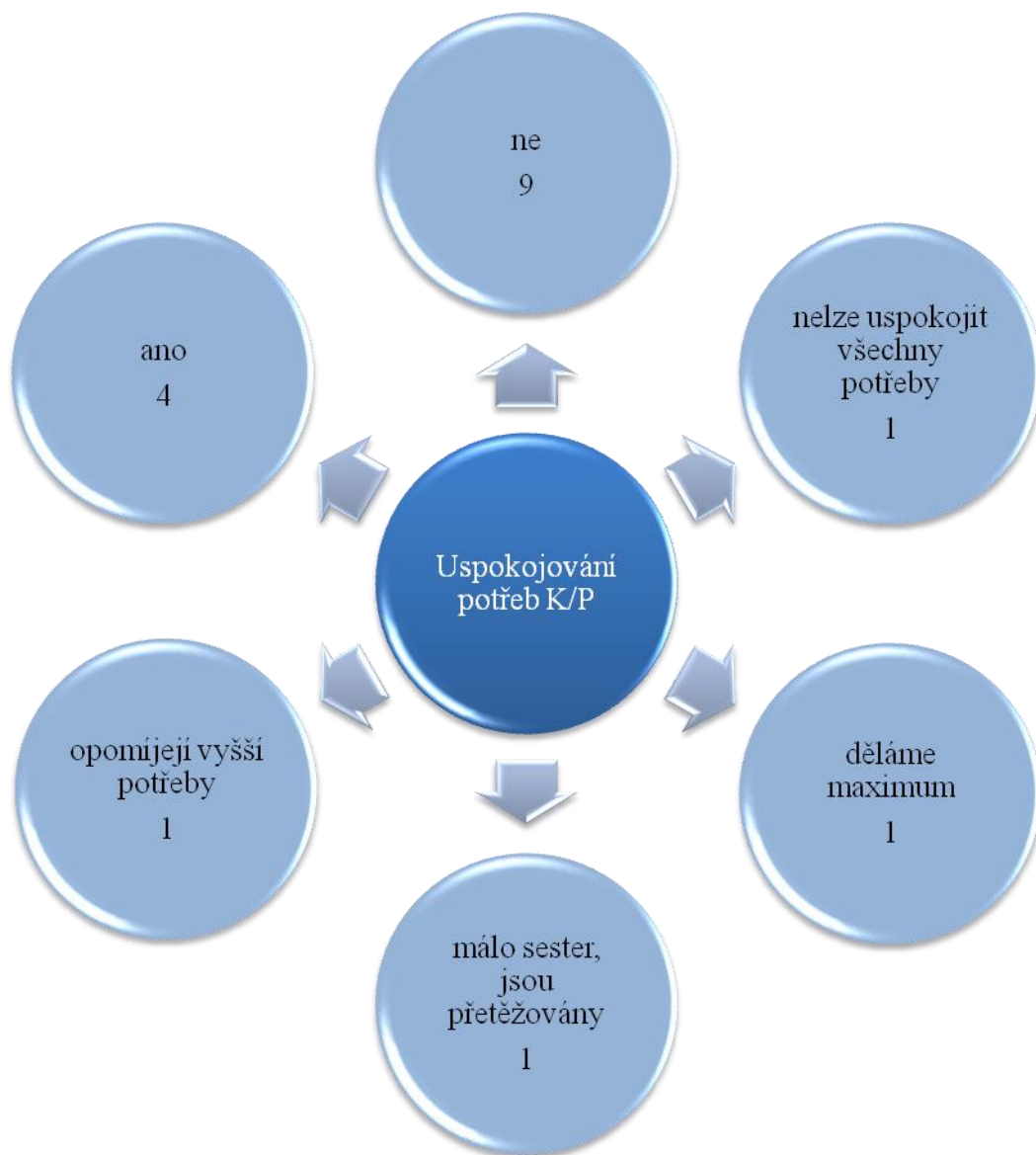
Pojem ošetrovatelské kritérium respondentky chápou jako postup ošetrovatelské péče či návod, měřítko pro hodnocení kvality a efektivity péče, prostředek k uspokojení potřeb K/P, cíl, činnost pro splnění intervencí, způsob zlepšení kvality ošetrovatelské péče a očekávaný stav K/P.

Schéma 2 Kritéria pro uspokojení potřeb



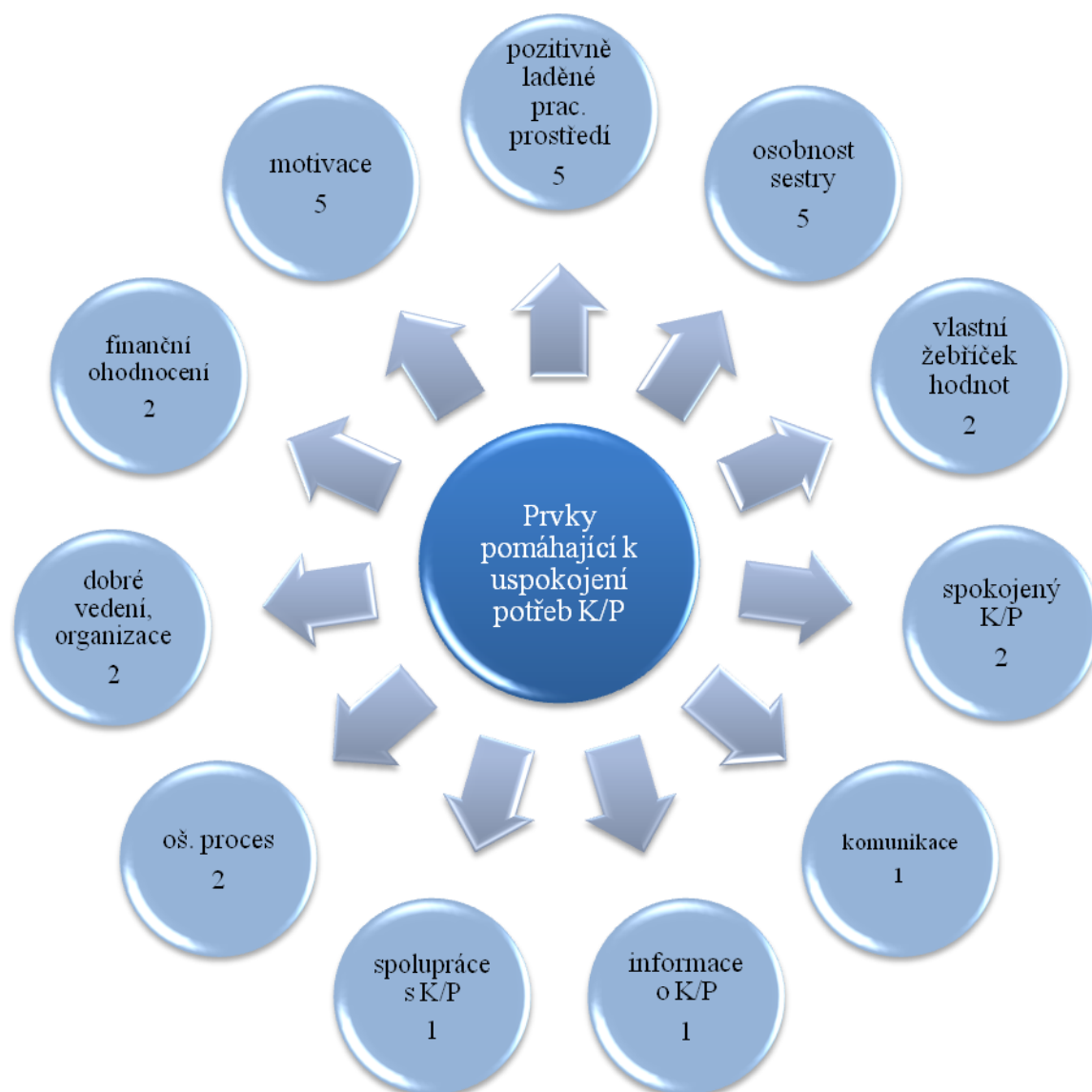
Za kritéria pro uspokojování potřeb pacientů respondentky považují čas, spolupráci s K/P, vědomosti a manuální zručnost sester, komunikaci, prostředí, edukaci, individuální péči, sledování reakcí K/P, kritické myšlení, efektivní ošetřovatelský proces, empatii a vhodné pomůcky.

Schéma 3 Uspokojování potřeb K/P



Názory respondentek na to, zda ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby K/P. Respondentky uvedly, že sestry neuspokojují všechny potřeby pacientů z důvodu malého počtu sester, které jsou přetěžovány a také to, že nelze uspokojit všechny potřeby K/P. Mnohdy jsou opomíjeny vyšší potřeby pacientů. Dále respondentka uvedla, že na oddělení dělají maximum pro uspokojení všech potřeb K/P, efektivně uspokojují všechny potřeby.

Schéma 4 Prvky pomáhající k uspokojení potřeb K/P



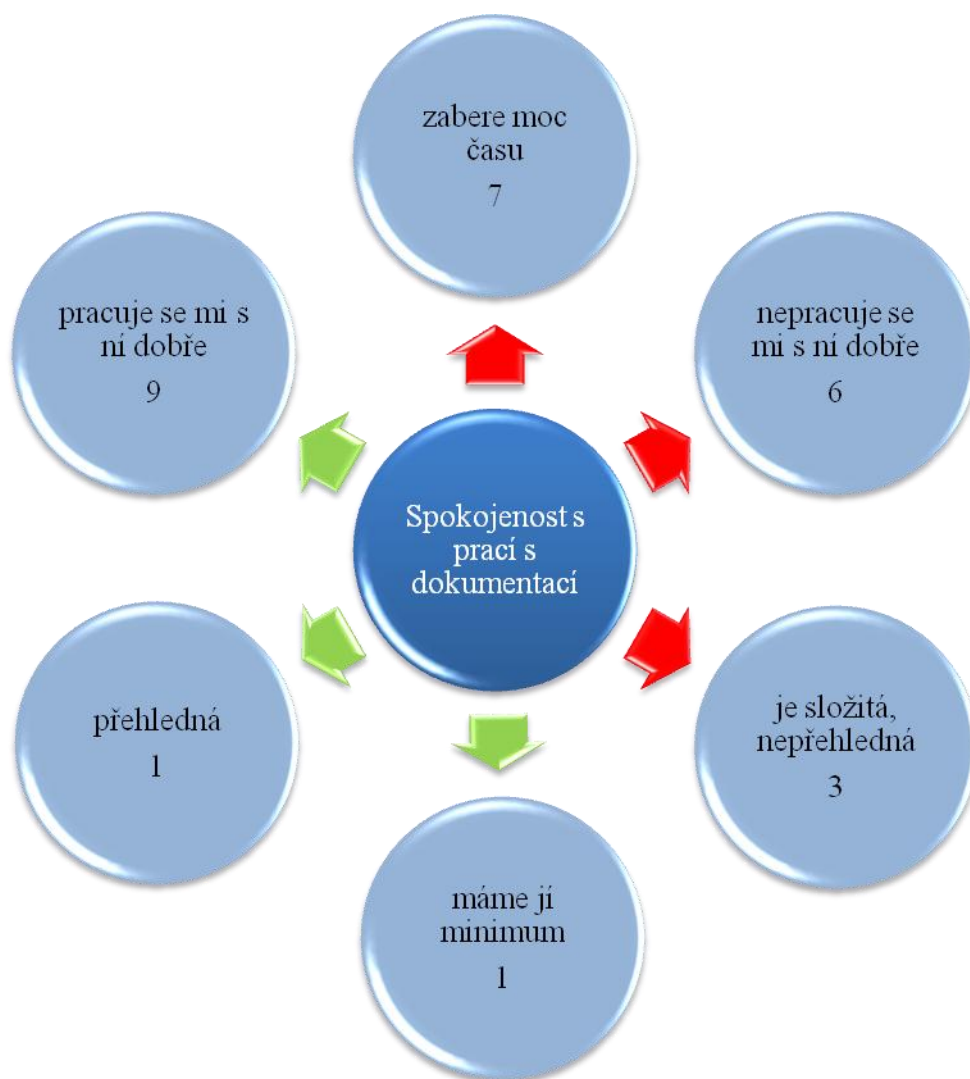
Prvky, které sestřám napomáhají k uspokojení potřeb K/P. Respondentky uvedly pozitivně laděné pracovní prostředí, motivaci, osobnost sestry, vlastní žebříček hodnot, dobré vedení, organizace, spokojený K/P, ošetrovatelský proces, spolupráce s K/P, informace o K/P, komunikaci.

Schéma 5 Překážky v uspokojování potřeb



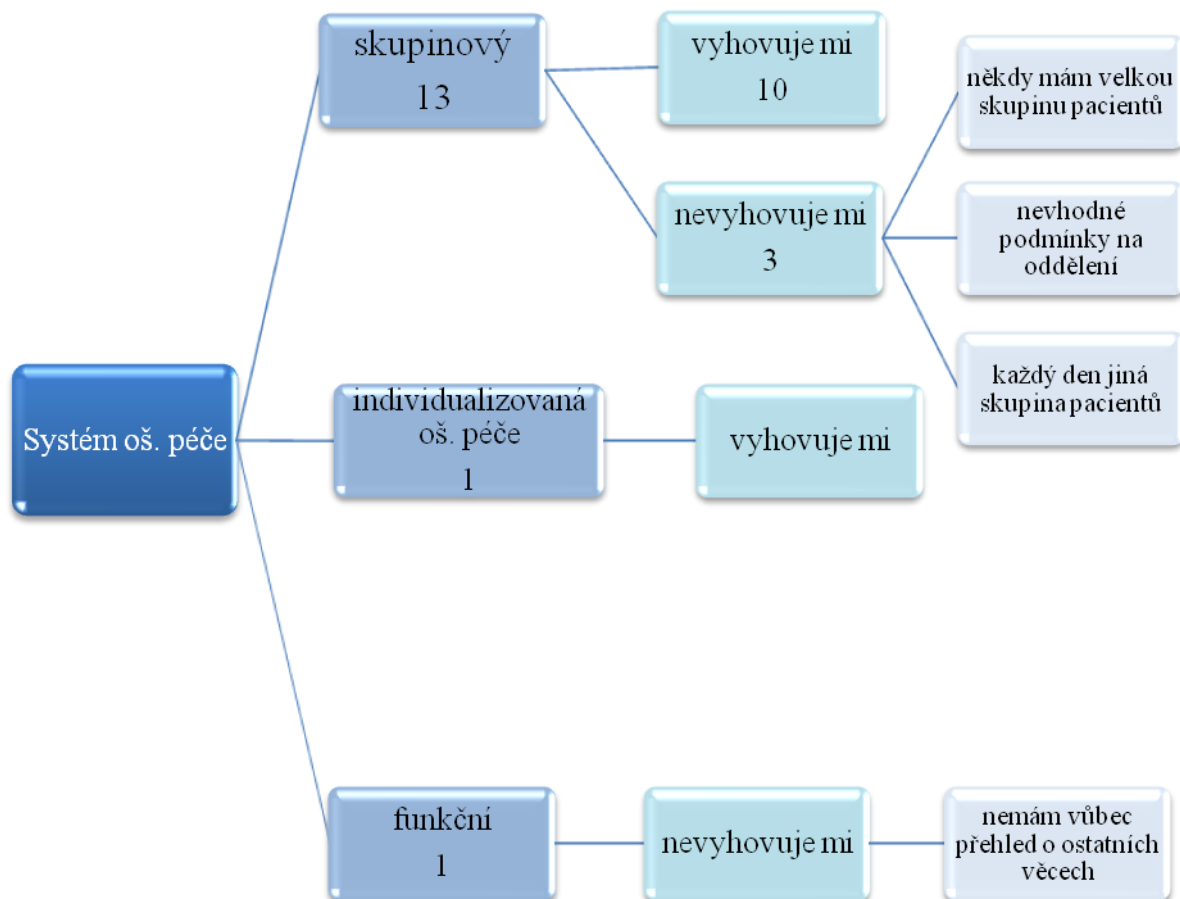
Za překážky v uspokojování potřeb K/P respondentky uvedly nedostatek personálu, nedostatek času, nadbytek dokumentace, syndrom vyhoření, nadměrné nároky kladené na sestry, nechuť sester k práci, nedostatečné ohodnocení, nedostatek kvalifikace sester, špatné vztahy na pracovišti, osobní problémy a nedostatek informací ze strany sestry.

Schéma 6 Spokojenost s prací s dokumentací



Část respondentek hodnotí práci s dokumentací pozitivně, dokumentace je přehledná, minimum dokumentace. Část respondentek negativně, neboť uvedly, že dokumentace sestrám zabírá moc času, s dokumentací se jim nepracuje dobře z důvodu složitosti a nepřehlednosti.

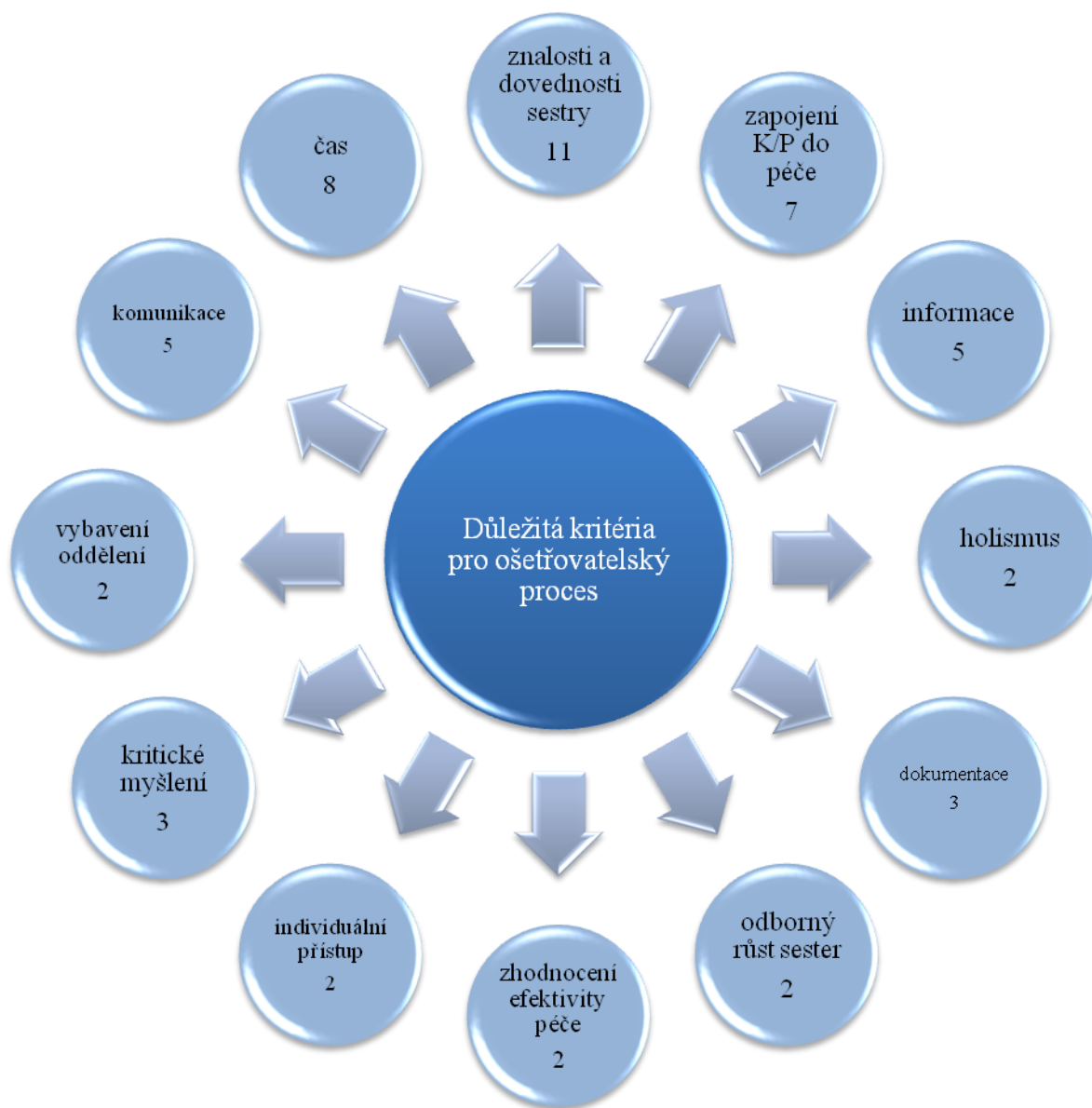
Schéma 7 Spokojenost s ošetrovatelskými systémy



Respondentky uvedly skupinový systém ošetrovatelské péče, který některým vyhovuje a některým ne z důvodu velké skupiny pacientů, nevhodným podmínkám na oddělení a také z důvodu střídání skupin pacientů. Dále respondentky uvedly individualizovanou ošetrovatelskou péči, která vyhovuje a funkční systém péče, který nevyhovuje vůbec, neboť sestra nemá přehled o ostatních věcech.

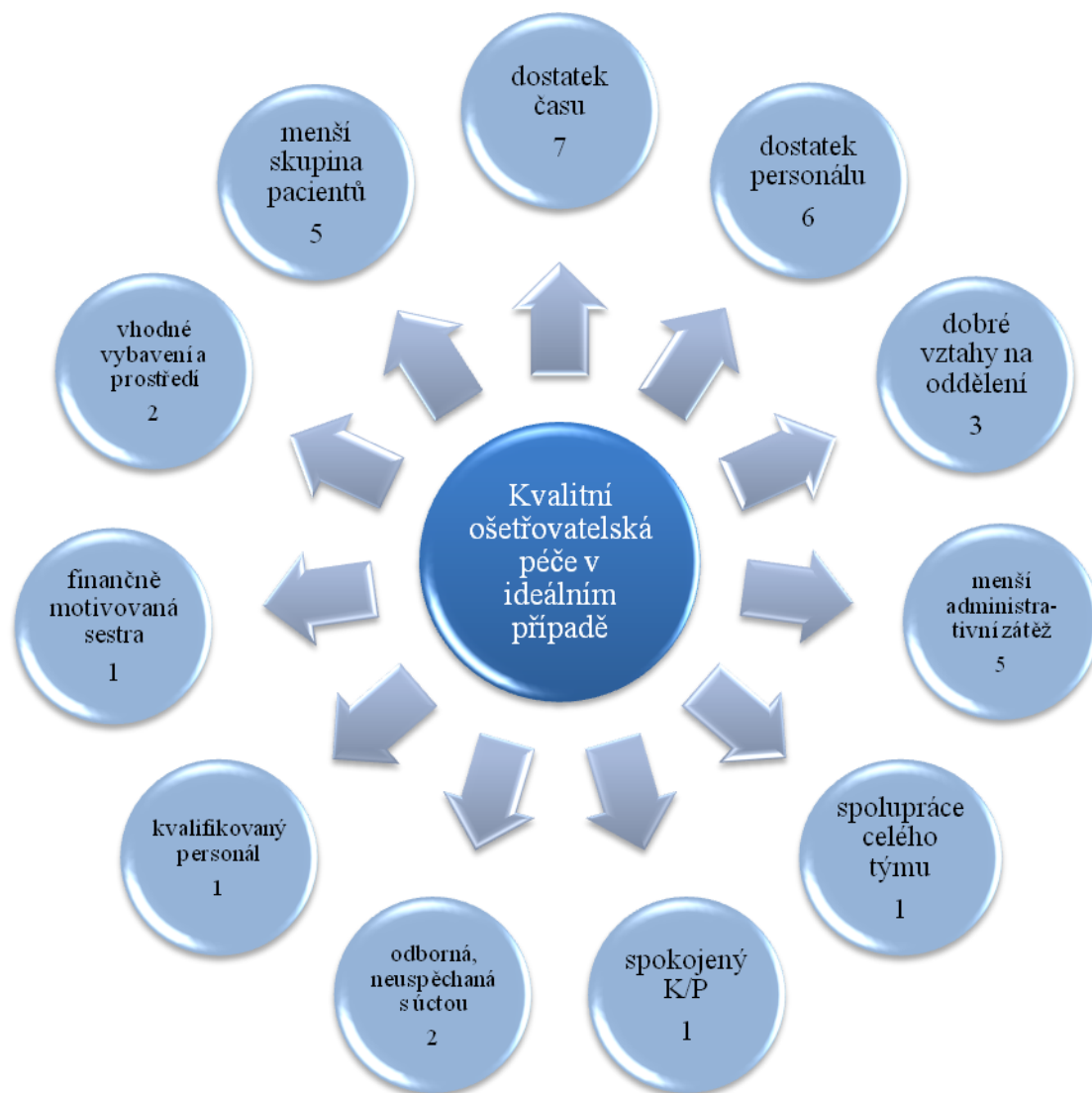


Schéma 8 Důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces



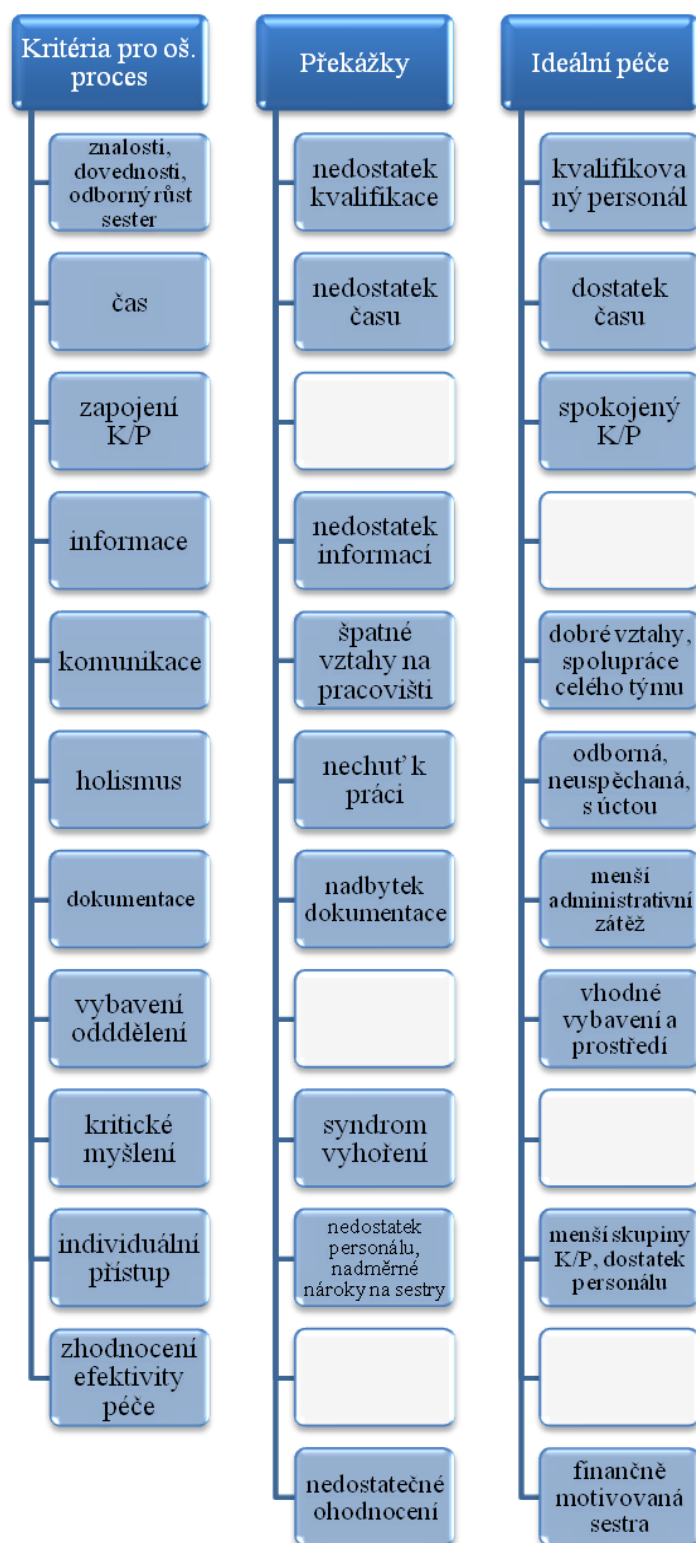
Mezi kritéria důležitá pro ošetrovatelský proces respondentky zařadily znalosti a dovednosti sester, čas, zapojení K/P do péče, komunikaci, informace, kritické myšlení, dokumentaci, vybavení oddělení, holismus, individuální přístup, zhodnocení efektivity péče a odborný růst sester.

Schéma 9 Kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě



Respondentky uvedly, že k ideální péči je potřeba dostatek času, dostatek personálu, menší skupiny pacientů, menší administrativní zátěž, dobré vztahy na oddělení, vhodné vybavení a prostředí, odbornou, neuspěchanou péči prováděnou s úctou, kvalifikovaný personál, finančně motivovaná sestra, spolupráce celého týmu a spokojený K/P.

Schéma 10 Srovnání kritérií ošetřovatelského procesu s překážkami při jeho realizaci a podmínkami pro ideální poskytování ošetřovatelské péče



Výrazně problematické pro realizaci ošetrovatelského procesu a kritéria pro kvalitní profesionální ošetrovatelskou péči jsou vzdělání, počet personálu, čas, komunikace, dokumentace, nedostatek motivace

## 5 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývala problematikou naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Výzkumné šetření bylo realizováno z pohledu sester v nemocnicích kraje Vysočina.

Zabývali jsme se otázkou, z jakých kritérií vycházejí sestry při saturaci potřeb, dále nás také zajímaly překážky, které brání sestřím v efektivní saturaci potřeb pacientů. Cílem diplomové práce bylo zjistit nejčastější problémy v naplňování kritérií pro saturaci potřeb, zjistit, co podporuje naplňování kritérií pro saturaci potřeb a zjistit názory sester na naplňování kritérií pro saturaci potřeb. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazování. Výzkumný soubor tvořilo 15 sester, z toho pět s magisterským vzděláním, pět s bakalářským vzděláním a pět diplomovaných sester. Sestřím bylo položeno celkem devět otázek. Odpovědi byly nahrávány na diktafon, přepsány a analyzovány. Po analýze a kódování jednotlivých odpovědí z rozhovorů byly vytvořeny koncepty, a následně byla zpracována schémata, která odrážejí názory respondentek na danou problematiku. Schéma 1-9 zobrazuje odpovědi respondentek na jednotlivé otázky v rozhovoru. Schéma 10 srovnává kritéria ošetrovatelského procesu s překážkami při jeho realizaci a podmínkami pro ideální poskytování ošetrovatelské péče. Výsledky budou dále popsány.

Nejprve nás zajímalo, co si respondentky představují pod pojmem ošetrovatelské kritérium. Sestry odpovídaly velmi různorodě. Asi třetina sester v první chvíli po položení otázky nevěděla, co si pod daným termínem představit. Pět sester odpovědělo, že si pod pojmem ošetrovatelské kritérium představí *postup ošetrovatelské péče či návod*. Tři sestry uvedly jako kritérium *prostředek pro uspokojení potřeb pacienta*. Dále sestry uváděly *způsob zlepšení kvality ošetrovatelské péče, očekávaný stav pacienta, činnost pro splnění intervencí a cíl*. Pouze tři sestry uvedly, že ošetrovatelské kritérium je *měřítko pro hodnocení*. Dle Krause (2005) znamená kritérium měřítko pro srovnání či posuzování více jevů, je to určující znak či norma. Překvapilo nás, že odpověď shodující se s literaturou, uvedly pouze tři sestry, a to dvě s bakalářským vzděláním a jedna diplomovaná sestra. Tyto odpovědi jsme očekávali spíše od sester s magisterským vzděláním.

V teoretické části práce jsme se dozvěděli, jaká jsou ošetrovatelská kritéria – viz tabulka 1, a proto jsme se na tato kritéria dotazovali respondentek. Osm respondentek uvedlo *čas*, jako značně důležité kritérium pro uspokojování potřeb pacienta. Sestry se shodly na tom, že čas jim ve většině případů chybí. Z teoretické části je patrné, že čas je velmi významný pro všechny fáze ošetrovatelského procesu. Obzvlášť při první fázi, kdy sestra sbírá informace o nemocném a to jak za pomoci pozorování tak samotným rozhovorem s nemocným, je čas podstatný. První fáze ošetrovatelského procesu je velice důležitá, neboť je na ní založen celý plán ošetrovatelské péče (Tóthová, 2009).

Šest sester uvedlo *spolupráci s pacientem*, neboť je důležité zapojení samotného pacienta do péče, v neposlední řadě také jeho rodiny. Jako další kritérium šest respondentek uvedlo *vědomosti a manuální zručnost sestry*, jelikož jsou nedílnou součástí ošetrovatelské profese.

Pět respondentek uvedlo *komunikaci*, která je klíčovou dovedností každé sestry. Mezi důležité prvky komunikace patří důraz na zřetelnost, dále je nutné nepoužívat nadměrně zkratky, volit vhodné načasování a podané informace vždy přizpůsobit konkrétnímu člověku (Venglářová, Mahrová, 2006).

Čtyři sestry uvedly *sledování reakcí na péči* a dle toho následně přizpůsobovat další kroky. V čtyřech případech byla uvedena *individuální péče*, která je vždy zaměřena na konkrétního pacienta s jeho aktuálními potřebami.

Tři respondentky dále uvedly *prostředí*, které hraje velmi významnou roli, jak při příjmu pacienta, tak během celého pobytu v nemocnici, kdy se sestra snaží o to, aby se cítil pokud možno co nejlépe.

Tři respondentky uvedly *edukaci*, neboť neinformovaný a nejistý pacient podléhá strachu a nejistotě, což následně vede k špatné spolupráci s ním. Dále sestry uváděly jako důležitá kritéria *vhodné pomůcky, empatii*, která by neměla chybět žádné sestře, *efektivní ošetrovatelský proces a kritické myšlení*. Ošetrovatelský proces je systematická a specifická metoda individuálního přístupu při ošetřování každého pacienta, díky ní je zajišťováno, že jsou posuzovány potřeby pacienta, které jsou následně naplňovány. Sestry při své profesní činnosti využívají kritického myšlení a pracují podle principů moderního ošetrovatelství (Habermann, Uys; 2005).

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, saturace potřeb člověka je hlavním kritériem ošetrovatelství, a proto je při této činnosti velmi významná role sestry, která by měla člověka chápat jako holistickou bytost. Z holistického hlediska lze potřeby dělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. Všechny tyto potřeby jsou ve vzájemné interakci (Tomagová, 2008). Proto jsme se tedy ptali na názor sester, zda si myslí, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta.

Čtyři respondentky odpověděly, že sestry *uspokojují všechny potřeby pacienta nebo se o to rozhodně snaží*. Devět respondentek uvedlo, že ostatní sestry *neuspokojují všechny potřeby pacienta*. Sestry si samy za sebe uvědomují, že *vždy nelze na 100% uspokojit všechny potřeby u všech pacientů*, které mají ten den na starosti, z čehož vyplývá, že *ani nelze uspokojit všechny potřeby*.

Sestry se zaměřují na prioritní potřeby, které se vztahují k aktuálnímu onemocnění či stavu. Respondentka, která pracuje na chirurgickém oddělení, uvedla, že se zaměřuje pouze na potřeby, které vyplývají z ošetrovatelského problému a potřeby, které akutně neohrožují člověka na životě, jsou pro ni spíše nedůležité, neboť na ně nemá čas. Sestry sice v práci dělají maximum, ale ani současná situace ve zdravotnictví tomu moc nepomáhá. Jak sestry uvedly, na odděleních je jich většinou málo a jsou přetěžovány. Jedna respondentka uvedla, že jsou opomíjeny zejména vyšší potřeby pacientů, na které není kladen takový důraz. Jak uvádí Svatošová (2012) duchovní potřeby jsou mnohdy opomíjeny, neboť většina zdravotníků se zajímá zejména o potřeby tělesné. Dalším faktem může být i to, že většina lidí se domnívá, že duchovní potřeby mají pouze lidé věřící, avšak mnohdy je tomu přesně naopak. Tvrzení Svatošové je opodstatněno tím, že se stará zejména o pacienty v hospici, kdežto náš výzkumný soubor tvořili v převážné většině pacienti hospitalizovaní na akutních lůžkách.

Dále jsme se zajímali o to, co sestřám pomáhá k uspokojení potřeb K/P. V pěti případech respondentky odpověděly *pozitivně laděné pracovní prostředí*, které samozřejmě souvisí se vztahy na oddělení. Multidisciplinární tým musí spolupracovat a ne pracovat vedle sebe jako jednotlivec. Proto je nesmírně důležitá komunikace mezi členy zdravotnického týmu, neboť pouze harmonickou komunikací můžeme posilovat

image zdravotnické profese, vyjadřovat důvěru a uznání klientů (Bártlová, Chloubová, Trešlová;2010).

Pět respondentek uvedlo, že by jim pomohla *motivace* ze strany zaměstnavatele či vedoucího přímo na daném oddělení a to jak formou ocenění či pochvaly, tak finančního charakteru. Klíčovým faktorem pro motivaci zdravotnických pracovníků zůstává faktor péče o pacienty, který nejvíce souvisí se spokojeností či nespokojeností s prací. Pokud chce zaměstnavatel co nejlépe motivovat své zaměstnance, musí si nejprve zjistit jejich *žebříček životních hodnot*, neboť právě ty jsou pro člověka výrazným motivem k práci (Vévoda 2013). Žebříček životních hodnot v rozhovoru uvedly dvě respondentky.

Dále jako pomoc dvě respondentky uvedly *osobnost sestry, její charakter a přístup k pacientům*. Dále jsme se dozvěděli, že sestřám také napomáhá *dobré vedení a organizace*, což vede k dobře odvedené práci sestry. K zajištění kvalitní péče je nezbytný dostatečný počet personálu, znalosti a manuální dovednosti sester, již zmíněná organizace zdravotní péče, reálný plán střídání směn a přiměřená pracovní zátěž (Vévoda, 2013).

Dvě respondentky uvedly, že k uspokojení potřeb pacienta jim napomáhá *ošetřovatelský proces* a pokud je *pacient spokojený*. Jedna respondentka uvedla, že jí k spokojenosti stačí, když jí pacient poděkuje, neboť to v dnešní době není až taková samozřejmost. Respondentky dále uvedly, že jim pomáhá, pokud je *s pacientem dobrá spolupráce*, jejíž nedílnou součástí je *komunikace*, a také pokud mají *dostatečné informace o pacientovi*. Vzhledem k těmto odpovědím se nabízí otázka, zda by nebylo vhodné zaměření v rámci celoživotního vzdělávání sester na řešení modelových problémů či situací z praxe.

Bártlová (2006) uvádí faktory vyvolávající nespokojenost sester s prací. Mezi tyto faktory patří špatné finanční ohodnocení, nedoceňování práce nadřízenými a nedostatek ošetřovatelského personálu. V roce 2013 provedla ČAS dotazníkové šetření, které mělo za úkol zmapovat pracovní podmínky zdravotníků v ČR. Provedené šetření poukázalo na několik problémových oblastí, které negativně ovlivňují poskytování ošetřovatelské péče. Jako nejvíce výrazné se ukázalo nedostatečné personální obsazení pracovišť,



nárůst administrativy, problémová komunikace a nedostatečné finanční ohodnocení (Pelikánová, 2013). Proto nás zajímali odpovědi na otázku: „Jaké jsou překážky v uspokojování potřeb?“ Respondentky odpověděly, že možnou překážkou je *nedostatek personálu na odděleních*, na kterém se shodlo osm respondentek, toto tvrzení se nám shoduje s Bártlovou (2006) a Pelikánovou (2013).

Sedm uvedlo, že mají *nedostatek času*, což je zejména způsobeno *nadbytkem dokumentace*, kterou uvedlo šest respondentek jako další překážku. Dále čtyři respondentky uvedly, že jsou *kladeny nadměrné nároky na sestry*, které jsou opět spojeny s přemírou administrativy a nedostatkem času.

Jako další možnou překážku respondentky uvedly *nechuť sester k práci* či *syndrom vyhoření*. Syndrom vyhoření se projevuje jak tělesným, tak psychickým a emocionálním vyčerpáním. Tento stav může být způsoben nadměrnou zátěží či nedostatečnou motivací, jak již bylo zmíněno (Venglářová, 2011).

Dvě respondentky se shodly na *nedostatečném ohodnocení, a to jak finančním, tak formou ocenění či pochval*. Tato skutečnost se také shoduje s tvrzením Bártlové (2006) a Pelikánové (2013), jak bylo uvedeno výše.

Dále dvě respondentky uvedly *špatné vztahy na pracovišti* a *nedostatek kvalifikace některých sester, nedostatek informací* a *osobní problémy*, jako možné překážky.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu, který je v ní písemně zaznamenán. Zajímali nás názory sester na to, jak se jim s ošetrovatelskou dokumentací pracuje a jestli by na ní něco změnily. Devět respondentek odpovědělo, že se jim sice s dokumentací pracuje *dobře*, ale sedm z nich uvedlo, že jim *zabere příliš času*, který by mohly strávit s pacienty. Je vidět, že problematika nedostatku času se významně opakuje.

Všechny respondentky se shodly na tom, že je v dnešní době *přemíra administrativní práce sestry*, přičemž některé formuláře jsou dle sester zbytečné. Několik respondentek si stěžovalo na lepení laboratorních výsledků, které jsou v elektronické podobě, ale sestry musí ještě lepit písemnou podobu do dokumentace každého pacienta, což jim zabírá hodně času.

Šest respondentek uvedlo, že se jim s dokumentací *nepracuje dobře*, jako možný důvod uvedly *složitost* a *nepřehlednost*. Jak již bylo zmíněno, dokumentace sestrám *zabírá více času než by měla*, což se mnohdy odráží zejména na kratší době strávené u lůžka pacienta. Jedna respondentka uvedla, že ošetrovatelská dokumentace je *100% potřebná, ale u většiny sester je to nenáviděná povinnost, která ve výsledku nepřináší výsledky, které by měla přinášet*.

Pouze jedna respondentka uvedla, že mají *přehlednou dokumentaci* a tou je Optiplan, se kterým je *spokojena*. Jedna respondentka uvedla, že mají na oddělení *minimum dokumentace*, což je zásluhou vrchní sestry, která jim v tomto směru vychází vstříc a snaží se práci sestrám ulehčit.

Zajímalo nás také, jaké systémy ošetrovatelské péče mají dotazované sestry na odděleních. Třináct respondentek odpovědělo *skupinový systém*, který deseti z nich *vyhovuje*. Jak uvádí Vytejšková (2011) v systému skupinové péče je sestra přidělena k určité skupině pacientů, o které se stará po celou dobu služby. Mezi hlavní výhodu tohoto typu péče patří zejména to, že sestra může lépe poznat nemocného. Tři respondentky uvedly, že jim tento systém péče *nevyhovuje*. Jako důvod byl uveden *velký počet pacientů ve skupině*, kdy sestra není schopna se všem věnovat stejným způsobem, dalším negativem byly *nevhodné podmínky* pro skupinový systém na oddělení a jedna respondentka uvedla, že jí *nevyhovuje střídání skupin pacientů*, neboť nemůže efektivně plánovat ošetrovatelskou péči a soustředit se na nově vznikající problémy a kontrolovat pokroky v péči.

Jako další systém ošetrovatelské péče byla uvedena *individualizovaná ošetrovatelská péče*. Respondentka uvedla, že pracuje na jednotce intenzivní péče, kde má po celou dobu směny na starosti pouze jednoho pacienta, kterému se může plně věnovat a uspokojovat tak všechny jeho potřeby. Tento systém respondentce *velmi vyhovuje* a přála by si, aby to takovým to způsobem mohlo probíhat na více odděleních. Poslední respondentka uvedla *funkční systém ošetrovatelské péče*. Jak uvádí Vytejšková (2011) pro funkční systém jsou typické jednotlivé výkony, které bude po celou službu vykonávat. Největším problémem u tohoto typu péče je, že práce není zaměřena na individuální přístup k nemocnému, ale pouze na výkon. Tuto skutečnost nám

potvrzuje i výpověď respondentky, které systém vůbec *nevyhovuje*, neboť při denní službě, kdy jsou na oddělení dvě sestry, má jedna na starosti péči o všechny pacienty a druhá se po celou dobu směny věnuje pouze dokumentaci a ostatním administrativním úkonům.

V teoretické části jsme se zmínili o ošetrovatelském procesu jako kritériu pro moderní ošetrovatelství, a proto jsme se nadále zajímali o kritéria, která jsou podle sester důležitá pro ošetrovatelský proces. Jedenáct respondentek uvedlo, že důležitým kritériem jsou *znalosti a dovednosti sestry*, s čímž bezpochyby souvisí znalost ošetrovatelského procesu a jeho správné využití v praxi.

V osmi případech se respondentky shodly na *čase* jako důležitém kritériu, neboť pokud nemá sestra dostatek času, nemůže od pacienta získat dostatečné informace, které vedou ke správnému zhodnocení a následně k poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče.

*Informace* jako důležité kritérium uvedlo pět respondentek. Sedm respondentek se shodlo na *zapojení pacienta* jako partnera *do péče*, kdy je kladen důraz zejména na plánování péče a určení si společných cílů.

Pět respondentek se shodlo na *komunikaci*, tři respondentky uvedly *dokumentaci* a *kritické myšlení*, které je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu. Ve dvou případech se sestry shodly na *vhodném vybavení na oddělení*, protože pokud má být poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče, musí být k dispozici kvalitní prostředky, dále pak *individuální přístup ke každému pacientovi*, který souvisí s *holismem*, jako dalším důležitým kritériem, neboť pouze celostní pohled na nemocného nám umožní efektivní uspokojování jeho potřeb.

*Zhodnocení efektivity péče* je dalším kritériem a zároveň nezbytnou součástí páté fáze ošetrovatelského procesu. V neposlední řadě je to *odborný růst sestry*, který úzce souvisí s vysokoškolským vzděláním, odbornými semináři či konferencemi.

Na základě informací z předchozí otázky nás zajímalo, jak kritéria pro ošetrovatelský proces souvisí s představou o ošetrovatelské péči v ideálním případě. Respondentky odpověděly, že v ideálním případě by měly především *více času na pacienty*, což uvedlo sedm respondentek, šest respondentek dále uvedlo *dostatek personálu*, s čímž souvisí další výpověď respondentek, které uvedly jako ideál *menší*

*skupinu pacientů*, a to v pěti případech. Jedna respondentka uvedla, že pokud má na starosti ve své skupině patnáct pacientů, kteří jsou navíc převážně nesoběstační, nemůže se jim v žádném případě věnovat všem stejně a zároveň se nedá mluvit o kvalitní péči.

Jak již bylo zmíněno, respondentky uvedly jako ideální případ dostatek času, který je úzce spojen s další odpovědí, kterou je *menší administrativní zátěž*, na níž se shodlo pět respondentek.

Tři respondentky uvedly jako ideální případ *dobré vztahy na oddělení*, protože pokud vládne na oddělení dobrá atmosféra, přenesse se tento stav přes sestry na pacienty.

Dvě respondentky uvedly *vhodné vybavení a prostředí*, které je nezbytností pro každé nemocniční zařízení, dále uvedly *odbornou ošetrovatelskou péči*, která *není uspěchaná* a je *prováděna s úctou*. Jako další ideály byly jmenovány *kvalifikovaný personál*, *finančně motivovaná sestra*, *spolupráce celého ošetrovatelského týmu* a v neposlední řadě *spokojený pacient*.

Je zajímavé, že všechny problémové oblasti, které negativně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče, jak bylo výše uvedeno Bártlovou (2006) a Pelikánovou (2013), dotazované respondentky uvedly v pozitivním slova smyslu do ideálu ošetrovatelské péče. Z uvedených informací je tedy patrné, že v praxi není zdaleka ideálu dosaženo.

Porovnali jsme odpovědi respondentek na otázky: „Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?“, „Co shledáváte jako možné překážky při uspokojování potřeb?“ a „Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?“ (Schéma 10). Kritériem pro ošetrovatelský proces jsou dle respondentek *znalosti a dovednosti sester* a jejich *odborný růst*. Tato odpověď se promítla i do ideální péče, pro kterou byl uveden *kvalifikovaný personál*. Nastává však překážka, kterou dotazované respondentky vidí zejména v tom, že sestry mají *nedostatek kvalifikace* pro ošetrovatelský proces, což je zajímavé tvrzení.

Dalším uvedeným kritériem pro ošetrovatelský proces byl *čas*. V ideálním případě by měly sestry *dostatek času na své pacienty*, realita je ovšem jiná. *Nedostatek času* dotazované sestry shledávají jako největší překážku, jak v uspokojování potřeb pacientů, tak ve své profesi.

Následujícím kritériem pro ošetrovatelský proces bylo uvedeno *zapojení pacienta do ošetrovatelské péče*. K tomuto kritériu dotazované neshledaly žádnou překážku, což může znamenat, že nemocného běžně do péče zapojují, ale také nemusí. Sestry uvedly, že v ideálním případě je *pacient s péčí spokojený*, z čehož vyplývá, že pokud je pacient nespokojený, není zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče.

*Informace* byly dalším kritériem pro ošetrovatelský proces. V ideální péči se respondentky k tomuto výrazu nevyjádřily a jako možnou překážku shledávají *nedostatek informací*, který může být způsoben i z důvodu nedostatku času na pacienta a následnému nedostatečnému sběru informací.

Se správným sběrem informací souvisí následující kritérium, kterým je *komunikace*. V praxi nestačí pouze dobře komunikovat s pacientem, je také obzvláště důležitá správná komunikace s kolegy ve zdravotnickém týmu, jak uvádí Bártlová, Chloubová, Trešlová (2010), neboť *dobré vztahy a spolupráce celého týmu* bylo respondentkami uvedeno jako ideál péče. Možná překážka tedy může nastat v případě, pokud jsou *špatné vztahy na pracovišti*.

Dalším kritériem pro ošetrovatelskou péči je *holismus*, bez kterého by ošetrovatelská profese nemohla ani existovat. Ideální péče by měla dle respondentek být *odborná, neuspěchaná a prováděná s úctou*. Jako překážku respondentky shledávají *nechuť některých sester k práci*, což může být způsobeno vlivem nedostatku času či nedostatečnou motivací.

*Dokumentace* je dalším kritériem pro ošetrovatelský proces, neboť jak udává zákon 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, každé zdravotnické zařízení je povinno vést zdravotnickou dokumentaci. Respondentky uvedly, že v ideálním případě by byla na sestry kladena *menší administrativní zátěž*. Realita je ovšem taková, že sestry pociťují *nadbytek dokumentace*, který může být způsoben jak dvojitým vedením dokumentace, a to v písemné a elektronické podobě (Vytejková, 2011), tak velkým množstvím formulářů jako je například Barthelův test soběstačnosti, diabetická karta, akutní karta, bilance tekutin, vyhodnocení rizika dekubitů či pádů a další (Vondráček, 2006).

*Vybavení* na odděleních je dalším kritériem pro ošetrovatelský proces, který se přenesl i do ideálu péče, respondentky ještě uvedly *prostředí*, které hraje také významnou roli v péči o pacienty. V tomto případě respondentky žádné překážky neuvedly, a proto můžeme předpokládat, že jsou s prostředím spokojeny.

*Kritické myšlení* je jednoznačným kritériem pro ošetrovatelský proces, neboť pouze kriticky myslící sestra dokáže efektivně naplánovat ošetrovatelskou péči. Jako překážku respondentky shledaly *syndrom vyhoření*, neboť vyhořelá sestra nedokáže kriticky myslet, nemá zájem ani energii. Přestože si respondentky myslí, že kritické myšlení je součástí ošetrovatelského procesu, tak ho do ideálu neuvedly.

Předposledním kritériem pro ošetrovatelský proces je *individuální přístup* k pacientovi, který by byl v ideálním případě zajištěn *menšími skupinami pacientů* a *dostatkem personálu* na odděleních. Jako překážky bránící individuální péči respondentky uvedly *nadměrné nároky kladené na sestry* a *nedostatek personálu* na odděleních, což se shoduje s tvrzením Bártlové (2006) a Pelikánové (2013).

Jako poslední kritérium pro ošetrovatelský proces respondentky uvedly *zhodnocení efektivity péče*. Možné překážky ani péči v ideálním případě k tomuto kritériu neuvedly, což může znamenat, že to berou jako samozřejmost, nebo se to v praxi nedělá.

Respondentky ještě uvedly, že v ideálním případě vypadá péče tak, že je sestra *finančně motivovaná*. Jako možnou překážku shledávají *nedostatečné ohodnocení sester*, což se opět shoduje s tvrzením Bártlové (2006) a Pelikánové (2013).

## 6 ZÁVĚR

Smyslem diplomové práce bylo zjistit pohled sester na naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. S ohledem na dané téma byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bylo zjistit nejčastější problémy v naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta. Z výsledků šetření vyplynulo, že jako největší problém sestry shledávají nedostatek personálu na odděleních, nedostatek času, nadbytek dokumentace, nadměrné nároky kladené na sestry a syndrom vyhoření. Druhým cílem bylo zjistit, co podporuje naplňování kritérií pro saturaci potřeb. Výsledky nám ukázaly, že sestřám nejvíce pomáhá pozitivně laděné pracovní prostředí, motivace především ze strany zaměstnavatele a osobnost sestry. Třetím cílem bylo zjistit názory sester na naplňování kritérií pro saturaci potřeb. Ukázalo se, že většina dotázaných si myslí, že sestry efektivně neuspokojují všechny potřeby pacientů a to z několika důvodů, mezi kterými bylo uvedeno málo sester, které jsou přetěžovány, sestry dělají maximum, ale i přesto nelze uspokojit všechny potřeby pacientů. Dalším zjištěním bylo, že jsou opomíjeny vyšší potřeby pacientů. Méně než třetina sester uvedla, že sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacientů.

Diplomová práce byla zpracována kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly nahrány na diktafon, následně přepsány a analyzovány. Analýza rozhovorů byla provedena pomocí zakotvené teorie podle Strausse a Glasera. Získaná data byla kategorizována a pro lepší přehlednost zpracována do SmartArtů.

Pro kvalitativní šetření jsme si určili dvě výzkumné otázky. 1. Z jakých kritérií vycházejí sestry při saturaci potřeb pacientů? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že důležitým kritériem pro saturaci potřeb pacienta je pro sestry čas, vědomosti a manuální zručnost, spolupráce s pacientem, sledování reakcí pacienta, komunikace a individuální péče. 2. Jaké překážky brání sestřám v efektivní saturaci potřeb pacientů? Zjistili jsme, že sestry jsou nejvíce znepokojeny nedostatkem personálu, nadbytkem administrativní zátěže a nedostatkem času. Z uvedeného vyplývá, že sestry sice o kritériích vědí, ale současné podmínky jim nedovolují tato kritéria využívat.

Výsledky této práce mohou být využity jako drobný příspěvek k aktuálně probíhajícímu úsilí ČAS.



## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ACKLEY, B. J. and G. B. LADWIG, 2011. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9. vyd. St. Louis: Mosby-Elsevier, ISBN 978-0-323-07150-5.

AGGLETON, P. and H. CHALMERS, 2000. *Nursing models and nursing practice*. 2. vyd. New York: Palgrave, ISBN 0-333-48822-9.

ALFARO-LEFEVRE, R., 2006. *Applying nursing process: a tool critical thinking*. 6. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, ISBN 0781-5378-3.

ARCHALOUSOVÁ, A. a Z. SLEZÁKOVÁ, 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, ISBN 80-86225-63-1.

BÁRTLOVÁ, S., Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra – lékař*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 978-80-7013-526-6.

BÁRTLOVÁ, S. a S. MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-306-6.

ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.

FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-227-8.

HABERMANN, M. and L. R. UYS, 2005. *The nursing process: a global concept*. 1. vyd. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, ISBN 0443101914.

HOLUBOVÁ, A. a A. PÁLKOVÁ, Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci? *Sestra*, Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, č. 1, s. 29-31. ISSN 1210-0404.

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

JAROŠOVÁ, D., 2003. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, ISBN 80-7042-339-0.

KILÍKOVÁ, M., Kvalita vedenia ošetrovatelskej dokumentácie v praxi. *Kontakt*, České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009, roč. 1, č. 11, s. 232-238. ISSN 1212-4117.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. české vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-0278-9.

KRAUS, J., 2005. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. 1. vyd. Praha: Academia, ISBN 978-80-200-1351-4.

KRISTOVÁ, J., 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. vyd. neuvedeno. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-160-3.

MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 978-80-7013-457-3.

MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0429-9.

MASTILIAKOVÁ, D., 2003. *Úvod do ošetrovatelství II. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0428-0.

MÁŠOVÁ, R. a M. HAVRDLÍKOVÁ, Standardy ošetrovatelské péče dle Donabediána. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2009, roč. 19, č. 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Standard aplikace metody ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe, příloha 3 [online] 2010 [2014-03-28] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece\\_2889\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_2889_15.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, Standard vedení ošetrovatelské dokumentace, příloha 4 [online] 2012 [2014-03-28] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece\\_2889\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_2889_15.html)

MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1442-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4328-8.

NCO NZO, 2005. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-283-3.

NCO NZO, 2002. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-282-5.

NCO NZO, 2004. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-270-1.

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1150-8.

OTÁSKOVÁ, J. Příjem, překlad, propuštění [online] 2002-2014 [2014-03-28]  
Dostupné z:  
[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=10&kod\\_kurzu=kos\\_s\\_392](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=10&kod_kurzu=kos_s_392)

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1211-3.

PELIKÁNOVÁ, M., Průzkum: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013, roč. 23, č. 11, s. 3-7. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3558-0.

POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2358-7.

SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-1091-4.

ŠČEPOŇCOVÁ, S., Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2009, roč. 19, č. 11, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

ŠULISTOVÁ, R. a M. TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, ISBN 978-80-7394-246-5.

TOMAGOVÁ, M. et al., 2008. *Potreby v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

TOMEK, V., Ošetrovatelská dokumentace. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 5, s 238-239. ISSN 1801-464X.

TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2006. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-324-4.

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

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, J., Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. *Florence*. Praha: Galén, 2006, roč. 2, č. 5, s. 48. ISSN 1801-464X.

VONDRÁČEK, L. et al., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2763-9.

VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3419-4.

WEBER, J. and J. KELLEY, 2003. *Health assessment in nursing*. 2. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 0-7817-3207-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Constitution of the World health organization [online] 2014 [2014-02-19] Dostupné z: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. 1. vyd. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-247-2.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Sestra

Pacient/klient

Ošetřovatelský proces

Potřeby

Kritérium

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1 Rozhovory se sestrami



## **Příloha 1**

### **Rozhovor 1**

#### **Otázka 1**

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Jakýsi postup ošetrovatelské péče, jehož cílem je co nejkvalitnější a nejnávaznější péče o pacienta/klienta. Správně stanovená kritéria by měla sestře sloužit jako jakýsi návod na péči o pacienta/klienta, upozorňovat na možná rizika.

#### **Otázka 2**

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Podle mého názoru je velice důležité zapojit do ošetrovatelské péče samotného pacienta/klienta. Sledovat jeho reakce na naši péči a podle toho přizpůsobovat následující kroky. Soustředit se nejen na postupy konkrétního výkonu, ale zohledňovat pacienta/klienta jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost. Uvědomit si, že každá sebemenší reakce pacienta/klienta, byť negativní je pro nás důležitá.

#### **Otázka 3**

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: To je těžké jednoznačně říci. Určitě se liší ošetrovatelská péče od sestry k sestře. Sama si uvědomuji, že potřeby pacientů/klientů vždy neuspokojuji na 100%. Myslím si, že současná situace v oblasti českého ošetrovatelství tomu také ani trochu nepomáhá. Sester je celkově na jednotlivých odděleních málo, v práci jsou často přetěžovány jak psychicky, tak fyzicky. Nemám ráda frázi, že sestra nemá na takovéto věci čas. Ale když si vezmete kolik sester na oddělení je na jednu směnu, a jak často chodí do práce, není k tomu takřka ani možnost. Ale nemyslím si, že by sestry špatně uspokojovaly potřeby pacientů/klientů. Ze své zkušenosti si myslím, že dělají, co je v jejich silách.

#### **Otázka 4**

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Určitě pozitivně laděné pracovní prostředí. Pak také vedení oddělení. Důležité jsou podle mého názoru také mezilidské vztahy mezi pracovníky na oddělení. A v neposlední řadě je to také finanční ohodnocení.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Překážkou je podle mého názoru nedostatek personálu na jednotlivých odděleních. Stresové prostředí. Špatné vztahy se spolupracovníky. Tlak ze strany vedení. Nedostatečné finanční ohodnocení. A pak i myslím, že profese sestry jako samostatně fungující jednotky není mezi lékaři doposud plnohodnotně přijata.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Pracuje se mi s ní celkem dobře, ale asi jako každý v dnešní době si myslím, že dokumentace je až moc. Chápu, že je třeba vše řádně zapsat, a že tím chráníme jak sebe, tak pacienty, že by měla zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Ale pak opravdu sestry tráví spoustu času nad dokumentací a již není tolik času na pacienta/klienta, sestra si s ním nemůže pořádně popovídat.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Na našem oddělení uplatňujeme skupinový systém ošetrovatelské péče. Moc mi tento systém nevyhovuje. Jeden den máme jednu skupinu pacientů/klientů a druhý den třeba zase jinou. Nemůžeme efektivně plánovat ošetrovatelskou péči a soustředit se na nově vznikající problémy a kontrolovat pokroky v péči.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Dodržovat základní etická pravidla, dodržovat standardní postupy ošetrovatelské péče, zapojovat pacienta/klienta do péče, popřípadě i jeho rodinu. Nutná je také

multioborová spolupráce napříč zdravotnickými povoláními. Sběr dostatečných a relevantních informací, jejich správné zhodnocení, stanovení problémů, stanovení reálných cílů, dodržování stanovených postupů a následné zhodnocení efektivity péče.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Taková péče, která se nejen soustřeďuje na postupy a objektivní hodnocení pacientů/klientů. Soustřeďuje se i na pacientovo chování, prožívání. Při sebemenší negativní reakci zkoumá jeho příčinu. Dostatek personálu na odděleních a s tím související dostatek času mluvit s pacientem/klientem. Efektivně pozorovat reakce pacienta/klienta na naší péči. Snížení stresových faktorů na odděleních. Také jsou podle mého názoru důležité vztahy na oddělení. A v neposlední řadě také hodně záleží na vedení oddělení i nemocnice.

#### Rozhovor 2

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Nevím přesně, co si pod tímto pojmem představit. Ale asi bych pojem zařadila někam do ošetrovatelského procesu, kdy se sledují potřeby a problémy pacientů a na základě kterých se tvoří plán ošetrovatelské péče s diagnózami a cíly pro dané problémy. Takže považuji kritérium za jakýsi cíl, kterého chci dosáhnout během realizace ošetrovatelského procesu.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Důležité je, aby byly uspokojeny potřeby pacienta a kritéria jsou vhodná zvolit na základě toho, jaká potřeba má být uspokojena.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Rozhodně si nemyslím, že všechny sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta. Jsou sestry, které velice často opomíjejí na tzv. vyšší potřeby pacienta a nedokážou pacientovi pomoci s uspokojením těchto potřeb.

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Sestra, která dokáže efektivně uspokojit všechny potřeby pacienta má určité dostatečné znalosti z oblasti potřeb a realizace ošetrovatelského procesu. Důležitá je také osobnost sestry, její charakter a přístup k pacientům. Takováto sestra má určité i srovnaný svůj vlastní žebříček hodnot, a proto tak dobře dokáže porozumět pacientům a jejich potřebám.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Možnou překážku vidím v neinformovanosti – nevzdělanosti, syndromu vyhoření a nechutí k práci.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Práce s dokumentací mi celkem vyhovuje. Jen by bylo vhodné změnit zpracování hlášení sester, protože z mých zkušeností vím, že pokud u pacienta nedošlo k nějaké mimořádné události či změně stavu, píše se pořád jedno a to samé hlášení pořád dokola, což je v podstatě ztráta času a zbytečnost. Jinak jsem s dokumentací spokojená, je přehledná a je zde prostor pro plány ošetrovatelské péče a také obsahuje edukační složku, která nás sestry vede k tomu, abychom pacienty edukovaly a nedocházelo tak u pacientů k deficitům informací.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Na oddělení máme zaveden systém skupinové ošetrovatelské péče. Oddělení máme rozděleno na dvě poloviny, kdy jedna sestra má jednu polovinu pacientů a druhá druhou. Vychází to tak, že jedna sestra se tak může starat o 1 až 12 pacientů, dle obloženosti lůžek. S tímto systémem jsem vcelku spokojená, jen mi občas vadí, že nemám přehled i o ostatních pacientech, v případech, kdy se řeší nějaká situace v rámci celého zdravotnického týmu. Ale vyhovuje mi, že mám dané své pacienty, o které se po celý den starám a mám i dostatek času se jim věnovat. Bohužel někdy dochází i k tomu, že pacientů je mnoho a nejsem schopna se všem věnovat stejně. Některým se věnuji více a jiným méně, což by mohlo být vyřešeno tím, že místo dvou skupin bychom měli na oddělení tři.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Aby mohl ošetrovatelský proces v praxi dobře fungovat, musí být zavedená správná dokumentace, která pokryje veškeré části procesu a zároveň nebude pro sestry obtěžující s ní pracovat. Dále je důležité, aby sestry měly znalosti o ošetrovatelském procesu a naučily se ho využívat v praxi. A nejdůležitější součástí je pacient, se kterým by sestra měla strávit dostatek času, aby byla schopna o něm získat co nejvíce informací a na základě jeho potřeb mu poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: V ideálním případě, by měla sestra určitou skupinu pacientů, kterým by byla schopna se věnovat tak, aby byly pokryty veškeré jejich potřeby. V praxi dochází k tomu, že sestra má často velkou skupinu pacientů a není schopna se věnovat všem stejnou měrou. Pokud chci mít kvalitní ošetrovatelskou péči, znamená to mít i kvalitní prostředky – tím mám na mysli vybavení oddělení, prostředí nemocnice a dostupné zdravotnické pomůcky/materiál. A jelikož ošetrovatelství je hlavně o lidech, tak především je důležité mít kvalifikovaný, profesionální personál, který je schopen poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči za jakýchkoliv okolností.

### Rozhovor 3

#### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Ošetrovatelské kritérium je každá činnost, kterou musí sestra udělat ke splnění intervencí a realizaci ošetrovatelského procesu.

#### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Naslouchat pacientovi, mluvit s ním, mít na něj dostatek času, vše mu pečlivě i několikrát vysvětlit, brát zřetel na jeho individuální potřeby, zajistit co nejpříjemnější prostředí.

#### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ne.

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Motivace v práci, pozitivní pracovní prostředí, dobré vedení a organizace

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Myslím si, že některé potřeby pacienta jsou uspokojovány a jiné zase ne. Vše je dáno aktuální situací na oddělení, počtem sester ve směně, náročností pacientů. Možnou překážkou může být nadbytek dokumentace, kdy se sestra snaží mít dokumentaci v pořádku, ale na pacienta jí nezbyde mnoho času, nebo to může být i nezájmem sestry o pacienta.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Na našem oddělení máme naštěstí minimum dokumentace a vrchní sestra se ji snaží ještě minimalizovat, ale při plně obsazeném úseku je toho dost. Mně osobně se s naší dokumentací pracuje dobře, ale u některých pacientů bych klidně něco přidala a u pacientů, kteří jdou pouze na endoskopický výkon a druhý den odchází domů, je spousta papírů zbytečná.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme skupinový systém péče a jsem s ním moc spokojená. U svých pacientů si dělám naprosto všechno, chodím k nim, znám je a mám přehled, co jsem u koho celý den dělala. Výhodu to má především při předávání služby a u vizity lékaře. Pro pacienta je výhodou, že ví kdo je jeho ošetřující sestra.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Důležité je znát pacienta, podat mu informace, zhodnotit jeho stav, mít teoretický základ, mít dostatek času na realizaci procesu, být zručná v ošetrovatelských výkonech, správné vedení dokumentace, brát ohled na pacienta jako na holistickou bytost.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: V ideálním případě bych to viděla tak, že by připadalo 8 pacientů na 1 sestru na lůžkovém oddělení. Sestra by u pacienta dělala první poslední, mohla by si s pacientem povídat, společně by mohli upravit prostředí tak, aby vyhovovalo provozním podmínkám i pacientovi. Sestra by mohla do ošetrovatelské péče zapojit aktivně i rodinu pacienta.

#### Rozhovor 4

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Nějaký ošetřovatelský postup, který vede k poskytování efektivní péče.

#### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Aktivně vyhledávat potřeby pacienta, spolupracovat s pacientem i jeho rodinou. Dále pak vědomosti sester a vhodné pomůcky, které sestry potřebují pro uspokojování potřeb pacientů.

#### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ano.

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Do jisté míry určitě sebemotivace, ale i motivace ze strany zaměstnavatele a vedení oddělení.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Nedostatek personálu a s tím spojené nadměrné nároky na sestru.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: S dokumentací se mi pracuje dobře, ale je jí až moc. Navíc je tam řada věcí, které mi přijdou zbytečné.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetřovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: U nás na oddělení máme systém skupinové péče, ale jelikož jsme na denní směnu pouze dvě se staniční sestrou a noční směnu sloužíme po jedné, děláme si veškeré



výkony u pacientů samy, a tudíž máme o všech přehled. Tento systém by mi vyhovoval, pokud bychom byly alespoň dvě sestry na směnu, a tak bychom měly každá svoji menší skupinu pacientů.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: V ošetrovatelském procesu by neměla chybět komunikace s pacientem, individuální přístup ke každému pacientovi, spolupráce, kritické myšlení, naplňování potřeb pacientů, důležité jsou také vědomosti, které by sestry měly mít.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Ideální by bylo mít dostatek času na každého pacienta, neboť v praxi to tak bohužel není. Také by mi vyhovovalo mít během směny menší skupinu pacientů, protože bych na ně měla více času a mohla bych jim tak poskytnout lepší péči.

#### Rozhovor 5

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Představuji si možný způsob zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Jako nejdůležitější považuji rozhovor, naslouchání, informace a vhodné prostředí pro sdělování informací. Dále jsou to vědomosti sestry a její manuální zručnost.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ne.

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Asi motivace ze strany vedení nemocnice a vlastní pozitivní vztah k lidem.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Myslím, že překážkou může být zatíženost sester, která může být způsobená počtem pacientů a nedostatkem personálu. Jako další překážku vidím, když sestry věnují příliš času ošetrovatelské dokumentaci a pak nemají tolik času na uspokojování potřeb pacienta. Další možnou překážku vidím v individuálních postojích každé sestry. A pokud sestru její práce nenaplnuje, tak je poté riziko, že nebude naplňovat potřeby pacientům dostatečně.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Nepracuje se mi s ní dobře. Myslím si, že je zbytečně složitá a nepřehledná. Zrušila bych každodenní přepisování ošetrovatelských diagnóz.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Na našem oddělení je zaveden skupinový systém, myslím, že ale u nás dost dobře nefunguje a to proto, že k tomuto systému nemáme vhodné podmínky

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Saturace potřeb, spolupráce, vědomosti, manuální zručnost.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Pokud bude na oddělení příjemná atmosféra mezi spolupracovníky, bude dostatek kvalitního ošetřujícího personálu a bude zajištěna dobrá organizace, pak si myslím, že ošetřovatelská péče bude kvalitní.

## Rozhovor 6

### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetřovatelské kritérium?

S: Ošetřovatelská kritéria jsou podle mě způsoby, postupy, kroky, cíle, které musím splnit. Dále sem patří vše co je potřebné k tomu, abych uspokojila potřeby pacienta.

### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Čas, který má sestra k dispozici při péči o pacienta, pozorování pacienta a z toho následné určení ošetřovatelského problému, rozhovor s pacientem, spolupráce s pacientem a vědomosti, dovednosti a znalosti sestry.

### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím, že ne. Nelze uspokojit všechny potřeby pacienta. Sestry se zaměřují na nejdůležitější potřeby toho konkrétního pacienta. Já, jako chirurgická sestra v operačním oboru ortopedie se především zaměřím na potřeby, které vyplývají z ošetřovatelských problémů, jako je akutní bolest, riziko infekce, na potřeby týkající se předoperační a pooperační péče a ošetřovatelské problémy, které akutně neohrožují, neomezují pacienta, jsou pro mě „nedůležité“. Jako možnou překážku vidím nedostatek času, malé množství personálu na mnohem větší množství pacientů a také to, že sestry stráví mnoho času nad ošetřovatelskou dokumentací.

### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Já osobně jsem ráda, když vidím, že moje práce má nějaký smysl, dále pak to, že je pacient spokojený, usměje se na mě, poděkuje či pochválí.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Velkou překážkou je určitě nedostatek času na pacienta, neboť je na odděleních nedostatek personálu a mnoho administrativní zátěže.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Dokumentace pacienta je stoprocentně potřebná. Ale s ošetrovatelskou dokumentací se mi nepracuje příliš dobře. Ztrácím nad dokumentací spoustu času, který bych mohla efektivněji využít mezi pacienty. Je pro mě nepochopitelné, proč musím například akutní bolest monitorovat do tří různých dokumentů. Bylo by pro mě mnohem lepší, kdyby se ošetrovatelská dokumentace sjednotila a já monitorovala bolest pouze do jednoho listu, ze kterého by bylo vše jednoznačné. Myslím si, že v praxi, je ošetrovatelská dokumentace u většiny sester nenáviděnou povinností, která ve výsledku nepřináší výsledky, jaké by ošetrovatelská dokumentace měla přinášet.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Na oddělení máme systém skupinové péče. Tento systém mi vyhovuje i vzhledem k tomu, že se mi kolikrát stane, že skupina pacientů je vlastně celé oddělení, když sloužím sama.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Čas strávený u lůžka pacienta, rozhovor s pacientem, porozumění ze strany sestry, vědomosti a dovednosti sestry, vybavení oddělení.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Je otázkou, co je kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě. Pro mě by bylo ideální, kdybych měla více času se věnovat pacientům, mít dostupné veškeré pomůcky, které mi pomohou co nejlépe uspokojovat potřeby pacienta. Také je důležité, když vím, že se mohu spolehnout na své kolegyně a ostatní personál, když spolupráce s ostatními vypadá tak jak má být.

#### Rozhovor 7

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Něco podle čeho budu hodnotit, zda se splnil očekávaný výsledek péče. Měřítka, pomocí kterého se hodnotí kvalita a efektivita péče.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Spolupráce s pacientem, pozorování, edukace, čas.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím, že ano.

##### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Komunikace, spolupráce s klientem, zajímáme se o potřeby svých pacientů, používáme škály, kterými hodnotíme jejich komfort a uspokojení potřeb.

##### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Vyčerpání sestry z důvodu administrativní zátěže, nedostatek personálu.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Docela mi vyhovuje, zvykla jsem si na ni. I když mi přijde, že je jí zbytečně moc, možná bych něco ubrala.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme systém skupinové péče. Jedna sestra na půl oddělení, v týdnu je tam navíc sanitářka, někdy chodí i studentky. Docela mi to vyhovuje, i když by se někdy hodila ruka navíc.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Čas, spolupráce s pacientem, pozorování, vědomosti sestry, dokumentace.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Spokojený pacient, který by se na oddělení „rád vracel“. Byl by spokojený i s přístupem lékařů a sester, s věnovanou péčí, s režimem na oddělení, domácím řádem.

#### Rozhovor 8

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Postup ošetrovatelské péče, který zahrnuje vedení ošetrovatelské dokumentace, edukace pacienta, vědomosti sester, uspokojování potřeb nemocného, spolupráce ošetrovatelského týmu a kvalitní ošetrovatelský proces.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Individualita pacienta, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých nemoc probíhá.

#### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ano.

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Využití ošetrovatelského procesu, pochopení potřeb nemocných, teoretické a praktické znalosti, edukace pacienta.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Napadá mě nezáměr o pacienta nebo syndrom vyhoření.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: S dokumentací se mi pracuje dobře, jsem na ni zvyklá.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Praktikujeme skupinovou ošetrovatelskou péči, která mi vyhovuje, protože jsem zodpovědná za „své“ pacienty, celou dobu jsem s nimi v kontaktu a mám o nich celou směnu přehled, zodpovídám za veškerou ošetrovatelskou péči, kterou u nich provedu.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Odborný růst sester, reakce na aktuální potřeby jedince, saturace potřeb nemocného, kritické myšlení sestry, čas, vědomosti sestry, manuální zručnost.

## Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Kvalitní ošetrovatelskou péči si představuji tak, že na ošetrovatelském procesu se budou podílet všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci hlavně dle svých kompetencí. Měla by být odlišena práce sanitáře, zdravotnického asistenta, všeobecné sestry nebo sestry specialistky. Aby sestry měly čas na kvalitní ošetrovatelskou péči a nemusely provádět výkony pod svou kvalifikaci, tak jak je to v našem státě běžné.

## Rozhovor 9

### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Pod tímto pojmem si představím souhrn činností, které sestra vykonává při péči o pacienta. Tyto činnosti by měly zaručit jak uspokojení pacientových potřeb, tak i zlepšení a zkvalitnění samotné práce sestry. Dále by měla být všechna ošetrovatelská kritéria jasná, jednoznačná a hodnotitelná pro zpětnou vazbu a vyhodnocení ošetrovatelských činností.

### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Dle mého názoru je nejdůležitějším kritériem v péči o pacienta dostatek času vyhraněného jen pro něj. Čas při práci sestry mnohdy chybí. Dalším důležitým kritériem je spolupráce samotného pacienta, bez ní by to nešlo. Dále pak edukace, protože neinformovaný a nejistý pacient podléhá strachu a nejistotě, což také vede k nespolupráci pacienta.

### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Ne, myslím si, že to není ani možné.



#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Záleží na osobním přístupu každé sestry a na motivaci.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Nedostatek času, někdy i neochota, samozřejmě pro některé syndrom vyhoření, nedostatečná motivace a ohodnocení.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: S dokumentací se mi pracuje relativně dobře, беру to tak, jak to je. Samozřejmě, že papírů je spousta, mnohdy nesmyslných, nebo jeden záznam se píše na více tiskopisů, což je naprosto zbytečné. Sestra ovšem stráví u dokumentace hodně času, který by se dal využít jinak, právě při péči o pacienta. Nutí sestry někdy formálně vyplňovat dokola stále stejné papíry, bez efektivního využití.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: U nás na oddělení funguje skupinový systém ošetrovatelské péče a sama za sebe můžu říct, že snad úspěšně.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Tak samozřejmě informace od pacienta, které by měly být stěžejní, případně naše pozorování pacienta. Odpovídající stanovení problémů a cílů, především zapojení a aktivizování pacienta při poskytování celé péče a intervencí, efektivní zhodnocení. Hlavně ale spolupráce jak pacienta, tak i ostatních zdravotníků, ať už lékařských nebo nelékařských.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Kvalitní ošetrovatelská péče by měla zahrnovat především lidský přístup k pacientovi. Měla by být odborná a neuspěchaná, prováděná s respektem a úctou. Na oddělení by měla vládnout dobrá atmosféra, která se přes sestry poté přenesla i k pacientům. Není nic horšího než se dívat na protivnou sestru. U pacientů zachovávat důstojnost. Ovšem nezapomínat i na sestry a jejich ohodnocení.

#### Rozhovor 10

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Prostředky k uspokojování potřeb pacienta ve všech oblastech.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Především je to čas na saturování potřeb pacienta. Jelikož pracuji na jednotce intenzivní péče, velice se mi zamlouvá individualizovaná péče o pacienta a myslím si, že by se měla zavést i na standardní oddělení, a pokud by to personálně šlo, nadále tuto péči rozšiřovat. Dále by to byla asi týmová práce a nepochybně i zručnost a vědomostní úroveň sestry.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Je to velice individuální, ale z našeho oddělení mohu říci, že sestry dělají pro uspokojení potřeb svých pacientů maximum.

##### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: K saturování potřeb pacientů podle mého názoru pomáhá především vědomostní a dovednostní vybavenost sestry. Také je velice důležité, v jakém prostředí pracujete

a s jakými lidmi. Jestliže vás práce baví a jste obklopeni správnými lidmi, uspokojování potřeb pacientů jde samo od sebe.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Lenost, nevzdělanost sester. Také jejich osobní problémy, syndrom vyhoření. Dále také to, jak moc jsou svojí prací vytíženy, kolik pacientů mají na starost a jak je celá pracovní směna personálně vyřešena.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Mně osobně práce s dokumentací nevadí a jsou i chvíle, kdy mě baví. Občas je to také jediná chvíle, kdy si mohu sednout a „odpočinout si“. Takže jsem s tím, že vůbec existuje v tomto směru spokojená. Co se týče jakýchkoli změn, já osobně to neřeším a nechávám na tvůrcích. Někdy mi však připadá, že vedení záznamu o některých věcech je naprosto zbytečné, ale věřím, že svůj smysl to všechno určitě má.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: U nás na oddělení funguje systém individualizované ošetrovatelské péče v největší míře, v jaké to jde. Sestra má jednoho pacienta a může se mu tak plně věnovat. Vyhovuje mi velice

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Stanovení si základních a podstatných ošetrovatelských diagnóz. Dobrá pozorovací schopnost a vzdělanost sestry.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Myslím, že na našem oddělení probíhá ideálně. Aktivní činnost sestry při vyhledávání pacientových problémů a následné rychlé řešení.

## Rozhovor 11

### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Je to součást ošetrovatelského plánu, kdy si v rámci jedné diagnózy naplánuji jak docílit toho, abych zlepšila zdravotní stav pacienta, pomohla mu od bolesti, zabavila ho atd.

### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Zmírnění či úplné odstranění bolesti, prevence dekubitů, dostatek tekutin, rodinné zázemí.

### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ne.

### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Nevím jak ostatním, ale mě osobně dosti pomůže to, když pacient poděkuje. Spousta lidí neumí poděkovat, což mi dost vadí. Potom nějaké odreagování formou četby, kina, dobré jídlo, procházky apod.

### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Z vlastní zkušenosti vím, že některé sestry nemají moc hezký vztah k pacientům, takže ani nemají potřebu uspokojovat jejich potřeby. Také to může být tím, že je málo sester na směně.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Abych řekla pravdu moc dobře se mi s ní nepracuje, občas mám pocit, že jsem na poště a pořád jen něco píše a razítkuji a zároveň nemám čas kvůli dokumentaci se věnovat pacientovi, protože není důležité, zda jsem pacientovi podala injekci, infuzi či tabletu, důležité v dnešní době je, že to musí být odškrtnuté a podepsané v dokumentaci. Pokud se stane, že se někde k něčemu nepodepíšete nebo něco napíšete špatně, hned je z toho „oheň na střeše“.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme skupinový systém ošetrovatelské péče, který mi celkem vyhovuje. Máme jeden list na ošetrovatelský proces, který se vyplní při příjmu pacienta, založí se do dokumentace a vyndá při odchodu pacienta. Dále se do něj napíše, zda byly cíle splněny či ne. Jinak ještě máme denní hlášení sester, do kterého si vypisujeme časované léky, inhalace, polohování a toho se držíme.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Teď si nejsem jistá, zda jsem porozuměla otázce. Ale pokud to chápu správně, sestra by měla hlavně porozumět problematice, umět pacientovi naslouchat, aby z toho mohla vyvodit problémy a stanovit kritéria a intervence, péči plánovat společně s pacientem.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Dle mého názoru, kvalitní péče by vypadala ideálně, kdybychom netrávili tolik času u dokumentace, ale více u pacientů. Mohli bychom si s nimi více popovídat a ne vyslechnout jen něco a pospíchat rychle pryč, protože musíme zasednout k papírům a razítkovat. Nebo odbíhat z toho důvodu, že na noční je jen jedna sestra a musí stihnout mnoho věcí.

## Rozhovor 12

### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Soubor k posuzování a následnému uspokojení potřeb pacienta.

### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Naslouchání, vědomosti, zručnost, čas, edukace, empatie.

### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ne.

### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Dostatek informací o pacientovi, dobrá nálada v kolektivu, pozitivní prostředí a motivace například finanční.

### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Nedostatek času v důsledku dokumentace.

### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Špatně, upravila bych určité formuláře do jednodušší verze.

### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme skupinový systém ošetrovatelské péče, ano vyhovuje mi.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Čas, naslouchání, empatie, vědomosti, dokumentace.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Kdyby každý pacient měl svoji primární sestru, která by se mu soustavně věnovala a uspokojila jeho základní potřeby.

#### Rozhovor 13

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Myslím si, že vyplývá ze stanovených cílů, vyjadřuje očekávaný stav člověka při dosažení cíle.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Dostatek času na pacienta, což souvisí s dokumentací, které je až příliš. Dále pak vhodný systém ošetrovatelské péče, efektivní ošetrovatelský proces, pozorování pacienta.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Ano, myslím si, že většina se o to rozhodně snaží.

##### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Jejich přístup, empatie, zkušenosti, ošetrovatelský proces.

##### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Jedině osobní vyčerpání sestry, jinak si nedokážu nic představit.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Dokumentaci máme celkem přehlednou a pracuje se mi s ní dobře. Změnila bych rozhodně tisk a zalepování výsledků, data jsou v elektronické podobě a nemyslím si, že je potřeba je mít v tolika verzích. V každé propouštěcí zprávě jsou i všechny výsledky postupně shrnuty a vypsány, archivovala bych třeba při propuštění list, kam by se vytiskly všechny naráz, pokud je to tolik nutné, nebo na to poukazuje nějaký předpis.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme skupinovou péči a celkem vyhovuje. Na oddělení máme jedenáct pokojů, které jsou rozděleny mezi dvě sestry, na směně je ještě staniční sestra a dvě ošetrovatelky.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Dostatečné znalosti sestry, kritické myšlení, čas, dostatek informací od pacienta, spolupráce s ním a vhodné prostředí.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Myslím si, že motivovaná sestra, mám na mysli i finančně, která má na starosti přiměřený počet pacientů, o kterých tím pádem ví i více informací, odvádí kvalitnější ošetrovatelskou péči. Když máme na starost například 15 pacientů, kteří jsou převážně ležící a ani se sami nenapíjí, není to v žádném případě ani ideál a ani kvalita.



## Rozhovor 14

### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Plnění základních potřeb pacienta, do jaké míry jsou plněny, aby byl pacient spokojen a byla zajištěna kvalita jeho života.

### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Splnění skutečných a očekávaných potřeb nemocného, pokud je to možné tak péči plánovat společně s pacientem.

### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Ne vždy a ne tak docela.

### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Dobrý vztah k lidem, vlastní přesvědčení o důležitosti péče o pacienta.

### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Nedostatek času, vypětí a stres na pracovišti, velký důraz kladený na přemíru administrativy a dokumentace.

### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Nepracuje se mi s ní moc dobře, je zbytečně složitá a zdlouhavá na úkor pacientů.

### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Systém skupinové péče. Vyhovuje mi podle počtu pacientů. Ideální by byl do 10 pacientů. Při počtu 15 a více nastává právě vypětí a stres, pociťuji nedostatek času na kvalitní plnění své práce.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Způsob práce, přístup k individualitě pacienta. Tento proces je série vzájemně propojených ošetrovatelských činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného. Plánování péče společně s pacientem, dostatek času.

#### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Kdyby bylo více sester na oddělení, každá by měla svoji menší skupinku pacientů, u kterých by zajišťovala všechnu péči a měla by o nich dokonalý přehled.

#### Rozhovor 15

##### Otázka 1

T: Co si představíte pod pojmem ošetrovatelské kritérium?

S: Myslím si, že je to něco jako měřítko, podle kterého by se měla provádět ošetrovatelská péče a podle kterého se dá kontrolovat správnost provádění jednotlivých ošetrovatelských výkonů.

##### Otázka 2

T: Jaká jsou podle Vás kritéria důležitá pro uspokojování potřeb pacienta?

S: Určitě je to čas, kterého máme většinou na všechno málo, dále pak vhodné prostředí například pro rozhovor s pacientem, žádné sestře by nemělo chybět kritické myšlení, manuální dovednosti a především dostatek vědomostí.

##### Otázka 3

T: Myslíte si, že ostatní sestry efektivně uspokojují všechny potřeby pacienta?

S: Myslím si, že ne úplně všechny sestry

#### Otázka 4

T: Pokud ano, co jim k tomu napomáhá?

S: Dobrá organizace práce v týmu, pozitivní atmosféra a motivace ze strany zaměstnavatele.

#### Otázka 5

T: Pokud ne, co shledáváte jako možnou překážku?

S: Ve většině případů si myslím, že je to z nedostatku času na pacienta.

#### Otázka 6

T: Jak se Vám pracuje s dokumentací? Změnila byste na ní něco?

S: Úplně nejlépe se mi s ní nepracuje. Je přehledná, ale přijde mi zbytečné, že jedna a ta samá věc se zapisuje vícekrát a některé věci mi tam přijdou až nepotřebné a nedůležité.

#### Otázka 7

T: Jaký systém ošetrovatelské péče máte na oddělení? Vyhovuje Vám?

S: Máme funkční systém. Na oddělení sloužíme ve dvou sestřích, přičemž se jedna sestra stará o všechny pacienty a druhá sestra má na starost dokumentaci. Tento systém mi vůbec nevyhovuje, protože pokud mám na starost dokumentaci, tak nemám vůbec přehled o lidech a případám si jako někde v kanceláři.

#### Otázka 8

T: Jaká jsou podle Vás důležitá kritéria pro ošetrovatelský proces?

S: Určitě je to individualizovaná ošetrovatelská péče, dále pak spolupráce všech pracovníků na oddělení, efektivní komunikace, vhodný sběr informací od nemocného a jeho rodiny, pozorování a saturace potřeb pacienta a v neposlední řadě jsou to vědomosti a manuální zručnost sestry.

### Otázka 9

T: Jak by podle Vás vypadala kvalitní ošetrovatelská péče v ideálním případě?

S: Ideální péče by podle mě byla tehdy, když by byl na oddělení dostatečný počet sester, které by měly více času se věnovat pacientům a tím pádem by byl dostatek času vyslechnout pacienta a jeho problémy. Ošetrovatelská péče by byla prováděna kvalitněji. Ideální by bylo, kdyby se důraz znovu přenesl na kvalitu poskytování ošetrovatelské péče a ne na dokumentaci pacienta.