



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelský proces v primární péči**

## **Bakalářská práce**

Studijní program:

Ošetrovatelství

**Autor:** Simona Lommerová

**Vedoucí práce:** Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Ošetrovatelský proces v primární péči**“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 1.6.2020

.....

Simona Lommerová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla vyjádřit své poděkování Mgr. Iloně Lískovcové, PhD., MBA. za odborné vedení bakalářské práce a trpělivost při zpracování této práce.

## Ošetrovatelský proces v primární péči

### Abstrakt

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat jakým způsobem realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci ošetrovatelský proces v ordinaci praktického lékaře. K tomuto cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka VO1: „Jak je realizován ošetrovatelský proces nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře?“.

Dílčí cíle byly stanoveny tři. Dílčím cílem C2 bylo zjistit, jak jsou realizovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře, kde byla výzkumnou otázkou VO2: „Jak probíhají jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře?“ . Dalším dílčím cílem C3 bylo zmapovat dokumentaci ošetrovatelského procesu u praktického lékaře. Výzkumná otázka VO3 k tomuto cíli zněla: „Jak jsou zdokumentovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu?“ . Poslední dílčí cíl C4 byl zaměřen na zhodnocení možností ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší míře, kde byla stanovena výzkumná otázka VO4: „Jak mohou sestry realizovat ošetrovatelský proces v primární péči ve větší míře?“.

Výzkumná část byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly zrealizovány dle předem připravených otázek, kterých se sestry zúčastnily. Výzkumný soubor byl tvořen ze 6 sester, které pracují v ordinaci praktického lékaře. Rozhovory byly nahrány pomocí audiozáznamu a poté přepsány písemně. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány metodou kódování pomocí techniky „tužka-papír.“ Výsledky cílů byly zmapovány do 4 kategorií a dále spadajících podkategorií.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry v ordinaci praktického lékaře realizují ošetrovatelský proces. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu realizovány byly až na 2. fázi ošetrovatelského procesu, tedy stanovení ošetrovatelské diagnózy, sestry si ji určují samy pro sebe a je na nich, zda projeví zájem o pacienta, je to čistě pro jejich orientaci. Zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu probíhalo na základě spolupráce lékaře a sestry. K realizaci ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší

míře, jsou důležité prvky jako je více času na nemocného, více zkušeností s metodou ošetrovatelského procesu, možnost zajistit dostatek zdravotnického personálu a v neposlední řadě také větší zaměření sester na ošetrovatelské problémy nemocného.

Tato bakalářská práce umožňuje současný pohled na realizaci ošetrovatelského procesu v ordinaci praktického lékaře. Zjištěné výsledky této bakalářské práce by se mohly publikovat a vyvolat tak zájem odborné veřejnosti o nový úhel pohledu na implementaci ošetrovatelského procesu v primární péči.

### **Klíčová slova**

Ošetrovatelský proces; primární péče; sestra; ordinace praktického lékaře

## **Nursing process in primary care**

### **Abstract**

The main aim of this bachelor thesis was to research the way how non-medical healthcare professionals carry out the nursing process at the practitioner's office. To fulfill this aim, the following research question was set: 1) "How is the nursing process at the practitioner's office realized by non-medical healthcare professionals?"

Three key goals were set. The key goal G2 was to find out, how are the individual phases of the nursing process carried out at the practitioner's office, with a related research question RQ2: "How do the individual phases of the nursing process at the practitioner's office work?". Other key goal, G3, aims to map out the documentation of the nursing process at the practitioner's office. The research question for this goal, RQ3, was: "How are the individual phases of the nursing process documented?". The last key goal, G4, focuses on the evaluation of further possibilities of the nursing process in the primary care. For this assessment serves the research question RQ4: "How can the nurses realize the nursing process in the primary care to a further extent?"

The research part of the thesis was conducted in the form of a qualitative research with the method of half-structured interview. The interviews with the nurses were realized according to questions which were prepared in advance. The research set consists of six nurses, who work in a practitioner's office. The interviews were recorded as an audio file and then rewritten to a text form. The results of the research were processed by the coding method and the technique "pencil-paper". The results were mapped out into four categories and then into sub-categories.

The nurses in a practitioner's office carry out the nursing process. All the individual phases of the nursing process are in fact executed, apart from its second phase (setting the nursing diagnosis), which serves as an orientation for the nurse, the decision about the extent of interest in a patient was in the competence of each nurse. The documentation of the individual phases of the nursing process is conducted based on the cooperation of the practitioner and the nurse. For the realization of an extended nursing process in the

primary care are important factors such as having more time for a patient, having more experience with the method of the nursing process, also the ability to provide enough healthcare staff and last but not least also more focus on the nursing problems of the patient.

This bachelor thesis enables a current view on the realization of the nursing process in the practitioner's office. The found results could be published and raise an interest of the professional public in a new point of view on the implementation of nursing process in the primary care.

**Keywords**

Nursing process; primary care; nurse; the practitioner's office

## Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1. Pojem ošetrovatelský proces .....	12
1.2. Fáze ošetrovatelského procesu.....	14
1.2.1. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta (ošetrovatelská anamnéza).....	14
1.2.2. Diagnostika-Ošetrovatelská diagnóza .....	15
1.2.3. Plánování .....	16
1.2.4. Realizace.....	17
1.2.5. Vyhodnocení.....	18
1.3. Zdravotnická dokumentace.....	19
1.3.1. Obsah zdravotnické dokumentace .....	19
1.3.2. Zásady vedení zdravotnické dokumentace .....	20
1.3.3. Dokumentace v ošetrovatelském procesu .....	21
1.3.4. Zaznamenávání ošetrovatelské péče.....	22
1.4. Zdravotní péče .....	23
1.4.1. Druhy zdravotní péče .....	23
1.4.2. Formy zdravotní péče .....	25
1.5. Primární péče .....	27
1.5.1. Charakteristické znaky primární péče .....	27
1.5.2. Poskytovatelé primární péče.....	27
1.5.3. Sestra v primární péči .....	28
1.5.4. Náplň práce sestry v ordinaci praktického lékaře.....	29
2. Cíle práce a výzkumné otázky .....	31
2.1. Cíl práce.....	31
2.2. Výzkumné otázky .....	31



3. Metodika .....	32
3.1. Použité metody a technika sběru dat.....	32
3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	32
4. Výsledky výzkumného šetření.....	33
4.1. Kategorizace výsledků.....	33
4.1.1 Struktura výzkumného souboru .....	34
Kategorie 1 – Realizace ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře.....	35
Podkategorie 1.1 – Ošetrovatelská anamnéza u nemocných v ordinaci u praktického lékaře.....	35
Podkategorie 1.2 – Stanovení ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře .....	36
Podkategorie 1.3 - Plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře .....	37
Podkategorie 1.4 - Realizace ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře .	38
Podkategorie 1.5 - Vyhodnocení efektu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře.....	39
Kategorie 2 – Realizace jednotlivých fází ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře.....	41
Podkategorie 1.1 – Snímání ošetrovatelské anamnézy v ordinaci praktického lékaře	41
Podkategorie 1.2 – Realizace stanovení ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře.....	42
Podkategorie 1.3 - Realizace plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře.....	42
Podkategorie 1.4 – Realizace plánu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře .....	43
Podkategorie 1.5 – Vyhodnocení ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře .....	44
Kategorie 3 – Dokumentace ošetrovatelského procesu u praktického lékaře .....	45

Kategorie 4 – Možnosti uplatnění realizace ošetrovatelského procesu v primární péči z pohledu sester.....	46
5 Diskuse.....	49
7 Závěr .....	57
8 Seznam literatury .....	59
9 Seznam příloh .....	63
10 Seznam zkratk .....	65

## Úvod

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces v primární péči. Ošetrovatelský proces je v současné době metodou moderního ošetrovatelství. Jeho realizace je z našeho pohledu velmi důležitou a neopomenutelnou součástí v plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Samotná aplikace ošetrovatelského procesu nám nabízí možnost, abychom mohli lépe zareagovat na aktuální a potencionální problémy nemocného. Včasné identifikování ošetrovatelských problémů sestrou zaručí rychlou, individuální a také kvalitní péči o pacienty.

Teoretickou část naší práce zaměřujeme na pojem ošetrovatelský proces a jeho 5 fází, ze kterých je utvořen. Orientuje se také na zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci, její obsah, zásady vedení a zaznamenávání ošetrovatelské péče. Dále se zabýváme druhy a formami zdravotní péče. V neposlední řadě se zaměřujeme na pojem primární péče a charakteristické znaky primární péče. V teoretické části se dále zabýváme poskytovateli primární péče, prezentujeme sestru v primární péči a náplň její práce v ordinaci praktického lékaře.

Hlavním cílem této práce bylo prozkoumat, jakým způsobem realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci ošetrovatelský proces u praktického lékaře. Praktická část byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen ze 6 sester pracujících v ordinaci praktického lékaře. Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, jelikož je z mého pohledu tématem dosud neprozkoumaným a aktuálním.

## 1 Současný stav

V současné době je poskytována holistická a humanistická zdravotní péče. Lékař se více zaměřuje na daného člověka, nejen na chorobu, která nemocného trápí. Dochází tak k poskytování kompletní zdravotní péče. Nemocní jedinci vyhledávají důkladnou péči, mají vysoké nároky na zdravotnické služby z hlediska uspokojování potřeb, které mohou řešit nejlépe na jednom místě, se stejným ošetřujícím lékařem a sestrou, ve stejném čase. (Sikorová, 2012).

V zahraničí zdravotní sestry využívají ve své práci metodu ošetřovatelského procesu již více než přes 40 let. Ošetřovatelský proces je metodou moderního ošetřovatelství, který tvoří způsob, jakým vykonává sestra péči o nemocného člověka (Tóthová, 2009). Ošetřovatelský proces se podílí i na realizaci rozvoje kritického myšlení. Ten lze podporovat zdokonalením výuky od samotného začátku studia a dále se mu věnovat v rámci profesního celoživotního vzdělávání (Mastiliaková, 2014). Jednotlivých pět fází se navzájem prolíná a jsou na sobě závislé. K tomu, aby byl ošetřovatelský proces aplikován, je důležité, aby sestra měla veškeré vědomosti i dovednosti o ošetřovatelském procesu. Sestra musí oplývat také interpersonálními, technickými a rozumovými zručnostmi. Do interpersonálních zručností patří umění ovládat verbální i neverbální komunikaci, dále vyslechnutí nemocného a projev zájmu o pacientovy neuspokojené potřeby. Sestra by si měla umět získat pacientovu důvěru. Do technických zručností se řadí manipulace s různými přístroji a pomůckami, které napomáhají sestře při realizaci ošetřovatelského procesu. Sestře nesmí chybět také rozumové zručnosti, díky kterým bude moci ovládat kritické myšlení a utvářet přesné, realistické a ošetřovatelské názory. V neposlední řadě sestře napomáhají v řešení vyskytlých problémů (Tóthová et al., 2009).

V současnosti se ošetřovatelská péče zaměřuje na podporu a udržení zdraví. Toho lze docílit až v okamžiku, stane-li se hlavním komponentem ošetřovatelského procesu aktivní účast každého jedince v rozhodování o své péči. Míra, jaké se mohou nemocní jedinci zúčastnit tohoto vzájemného procesu, je ovlivňována jejich vlastním obrazem na zdraví, stupněm poznávání svého já, jejich vnímáním potřeby péče a také kvalitou vztahu mezi sestrou a nemocným (Tóthová et al., 2009).

Ošetřovatelský proces je implementován současně s medicínským procesem, avšak je od něho oddělený. Medicínský proces se zabývá vyšetřením, stanovením diagnózy, dále plánováním, terapií chorobného procesu a zhodnocením úspěšnosti terapie.

Ošetrovatelský proces se zaměřuje na sběr dat, diagnostiku nemocného, plánování, realizaci a vyhodnocení dosažených cílů, které byly stanoveny (Tóthová et al., 2009).

Implementace ošetrovatelského procesu nám umožní, abychom mohli reagovat na aktuální a potencionální problémy nemocného, a aby se vše vyjádřilo v individuálním plánu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces apeluje na přesné požadavky v dokumentaci, které jsou významnou jednotkou pro zdokonalení komunikace a také ke zmírnění počtu chyb či nedopatření (Tóthová et al., 2009).

Světová zdravotnická organizace prohlašuje, že praktičtí lékaři by měli disponovat více pravomocemi. Některých kompetencí by se mohly ujmout do budoucnosti všeobecné sestry. Dle doporučení Světové zdravotnické organizace je vhodné slučovat týmy primární péče, kde bude hlavní roli tvořit zdravotní sestra, která tak díky tomu nabude většími kompetencemi (Malý, 2019). Předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství společnosti David Halata uvedl, že v České republice se nedostává systému pro vzdělávání všeobecných sester, které budou pracovat v ordinaci praktického lékaře (Malý, 2019). Dalším problémem je, že lékaři nemají zájem o otevírání ordinací v malých obcích. Navýšení financí k otevření ordinace není pro lékaře dostatečnou motivací, hlavní roli zde hrají školy v místě domova a práce pro jejich partnera. K tomuto uskutečnění by musel přispět stát i obce (Malý, 2019). Mezi další negativní aspekty patří výrazně menší přístup k internetovému zdroji, jako je lékařská knihovna, lékařští knihovníci, konzultace s vedoucími lékaři, online zdroje či doručování důležitých dokumentů. Dále je zde nedostatečný přístup k vhodné technologii. Řešením této situace může být zřízení terénních lékařských knihovnických služeb a zařízení malých knihoven, využívání chytrých telefonů a osobních digitálních asistentů. Lékařští knihovníci by měli zajišťovat zasedání ohledně informační gramotnosti pro venkovské lékaře primární péče, aby si tak rozšířili své dovednosti a znalosti v této oblasti (Naeem et al., 2015).

V České republice je primární péče v několika hlediskách srovnatelná se situací v jiných zemích Evropské unie, je ale potřeba nadále podporovat její rozvoj. V porovnání péče u nás a v zemích Evropské unie vyplývá, že nemocniční zařízení a odborníci v České republice poskytují mnoho podob ošetrovatelské péče, které by mohly být poskytovány v primární péči, tímto způsobem tak ale rostou výdaje na léčebně preventivní péči. Tato situace úzce souvisí s odbornou způsobilostí praktických lékařů, s uspořádáním a financemi pro zdravotní péči (Košta, 2013). V americké studii proto navrhli přesunutí

úkolů z lékaře na všeobecnou sestru, tento výzkum se konal ve 39 zemích, poté ho některé země přijaly. Z výzkumu vyplynulo, že ve 2/3 bylo provedeno přesunutí úkonů na všeobecné sestry, které převezmou role od svých lékařů, rozsah byl ale různorodý. Největší rozsah přesunu úkolů se stal v 11 zemích, mezi nimiž byla např. Austrálie, USA, Kanada, Finsko atd. V 16 zemích došlo k omezenému přesunu úkolů, které sestra provádí pod lékařským dohledem a ve 12 zemích nedošlo k žádným přesunům. Cílem bylo zvýšit pracovní kapacitu. Nizozemsko v roce 2010 přijalo předepisující pravomoc a další činnosti všeobecným sestram (Maier et al., 2016). Ve Spojeném království došlo také k předepisující pravomoci léků. Všeobecné sestry a lékárníci, kteří absolvovali dodatečné postregistrační školení, mohou předepisovat léky na jakýkoliv zdravotní stav, který spadá do jejich kompetence. Pacienti si z jejich návštěvy odnášeli pozitivní zkušenosti, do nichž zařadili především delší konzultace a podrobnější diskuse k řešení jakýchkoliv otázek a obav. Pacienti dále potvrzují, že konzultace probíhala na úrovni odborných znalostí o klinickém stavu nemocného. K pozitivním aspektům uváděli také dostupnější péči a snazší domluvu nežli se svým lékařem. Nejčastější předepisované léky byly na chorobu diabetes mellitus, astma či hypertenze (Tinelli et al., 2015).

### ***1.1. Pojem ošetrovatelský proces***

Rozvoj ošetrovatelského procesu se prosadil v Evropě v 50. letech 20. století. Ošetrovatelský proces byl poprvé aplikován ve Spojených státech amerických autorkou Hallovou v roce 1995 (Tomagová, 2018). Následovaly další autorky, které také popsaly podstatu ošetrovatelského procesu. Johnsonová v roce 1959 uvedla, že ošetrovatelský proces se zaměřuje na posouzení situace, směřování se k určitému rozhodnutí a provádění naplánovaných ošetrovatelských postupů, které spějí k vyřešení ošetrovatelských problémů a následně jejich samotnému zhodnocení. Orlandová v roce 1961 vnímala ošetrovatelský proces jako vzájemný, do kterého autorka zahrнула tři fáze: chování nemocného, odezvy sestry a ošetrovatelské činnosti. Dále se definicí ošetrovatelského procesu zabývaly také Wiedenbachová (1963), Hendersonová (1965), Heidgerkenová (1965) a Knowlesová (1967) a další (Tóthová et al., 2014).

U zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jež řadíme do první fáze ošetrovatelského procesu, se může zdravotní sestra řídit zvoleným teoretickým modelem ošetrovatelství, podle kterého je nejčastěji upravená i ošetrovatelská dokumentace. Ošetrovatelský model, který si zdravotní sestra vybere, bude mít vliv i na další fáze ošetrovatelského procesu

(Tóthová et al., 2009). Marjory Gordonová je autorkou ošetrovateľského modelu, ktorý nese názov „Funkčný typ zdravia“. (Tóthová et al., 2009). Tento model predstavuje status ošetrovateľskej vedy sedmdesiatych a osmdesiatych let dvadsiateho storočia. „Gordonová spolupracovala s taxonomickým výborem NANDA a jej štruktúra sběru údajů byla na přelomu tisíciletí implementována do názvu a působnosti diagnostických domén druhé taxonomie NANDA a vzorce zdraví v rámci vývoje byly rozšířeny o další dvě oblasti“. Tóthová et al., (2009, s. 55). Diagnostické domény tvorí 13 okruhů chování a projevů jedince (Tóthová et al., 2009). Těchto 13 okruhů poskytuje zdravotním sestřám možnost určit aspekty zdraví a činnost lidského organismu (Mastiliaková, 2014).

V současnosti existuje celá řada definic ošetrovateľského procesu. Tóthová et al., (2014, s. 16) ve své publikaci uvádějí, že ošetrovateľský proces znamená „sérii plánovaných činností a tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku“. Cílem ošetrovateľského procesu je předcházení ošetrovateľských problémů, jejich vymizení či zmenšení, které vycházejí z aktuálních potřeb nemocného (Kelnarová et al., 2009). Autorka Plevová et al. (2012) ve své publikaci uvádí, že cílem ošetrovateľského procesu je také posílení či znovuoživení zdraví, aby tak došlo ke zvýšení kvality života s ohľadom na pacientovy možnosti.

## **1.2. Fáze ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces je hlavní sférou pro uskutečnění cílů v ošetrovatelství. Zajišťuje individuální přístup v poskytování ošetrovatelské péče u nemocných. (Mlýnková, 2010)

Ošetrovatelský proces je definován jako prostředek, pomocí něhož zdravotničtí pracovníci vyjadřují uspořádání ošetrovatelské péče, kde hlavní roli sehrávají pacienti. Dále ošetrovatelský proces představuje kompletní, racionální a soustavný přístup v ošetrovatelské péči o nemocné. (Kelnarová et al., 2009). Ošetrovatelský proces obsahuje 5 samostatných fází, které se navzájem prolínají a doplňují.

### ***1.2.1. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta (ošetrovatelská anamnéza)***

Ošetrovatelská anamnéza je hlavním elementem v ošetrovatelském procesu, která obsahuje získané informace o zdravotním stavu pacienta metodou rozhovoru (Messer, 2016). Jedná se o získávání subjektivních a objektivních informací od nemocného, kde je nutné, aby sestra využívala svých komunikačních dovedností a pozorovacích schopností (Slezáková, 2014). Všeobecná sestra může získávat údaje o pacientovi prostřednictvím sbírání jeho anamnézy, dále získáváním informací z fyzikálního vyšetření, ze zdravotnické dokumentace, z laboratorních výsledků, které nemocný absolvoval a v neposlední řadě od rodinných příslušníků (Mastiliaková, 2014).

Autorka Tóthová (2014) ve své publikaci upozorňuje na možnost zkreslení informací, které sestra získává od svého pacienta, proto by měla být schopna vyhodnotit pravdivé údaje od údajů zkreslených. První fáze se rozděluje do dvou částí. V první části se sestra zaměřuje na získávání ošetrovatelské a sociální anamnézy nemocného. Ve druhé části se sestra věnuje vyhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta (Mlýnková, 2010).

V této fázi ošetrovatelského procesu je důležitá vzájemnost prvotních sympatií pacienta se sestrou (Jones et al., 2012). Cílem této fáze ošetrovatelského procesu je zakládání databáze, které vychází z odezvy nemocného a jeho reakcí na aktuální charakter nemoci (Tóthová et al., 2014). Veškeré základní a důležité údaje, které se týkají aktuálního zdravotního stavu nemocného, jsou tedy zapsány v ošetrovatelské dokumentaci a je nutné o nich informovat lékaře. Před samotným rozhovorem by si měla sestra projít pacientův chorobopis a zjistit další důležité informace od lékaře. Dále může čerpat od rodinných příslušníků nebo blízké osoby nemocného. Při kontrole validity dat se zdravotní sestra musí ujistit, zda jsou údaje, které získala od nemocného, pravdivé a úplné. Kritické



myšlení je hlavním jádrem, které lze využít ke třídění údajů. Pomáhá sestře vytvořit smysluplný obraz o zdravotním stavu nemocného. Údaje mohou být uspořádány dle ošetrovatelského modelu nebo podle jednotlivých orgánových soustav. Uspořádání údajů dle ošetrovatelského modelu má vliv na určování problému. Také při vytváření dokumentace sestra vychází především z vybraného ošetrovatelského modelu (Tóthová et al., 2009).

### ***1.2.2. Diagnostika-Ošetrovatelská diagnóza***

V této fázi sestra posuzuje všechny sesbírané informace od nemocného, identifikuje a slučuje všechny získané údaje a dále navrhuje možné domněnky, které se týkají pacientova zdravotního stavu (Mastiliaková, 2014). Sestra v této fázi musí vytyčit neuspokojené potřeby nemocného. Po identifikaci potřeb je nutné stanovení dle jejich důležitosti. Nesmíme zapomenout, že v průběhu choroby se pacientovy potřeby mění, a to závisí především na tom, jak pacient klasifikuje svůj aktuální stav a jak na něj zároveň reaguje (Tóthová et al., 2014).

Ošetrovatelská diagnóza je klinickým zhodnocením ošetrovatelských problémů, které se mohou vyskytnout u jedince, rodiny, skupiny nemocných či komunity (Herdman, 2015).

Ošetrovatelská diagnóza zahrnuje tyto aktivity:

- a) stanovení aktuálních a potencionálních problémů nemocného
- b) prvotnost poskytnutí ošetrovatelské péče
- c) formulování ošetrovatelských diagnóz (Kelnarová et al., 2009).

Ošetrovatelská diagnóza se vytváří tím, že k ní přidáme etiologii vzniku ošetrovatelského problému či s ním přidružené činitele a jeho specifické příznaky, které odpovídají na pacientův daný problém. Nejčastěji využívaná metoda je PES (problém, etiologie, symptomy) systém.

Ošetrovatelská diagnóza musí být jasná, přesná a specificky orientovaná na pacienta. Každá jednotlivá ošetrovatelská diagnóza musí obsahovat jeden ošetrovatelský problém a zároveň by měla vycházet ze získaných údajů o nemocném. Ve stanovení ošetrovatelské diagnózy by sestra měla prokázat odborné vědomosti a umění naslouchat názoru svého pacienta. Ošetrovatelské diagnózy sestra poté třídí dle svých znalostí podle jejich

důležitosti, které jsou potřeba řešit. Nalezené problémy sestra konzultuje se svým pacientem (Tóthová et al., 2014).

Ošetrovatelská diagnóza se navzájem prolíná s lékařskou diagnózou a tvoří důležitý podklad pro ošetrovatelskou péči. Lékařská diagnóza se zaměřuje na určitou nemoc oproti ošetrovatelské diagnóze, která se věnuje pacientovo reakcím na jeho chorobu nebo současný či potencionální problém (Vörösová, 2015).

### ***1.2.3. Plánování***

Plánování je proces určení ošetrovatelských strategií nebo zásahů, jehož cílem je předcházení nemocem, jejich snížení či úplnému vymizení. Tento proces je myšlenkově uspořádaný a má svůj systém, který jasně směřuje k docílení kvalitní ošetrovatelské péče. V této fázi ošetrovatelského procesu stanovujeme cíle, které se týkají nemocného, plánujeme ošetrovatelské činnosti, které povedou ke splnění naplánovaných cílů. Sestra musí oplývat znalostmi, směřujícími k důkladnému rozhodnutí a zároveň vedoucí k vyřešení problému. Poté co vyhodnotí dané priority ošetrovatelské péče, cíle, výsledná kritéria a intervence musí sepsat plán péče (Tóthová et al., 2009).

Nejprve musí tedy sestra vytyčit priority pořadí ošetrovatelské taktiky, kterým se určuje pořadí, v jakém se budou řešit problémy nemocného. Jedná se o uspořádání ošetrovatelských diagnóz dle jejich důležitosti. Při vytyčení priorit musí sestra věnovat pozornost ošetrovatelským problémům, u kterých je nutné rychle zakročit. Určování priorit je nejčastěji implementováno v modelu Maslowovy hierarchie potřeb. Prvním krokem je určit, který problém se musí vyřešit akutně. Poté se musí sestra rozhodnout, který problém si žádá jednoduché řešení. Dále je nutné určit problémy a jejich etiologii a následně sepsat seznam problémů. Tento seznam je důležitý proto, abychom neopomenuli žádný z problémů. Po sepsání seznamu problémů musí sestra stanovit, které z diagnóz upřednostní, a které bude řešit standardním plánem. V poslední řadě sestra určí problémy, které je nutné dle plánu péče co nejrychleji vyřešit (Tóthová et al., 2009).

Po sběru údajů, určení diagnóz a priorit stanoví sestra s nemocným k ošetrovatelským diagnózám cíle, výsledná kritéria a intervence. Pacientův cíl je požadovaný výsledek neboli změna jeho zdravotního stavu. Cíle pacienta vychází z první části ošetrovatelské diagnózy a jsou dále obsaženy v pojmech výsledků změn u nemocného. Při formulaci cíle si sestra stanoví nejprve ošetrovatelskou diagnózu, poté se koncentruje jen na její první

část, jež obsahuje problém. V posledním kroku problém přeformuluje tak, aby vylíčila zlepšení problému – „pacient má“. Cíl je dále neopomenutelnou součástí pro určení hodnotících kritérií. Sestra musí stanovovat cíle, které jsou vždy reálné a srozumitelné. Musí dbát také na to, aby vytvořila vhodné podmínky ke splnění daného cíle (Tóthová et al., 2009).

Dalším krokem ve fázi plánování je určení, jakých výsledků chce sestra u nemocného docílit do jeho odchodu ze zdravotnického zařízení. Očekávané výsledky jsou změny v chování či odezvy nemocného, které sestra určí podle získaných informací v první fázi ošetrovatelského procesu. Stanovení očekávaných výsledků poslouží k měření implementace plánu péče. Stanovení očekávaných výsledků podněcuje k činnostem, kde má práce předem určený cíl. Zdravotnický tým tak pracuje s větším nasazením. Kritéria pacienta jsou stanovena do plánu péče ke každé ošetrovatelské diagnóze jako chování nemocného, která mohou být sledována v určeném čase. Při určování výsledných kritérií sestra musí užívat vhodná slovesa, která lze použít k vyjádření měřitelnosti či posuzovatelnosti. Výsledná kritéria musí být výstižná a tvořit podmět, sloveso, podmínky, realizační kritéria a plánovaný čas či termín (Tóthová et al., 2009).

V této fázi ošetrovatelského procesu se podílí nejen sestra ale i rodinní příslušníci a kompletní zdravotnický tým. V rámci plánování sestra provádí také ošetrovatelské zásahy, které vedou k eliminaci ošetrovatelských problémů (Tóthová et al., 2014). Stanovené intervence jsou orientovány na vyvolávající příčiny. Z intervence musí být jasné (kdo, co, kdy, jak, kolik, jak často). Nesmí chybět podpis a datum. Intervence sestry rozděluje do 3 skupin, nezávislé, závislé a součinné. Nezávislé intervence sestra realizuje na základě svých vědomostí a dovedností, provádí je sama. Za svá rozhodnutí přebírá veškerou zodpovědnost. Závislé intervence provádí sestra na základě ordinace lékaře. Součinné intervence jsou takové činnosti, které sestra realizuje se zdravotnickým týmem (Tóthová et al., 2009). Výsledným produktem této fáze je vypracovaný ošetrovatelský plán, který obsahuje jednotlivé ošetrovatelské kroky v péči o nemocného. Plán ošetrovatelské péče je ve formě písemné či elektronické (Mastiliaková, 2014).

#### ***1.2.4. Realizace***

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu sestra pracuje s plánem ošetrovatelské péče a pomocí něj provádí ošetrovatelské intervence. V případě, že se pacientův zdravotní stav zlepšil, je v tuto chvíli vhodné, aby se nemocný stal aktivním článkem v realizaci

ošetřovatelské péče (Tóthová et al., 2014). V této fázi mezi sebou vzájemně spolupracuje multidisciplinární tým, který provádí jednotlivé ošetřovatelské činnosti dle svých dosažených kompetencí. V ošetřovatelském týmu se průběžně informují o procesu ošetřovatelských intervencí a zapisují je do ošetřovatelské dokumentace (Kelnarová et al., 2015). Sestra dokumentuje především odezvy nemocného a činnosti, které s nemocným již provedla (Mastiliaková, 2014). V průběhu realizace si sestra nadále opatřuje nové informace, které mohou obměnit ošetřovatelskou péči (Mlýnková, 2010).

### ***1.2.5. Vyhodnocení***

V poslední fázi dochází k hromadnému zhodnocení, zda bylo dosaženo očekávaného efektu nebo cíle, který sestra naplánovala v ošetřovatelském plánu (Mastiliaková, 2014). Stav cíle sestra může zhodnotit jako splněný nebo jen částečné či nebylo dosaženo cíle vůbec. Pokud byl cíl splněn, je nutné dále přemýšlet o tom, zda se ošetřovatelský problém vyřešil nevratně, nebo je nutné nadále pokračovat v naplánovaných intervencích. Zda cíle dosaženo nebylo, pokládáme si otázky typu, zda byl určený cíl vhodný nebo zda byly naplánované intervence realizovány vhodným způsobem (Kelnarová et al., 2015).

Ošetřovatelský proces se vzájemně prolíná s racionálním postupem, v poslední fázi ošetřovatelského procesu je tedy nutné znovu všechny fáze zopakovat (Mastiliaková, 2014).

### 1.3. Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je souhrn shromážděných údajů o nemocném, které obsahují jednotlivé kroky zdravotní péče, jež byly poskytnuty danému jednotlivci (Vondráček, L., 2009). Dále může zdravotní dokumentace posloužit jako důležitý spis u soudního jednání (Mazánek et al., 2014).

#### 1.3.1. Obsah zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace obsahuje klíčové osobní údaje o nemocném, které jsou důležitým doplňkem při určování lékařské diagnózy, poskytuje informace o zdravotním stavu pacienta, o diagnostických a léčebných krocích. Dále obsahuje informace o výsledcích pacienta a dalších přidružených faktorech, které se týkají zdravotního stavu nemocného (Policar, 2010). Ve zdravotnické dokumentaci je neopomenutelnou součástí identifikace zdravotnického pracovníka (Vondráček, L., 2009). Při poskytnutí péče se zdravotnický pracovník prokazuje ve zdravotnické dokumentaci jménem, příjmením a jeho vlastnoručním podpisem (Policar, 2010).

Povinnou náležitostí každé zdravotnické dokumentace jsou:

- a) Identifikační údaje nemocného, jméno, příjmení, rodné číslo, datum, místo narození a bydliště jedince (Vondráček, L., 2009). Dále musí obsahovat v případě nutnosti kontaktní údaje nemocného a kód pojišťovny. (Policar, 2010).
- b) Identifikační údaje osoby, kterou nemocný uvedl při příjmu. Tato osoba může být informována o zdravotním stavu nemocného. Mezi identifikační údaje této osoby náleží jméno, příjmení, telefonní číslo, adresa trvalého bydliště. Jiná adresa bydliště se uvádí, pokud se liší od adresy trvalého pobytu. Jedná-li se o cizince, vyžaduje se adresa bydliště v České republice, pokud ji nemá, žádá se o adresu bydliště v cizině. Zdravotnický personál by měl vždy směřovat otázku na nemocného, zdali chce uvést tuto osobu, pokud nemocný souhlasí, zdravotnický personál by se měl zeptat na rozsah informací. Pokud nemocný nesdělí zdravotnickému personálu tyto údaje, neznamená to, že nepřítomnost ve zdravotnické dokumentaci se pokládá za přestupek z pohledu zdravotnického systému (Policar, 2010).
- c) Identifikační údaje o zdravotnickém systému v podobě názvu zařízení, oddělení a jejich identifikační číslo (Vondráček, L., 2009). Nutné uvedení telefonního čísla zdravotnického zařízení (Policar, 2010).

- d) Identifikační údaje zaměstnance musí obsahovat jméno, příjmení, popřípadě titul. Dle zvyklosti se nejčastěji zdravotnický pracovník identifikuje svým osobním razítkem (Vondráček, L., 2009).
- e) Informace z anamnézy, mezi nejčastěji využívané jsou osobní, pracovní a rodinná, dále dle stanovené diagnózy (Vondráček, L., 2009).

### ***1.3.2. Zásady vedení zdravotnické dokumentace***

Každé zdravotnické zařízení má povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Tato povinnost je platná pro lékaře i sestry (Vondráček, L., 2009). V zákoně č. 372/2011 Sb. kotví pravidla pro řízení dokumentace, uchovávání a zacházení s ní a její odstranění. Veškeré informace, které jsou zapsané ve zdravotnické dokumentaci, jsou skryté pod zákonem, každý zdravotnický pracovník je tedy vázán povinnou mlčenlivostí (Mazánek et al., 2014). Záznamy do zdravotnické dokumentace mohou být prezentovány formou písemnou, grafickou či audiovizuální. Údaje, které lékař či sestra uvedou v dokumentaci, musí být přesné a čitelné. Každý záznam musí mít uvedený den a osobu, která ho vykonala. U některých činností musí být zapsán také čas, nejčastěji se sepisuje při příjmu nemocného, při aplikaci opiátů. Úprava v dokumentaci by měla být výjimečná. Zdravotnický pracovník uvede v dokumentaci znovu své identifikační údaje, prvotní soupis musí být znatelný. Korekce v dokumentaci může činit jen osoba k tomuto oprávněná (Vondráček, J., 2009).

Součástí zdravotnické dokumentace:

- a) Údaje ze zdravotnické dokumentace, které má na starosti lékař primární zdravotní péče
- b) Vyžádání další zdravotní péče
- c) Údaje o vykonaném vyšetření
- d) Údaje o demisi ze zdravotnického zařízení
- e) Písemný souhlas s provedením zdravotního výkonu
- f) Nesouhlas s provedením zdravotního výkonu
- g) Doklad o souhlasu s poskytováním informací
- h) Lékařský posudek
- i) Dokumentace ze ZZS
- j) Dokumentace Lékařské služby první pomoci
- k) Dokumentace o ošetrovatelské péči

Náležitě vedená dokumentace tvoří podstatný základ pro další nadcházející se léčbu a je také vodítkem pro další nová oddělení, kam může být nemocný přeložen či při propuštění do domácí péče (Adámek et al., 2012).

V současnosti nebyla vydána žádná vyhláška o tom, kde by stanovovala dobu archivace nebo předpoklady ke zničení dokumentace (Mazánek et al., 2014).

Za správnost vedení a kontrolu dokumentace ručí vždy primář oddělení a staniční či vrchní sestra (Vondráček, L., 2009).

### ***1.3.3. Dokumentace v ošetrovatelském procesu***

Důležitým prvkem zdravotnické dokumentace je zaznamenávání ošetrovatelské péče, která zahrnuje její detailní popis, průběh poskytování zdravotnické péče a obsahuje následující ošetrovatelské kroky v péči o nemocného (Policar, 2015).

Složky, které tvoří dokumentaci v ošetrovatelském procesu, je ošetrovatelská anamnéza, která zahrnuje získané údaje o nemocném, obvykle je zpracována do 24. hod od přijetí nemocného. Plán ošetrovatelské péče, který je tvořen 5 fázemi ošetrovatelského procesu. (Burda et al., 2015).

Edukační záznam, ve kterém má sestra za úkol informovat a vysvětlit nemocnému postup ošetrovatelské péče např. o možnostech stravování pacienta (Burda et al., 2015).

Překladová/ propouštěcí zpráva slouží při překladu nemocného do jiného zdravotnického systému. Tvoří pacientovy současné ošetrovatelské problémy a problémy u kterých je riziko, že se mohou vyskytnout. Dále obsahuje hlavní informace o nemocném, např. poslední podané léky či kdy byl naposledy nemocný na stolicí. Dalšími prvky ošetrovatelské dokumentace jsou monitoring bolesti, sledování příjmu tekutin nemocného, ošetrovatelský plán v rámci kožního poranění, fotodokumentace, která může být pořizena jen se souhlasem pacienta a umožňuje multidisciplinárnímu týmu zhodnocení rány a její postupné hojení. Neopomenutelnou součástí ošetrovatelské dokumentace je také záznam o uložení cenností a osobních věcí nemocného ve zdravotnickém zařízení (Burda et al., 2015).

#### ***1.3.4. Zaznamenávání ošetrovatelské péče***

Pro zápis údajů o postupných krocích ošetrovatelského procesu se využívá ošetrovatelská dokumentace. Metoda záznamu údajů se provádí pěti fázemi v ošetrovatelském procesu. Všechny záznamy, které jsou napsány do ošetrovatelské dokumentace, musí být pravdivé a pro všechny ostatní zdravotnické pracovníky srozumitelné. Ošetrovatelská dokumentace musí obsahovat také čitelné písmo a zdravotnický tým se musí řídit dle daných právních norem (Burda et al., 2015). Správnost zápisů a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou nezbytné pro plno-hodnotný popis vzájemného vztahu mezi nemocným, sestrou a jejich činnostmi, využívá se také při zhodnocení ošetrovatelských zásahů. Kvalitní záznam v ošetrovatelské dokumentaci slouží také jako zdroj souhrnných a současných poznatků o pacientovi a neustálém vzdělávání zdravotnického personálu. Při zápisu do ošetrovatelské dokumentace je nutné, aby sestra měla určité znalosti v teorii, a především v praxi (Kelnarová et al., 2015).



## **1.4. Zdravotní péče**

Zdravotní péče se zabývá péčí o zdraví nemocného, která je poskytovaná multidisciplinárním týmem, kde mají za cíl navrátit pacientovi zdraví, pokud to není v silách personálu, pak se zaměřují na zmírnění daného postižení, se kterým se jedinec potýká. Zdravotnický personál zde plnohodnotně zajišťuje podporu lidské důstojnosti. Lékař zde přebírá veškerou zodpovědnost v rámci stanovení správné diagnózy a následné léčby, důležitou složkou je zde vzájemná komunikace mezi lékařem a pacientem (Čeledová et al., 2010).

Lékař poskytuje péči pouze dle lege artis, tedy dle uznávaných norem a standardů. Pacientům poskytuje péči jen s jejich souhlasem. Obyvatelé žijící v Irsku mají právo na zdravotní péči, pokud pobývají alespoň 1 rok v této zemi. Přístup do zdravotnického systému primární péče závisí na věku a příjmu. Toto rozdělení vytváří mezi obyvateli velké nesrovnalosti. Lékaři primární péče jsou zde samostatně výdělečně činní, od roku 2001 však mají tendence pracovat v multidisciplinárních týmech, aby tak posílili praxi primární péče. Role praktického lékaře spočívá v léčbě akutních, chronických onemocnění, menších chirurgických zákroků, dále také péče o děti. V této zemi neexistuje koordinace mezi primární a sekundární péčí. Přístup ke specializovanému lékařství závisí na ceně dané konzultace. Lékaři po zdárně vystudované medicíně musí absolvovat ještě 3 roky výcviku. Poté je průběžné lékařské vzdělávání povinné a škola je každoročně sleduje (Sagrado, 2017).

Zdravotnická péče zřizuje péči lékařskou a péči ošetrovatelskou. Tato péče je vykonávána jako péče přednemocniční a nemocniční, kdy je nemocný na lůžku nebo péče, která je poskytována ambulantně (Vondráček, J., 2009). Za zdravotní stav plně zodpovídá zdravotnický personál, který se podílí dle svých kompetencí na ošetrovatelské péči nemocného (Vondráček, J., 2009).

### ***1.4.1. Druhy zdravotní péče***

Podle časové naléhavosti jejího poskytnutí

- a) neodkladná péče, cílem této péče je zredukovat nebo odstranit počátek náhlých stavů, které by mohly nemocného ohrozit na životě nebo ho usmrtit (Kotrba, 2015). Neodkladná péče se využívá také při velkých bolestech nemocného či u změn chování (Arnoldová, 2016).

- b) akutní péče je péče, která se využívá při vážných urgentních stavech, snaží se o minimalizaci rizika zhoršení zdravotního stavu nemocného (Arnoldová, 2016).
- c) nezbytná péče, která je poskytována z lékařského úhlu u nežádoucího zdravotního stavu zahraničním pojištěncům, kteří se nyní nachází v České republice (Arnoldová, 2016).

Podle účelu jejího poskytnutí

- a) preventivní péče je péče, jejímž cílem je účinné předcházení činitelů a jejich eliminace, které by mohly ovlivnit vznik nemoci či zhoršení zdravotního stavu (Arnoldová, 2016).
- b) diagnostická péče se zaměřuje na zjišťování údajů od nemocného, které následovně poslouží k určení správné diagnózy a terapeutického postupu (Arnoldová, 2016).
- c) dispenzární péče zahrnuje průběžné sledování nemocných pacientů, kteří mají zhoršený zdravotní stav a u kterých zdravotnický personál očekává změnu zdravotního stavu, která může v zásadě ovlivnit další terapii (Arnoldová, 2016).
- d) léčebná péče zajišťuje realizaci terapeutického postupu u každého nemocného individuálně s cílem vyléčit nebo zmenšit dopad nemoci na pacienta a také zamezit případnému handicapu či závislosti nemocného na druhých (Arnoldová, 2016).
- e) posudková péče zjišťuje, zda pacientův zdravotní stav je vhodný k tomu, aby byl pacient schopen vykonávat práci ve své profesi (Arnoldová, 2016).
- f) léčebně rehabilitační péče zde se snaží o znovuoobnovení fyzických sil, smyslových a řečových orgánů a duševních funkcí nemocného, tak, že podporuje odstranění funkční poruchy nebo vynahrazuje některé funkce těla, či bojuje o zastavení nebo zpomalení růstu nemoci, dále se snaží o stabilizování zdravotního stavu nemocného. Jestliže je péče poskytována formou léčivých látek, jedná se o léčbu v lázních, tedy lázeňskou léčebně rehabilitační péči (Arnoldová, 2016).
- g) ošetrovatelská péče se zaměřuje na udržení, posílení a podporu zdraví či jeho znovunavrácení, na uspokojování bio-psycho-socio spirituálních potřeb, které jsou ovlivněny chorobou, dále se podílí na udržování nezávislosti nemocného či jeho navrácení. Ošetrovatelská péče se stará o umírající pacienty, jejichž diagnóza nejde zvrátit, pomáhá nemocným v klidném umírání, zmenšení bolesti a zajištění lidské důstojnosti po smrti (Arnoldová, 2016).

- h) paliativní péče poskytuje péči nevyлéčitelně nemocným, zajišťuje zmírnění bolesti a snaží se udržet kvalitu života nemocného (Arnoldová, 2016).
- i) lékárenská péče má za úkol zajistit medikamenty, jejich přípravu, zacházení, kontrolu a výdej léků (Arnoldová, 2016).

#### ***1.4.2. Formy zdravotní péče***

- a) ambulantní péče
- b) jednodenní péče
- c) lůžková péče
- d) zdravotní péče poskytována ve vlastním sociálním zázemí (Kotrba, 2015).

#### **Ambulantní péče**

Ambulantní péče je péče, při níž nemocný není hospitalizován v nemocničním zařízení a není přijat na lůžkovou část oddělení.

Ambulantní péče je poskytována jako:

- a) Primární ambulantní péče zajišťuje preventivní, terapeutickou, diagnostickou a posudkovou péči (Kotrba, 2015).
- b) Specializovaná ambulantní péče je zajišťována jednotlivými obory zdravotní péče (Kotrba, 2015).
- c) Jednodenní péče je péče, při níž je nemocný hospitalizován v nemocničním zařízení v době kratší než 24. hod. Zde musí být zajištěna neustálá přístupnost urgentní ošetrovatelské péče (Kotrba, 2015).
- d) Lůžková péče je zdravotní péče, která nemůže být poskytována ambulantní formou (Kotrba, 2015).

Zajištění lůžkové péče jako:

- a) Akutní lůžková péče intenzivní je určena pro nemocné, u kterých hrozí selhání životních funkcí nebo akutní selhání organismu (Kotrba, 2015).
- b) Akutní lůžková péče standardní je poskytována nemocným s neočekávaně vyskytlou chorobou nebo u chronických onemocnění, která se nenadále zhoršila a nyní ohrožují zdraví nemocného, ale nemají sklon k tomu, aby nemocného přímo ohrozily na životě (Kotrba, 2015).

- c) Následná lůžková péče náleží nemocnému, jehož diagnóza a stabilizovaný zdravotní stav si žádá další léčbu či následnou rehabilitaci (Kotrba, 2015).
- d) Dlouhodobá lůžková péče přísluší nemocnému, u něhož nelze zvrátit stanovení diagnózy, zde musí být poskytována nepřetržitá ošetrovatelská péče, bez ní se zdravotní stav nemocného zhoršuje (Kotrba, 2015).

## **1.5. Primární péče**

Primární péče je cílevědomá všestranná medicínálně-sociální péče, kterou realizují zdravotničtí pracovníci, kde se občan poprvé setkává se zdravotnickým systémem, anebo se jedná o dlouhodobější kontinuální péči jedince. Autorka Sikorová (2012) ve své publikaci klade důraz na dostupnost primární péče nejen jedincům, ale také komunitám a rodinám při zachování samostatného rozhodování. Primární péče působí v činnostech, které pomáhají jedinci posilovat zdraví a předcházet nemocem. Dále se zaměřuje na vyšetřování klienta, jeho léčbu a rehabilitaci (Seifert et al., 2012).

V čele primární péče stojí všeobecný praktický lékař, který je plně kompetentní k provádění těchto činností (Štolfa, 2011) Praktický lékař je v očích obyvatelstva důvěrníkem a rádcem, který se umí orientovat v medicínální, sociální osobní a posudkové problematice. Praktický lékař musí nemocného vyšetřit, dobře zhodnotit jeho diagnózu, určit vhodnou terapii pro nemocného, edukovat pacienta o předcházení nemoci a umět posoudit celkový zdravotní stav pacienta. Praktičtí lékaři mohou pečovat o nemocné v ordinaci, v sociálním zařízení či na místě, kde došlo k poranění. Stanovují si, které choroby ošetří sami, a které potřebují ještě zkonzultovat s dalšími specialisty (Seifert et al., 2012).

### ***1.5.1. Charakteristické znaky primární péče***

Primární péče je místo prvního kontaktu, kdy se setkává zdravotní zařízení s nemocným jedincem. Úkolem primární péče je pečlivé zhodnocení o požadavcích péče, které nemocný potřebuje, a to v náhlé i chronické nemoci. Sehrává důležitou roli při získávání informací o zdravotním stavu nemocného a uspořádání odborných služeb, které jsou poskytovány u nemocných (Seifert et al., 2012). Primární péče je charakteristická přímým přístupem, bere ohled na lidskou důstojnost, podporuje občany s určitou potřebou a snaží se je pochopit. Primární péče je vhodným prostředím pro prevenci (Sikorová, 2012).

### ***1.5.2. Poskytovatelé primární péče***

Mezi další poskytovatele primární péče v České republice patří také praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové či lékařská pohotovost (Červený, 2018). V České republice praktičtí lékaři denně poskytnou zdravotní péči více než 300 000 nemocným (Seifert et al., 2012).

### *1.5.3. Sestra v primární péči*

Kvalita péče v ordinaci praktického lékaře dnes nezávisí jen na špičkovém lékaři, ale především na všeobecné sestře, která zde hraje významnou roli. Všeobecná sestra je ve většině případů prvním člověkem, se kterým se nemocný setkává při návštěvě lékaře, proto je to právě ona, kdo může ovlivnit první dojem nemocného a tím i do budoucnosti vzájemný vztah mezi pacientem a lékařem. Důležitou roli zde hrají charakterové vlastnosti všeobecné sestry, kde by rozhodně nemělo chybět umění vcítit se do nemocného pacienta, spolehlivost a důvěra mezi sestrou a lékařem je na místě. Další pozitivní charakterovou vlastností sestry je schopnost flexibility, umět si poradit i bez přítomnosti lékaře (Košta, 2013).

Většina sester pracuje po boku praktického lékaře 4-10 let, necelá polovina sester je věrná svým lékařům, a to po celou dobu až do důchodového věku. Polovina sester pociťuje, že postrádají určité znalosti, projevuje se u nich větší zájem o přednášky a semináře s různorodou problematikou. Mladší generace zdravotních sester projevuje větší zájem o studium na vysoké škole. Na jednom ze seminářů, které byly zprostředkované přímo pro sestry pracující v ordinaci praktického lékaře, se prokázalo, že mezi sestrami chybí vzájemná komunikace ohledně převzetí nových zkušeností (Košta, 2013).

Všeobecné sestry v Austrálii pracující ve zdravotnickém zařízení primární péče se zúčastnily výzkumu, kde bylo cílem identifikovat aspekty v primární zdravotní péči jako nejvíce a nejméně uspokojující. Mezi pozitivní faktory sestry zařadily vzájemný vztah mezi nemocným a sestrou, respekt, týmovou práci, kolegiální a v neposlední řadě také autonomii. Důležitou roli zde hrála osobní úvaha sester, do nichž spadala určitá rovnováha mezi profesním a soukromým životem. U většiny sester převažovaly nad negativními faktory. Nejméně uspokojujícími aspekty byla nízká finanční podpora a odměny, nedostatek kariérního postupu a časové omezení (Halcomb et al., 2017).

Díky hodnotám všeobecné sestry praxe u všeobecného praktického lékaře nabývá kvality především tím, že sestra umožňuje lékaři věnovat se čistě léčení jedinců, a to ve velkém časovém úseku. Košta (2013) ve své publikaci upozorňuje na fakt, že budoucí lékaři, kteří si chtějí otevřít svoji ordinaci, by se měli věnovat pečlivému a neunáhlenému hledání vhodné všeobecné sestry. Lékaři by měli brát v potaz, že s všeobecnou sestrou budou pracovat několik let a je třeba vzít na vědomí, že se může mezi nimi objevit určitá předpojatost.

Koncepce ošetrovatelství, která byla uveřejněna Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2004. Tato koncepce je orientována na samostatné provádění činností ošetrovatelského personálu. Zaměřuje se na nutnost práce, která je realizována metodou ošetrovatelského procesu, ke kterému neodmyslitelně spadá řádné vedení zdravotnické dokumentace jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při činnostech s nemocným i zdravým jedincem, jeho rodinou a sociálním prostředím (MZČR, 2004)

#### ***1.5.4. Náplň práce sestry v ordinaci praktického lékaře***

Autor Košta (2013) uvedl ve své publikaci 4 základní činnosti všeobecné sestry:

- a) Používání diagnostických přístrojů a užívání veškerých nástrojů
- b) Komunikační dovednosti s nemocným
- c) Práce s počítačem a pomocí něj komunikovat přes internet
- d) Aktivní ovládání alespoň 1 cizího jazyka

Národní soustava povolání řadí mezi odborné znalosti všeobecné sestry správné užití komunikace u problémových či agresivních pacientů. Obecné využití komunikace v zátěžových situacích, která úzce souvisí s poskytnutím první pomoci při ohrožení života, kdy je nutností, aby sestra znala anatomii, fyziologii a patologii různých onemocnění. Výhodou je, pokud má všeobecná sestra přehled o ošetrovatelství v klinických oborech či v psychologii. Ošetrovatelskou péčí by měla být sestra schopna poskytnout všem věkovým skupinám s určitou etikou, která tato zdravotnická profese obnáší (NSP, 2017).

Mezi další činnosti všeobecné sestry dle Národní soustavy povolání patří:

- a) Zajištění ošetrovatelské péče základní a specializované pomocí ošetrovatelského procesu
- b) Příprava nemocných k diagnostickým a léčebným postupům
- c) Realizace terapeutických a diagnostických postupů
- d) Výchova nemocného a dalších osob u ošetrovatelských úkonů
- e) Realizace ošetrovatelské péče při a po ošetrovatelských činnostech, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče
- f) Realizace činností při preventivní a dispenzární péči
- g) Motivace nemocných a dalších osob ohledně zdravého životního stylu nebo péči o sebe sama

- h) Poskytování zdravotní péče dle stanovených standardů a právních předpisů
- i) Zacházení s léčivými prostředky a jejich podávání nemocným
- j) Poskytování informací nemocnému dle odborné způsobilosti nelékařského zdravotnického pracovníka
- k) Dodržování hygienicko-epidemiologického řádu, které jsou v souladu s předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví
- l) Vedení zdravotnické dokumentace a další dokumentace, která vyplývá z dalších právních směrnic, do kterého se zahrnuje také práce s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb



## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1. Cíl práce**

#### **Hlavní cíl**

C1: Prozkoumat, jakým způsobem realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci ošetrovatelský proces u praktického lékaře

#### **Dílčí cíl**

C2: Zjistit, jak jsou realizovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře

C3: Zmapovat dokumentaci ošetrovatelského procesu u praktického lékaře

C4: Zhodnotit možnosti realizace ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší míře

### **2.2. Výzkumné otázky**

VO1: Jak je realizován ošetrovatelský proces nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře?

VO2: Jak probíhají jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře?

VO3: Jak jsou zdokumentovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu?

VO4: Jak mohou sestry realizovat ošetrovatelský proces v primární péči ve větší míře?

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Použité metody a technika sběru dat***

Ke zpracování bakalářské práce jsme využili kvalitativního výzkumného šetření, kdy jsme zvolili metodu dotazování, techniku sběru dat jsme uskutečnili polostrukturovanými rozhovory. Rozhovor k bakalářské práci jsme složili z 23 hlavních otázek viz příloha č. 9 14 podotázek určených pro nelékařské zdravotnické pracovníky pracující v ordinaci u praktického lékaře. První část rozhovorů jsme zaměřili na hlavní cíl bakalářské práce, kde jsme otázky směřovali na realizaci ošetrovatelského procesu jako celku.

Druhou část rozhovoru jsme věnovali dílčím cílům, kde předmětem otázek byla realizace jednotlivých pěti fází ošetrovatelského procesu. Předposlední výzkumnou část jsme zaměřili na zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Dále jsme otázky orientovali na možnosti realizace ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší míře. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je dosažení podrobných a všestranných informací o studovaném fenoménu (Šeďová et al., 2014).

Samotná realizace polostrukturovaných rozhovorů na téma ošetrovatelský proces v primární péči proběhla po udělení informovaného souhlasu od respondentek o audiozáznamu a veškerých informací o tomto výzkumu.

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

V této bakalářské práci jsme vedli polostrukturované rozhovory jedním výzkumným souborem. Rozhovory jsme uskutečnili se sestrami v ordinaci praktického lékaře. Výzkumný soubor tvoří 6 sester, které jsou ve výzkumné části pojmenovány jako „S1-S6“.

## **4. Výsledky výzkumného šetření**

### **4.1. Kategorizace výsledků**

V této části představíme výsledky rozhovorů se sestrami, které pracují v ordinaci praktického lékaře. Výsledky třídíme do příslušných kategorií a podkategorií. Kategorie je v přehledu označena číslicí a podkategorie písmenem.

#### **Přehled jednotlivých kategorií a podkategorií**

- 1) Realizace ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře
  - a) Ošetrovatelská anamnéza u nemocných v ordinaci u praktického lékaře
  - b) Stanovení ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře
  - c) Plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře
  - d) Realizace ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře
  - e) Vyhodnocení efektu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře
  
- 2) Realizace jednotlivých fází ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře
  - a) Snímání ošetrovatelské anamnézy v ordinaci praktického lékaře
  - b) Realizace stanovení ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře
  - c) Realizace plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře
  - d) Realizace plánu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře
  - e) Vyhodnocení ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře
  
- 3) Dokumentace ošetrovatelského procesu u praktického lékaře
  
- 4) Možnosti uplatnění realizace ošetrovatelského procesu v primární péči z pohledu sester

#### ***4.1.1 Struktura výzkumného souboru***

Rozhovor byl zrealizován s 6 sestrami v ordinaci praktického lékaře. Věk sester se pohyboval v průměru od 24 do 56 let. Nejmladší ze sester je 24 let, která je v praxi aktuálně prvním rokem. Naopak nejstarší sestře je 56 let a v oboru pracuje 36 let. Dvě sestry v rozhovoru uvedly, že mají vysokoškolské vzdělání. Čtyři sestry sdělily, že mají středoškolské vzdělání. Délka praxe jednotlivých sester byla v rozmezí od 1 roku do 36 let. Tabulka s identifikačními údaji sester se nachází viz v příloze číslo 1.

## **Kategorie 1 – Realizace ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře**

V této kategorii jsme zkoumali, jakým způsobem realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci ošetrovatelský proces. Zkoumáme zde ošetrovatelský proces jako celek. Tuto kategorii členíme na 5 podkategorií, které jsou utvořeny z 5 fází ošetrovatelského procesu. V první podkategorii jsme se věnovali snímání ošetrovatelské anamnézy. Dále jsme se zabývali ošetrovatelskou diagnózou a plánováním ošetrovatelské péče. V předposlední podkategorii se zaměřujeme na realizaci ošetrovatelského plánu. V poslední podkategorii popisujeme vyhodnocení efektu ošetrovatelské péče.

### ***Podkategorie 1.1 – Ošetrovatelská anamnéza u nemocných v ordinaci praktického lékaře***

Tato podkategorie prezentuje, zda sestry realizují ošetrovatelskou anamnézu ve své praxi. Sestry S1, S2, S3, S4 se u první fáze ošetrovatelského procesu, do níž se řadí ošetrovatelská anamnéza, shodly kladně. Sestry S5 a S6 odpověděly stručně, že ošetrovatelskou anamnézu nesnímají. Sestra S1 ve své výpovědi uvedla, že se jako diabetická sestra na anamnézu ptát musí, jelikož to hraje významnou roli v léčbě pacienta. S2 odpověděla, že je samozřejmostí ptát se nemocného na ošetrovatelskou anamnézu, především při ošetrovatelských činnostech. „*Samozřejmě, když pracuji s pacientem při určitém výkonu, tak se ho zeptám, když se mi něco nezdá.*“ S3 stručně uvedla, že se na ošetrovatelskou anamnézu ptá. Sestry pracující u praktického lékaře byly dále vyzvány k odpovědi na otázku, u jakých konkrétních pacientů snímají ošetrovatelskou anamnézu. S1, S3, S4 se ve svých výpovědích shodly, že odebírají ošetrovatelskou anamnézu u pacientů, kterým byla diagnostikována nemoc diabetes mellitus. S1 uvedla, že má přímo na starost diabetické pacienty, kteří k ní docházejí každé 3 měsíce na kontrolní prohlídku, kde se provedou odběry krve a reguluje se jejich strava. Sestra S3 doplňuje: „*Výživu řešíme především u diabetiků anebo u nemocných, kteří mají stomii.*“ Sestra S4 na otázku odpověděla, že v ordinaci praktického lékaře se zaměřují především na prevenci civilizačních onemocnění v podobě diabetu, obezity či kardiovaskulárních chorob. Sestry S5 a S6 se ve svých odpovědích uvedly, že snímání ošetrovatelské anamnézy u konkrétních pacientů má na starost lékař. Sestra S5 dodává: „*Výjimkou je, pokud by měl nemocný např. opakované problémy s vyprázdněním, tak se pacienta na jeho obtíže vyptáme.*“ Zároveň dodává, že jej pacienti mnohdy předběhnou a informace ohledně ošetrovatelské anamnézy jim sdělují aktivně sami. Dále se sestry v rozhovoru mohly vyjádřit k otázce,

zda se nemocného ptají, co ho aktuálně trápí a jestli se jeho zdravotní stav od poslední návštěvy u lékaře změnil. Sestry S1, S2, S3, S4, S5 se shodly na své odpovědi kladně. S1 řekla, že pokud nemocný není objednaný, tak se ho zeptá, co ho trápí. S5 doplňuje: „*Pokud nemocný přijde neobjednaný, tak se ho zeptám, jak moc je nemocný, jestli ho bolí v krku.*“ Pokud je nemocný objednaný, tak už s lékařem předem ví, s čím bude pacient přicházet. S2 ve své odpovědi uvedla jako příklad, že pokud nemocný dochází na aplikaci injekcí, tak se ho zeptá, zda mu léčba zabírá, pokud ano, tak pokračují v terapii dále, pokud ne, tak se zavolá lékař. S4 odpověděla: „*Určitě, vždycky když přijde pacient, tak se zeptám, co ho přivádí, jaké má obtíže, jestli se něco změnilo od minulé návštěvy.*“ Sestra S6 se jako jediná od ostatních odpovědí lišila. Ve své výpovědi uvedla že, pacienti jsou už zvyklí sami říkat, jaké potíže je trápí. Sestra S2 na otázku, zda se ptá nemocných, jestli se jejich zdravotní stav od poslední návštěvy změnil odpověděla, že nemocní si sami volají do ordinace s tím, že se jejich stav zhoršil.

### ***Podkategorie 1.2 – Stanovení ošetřovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře***

Tato podkategorie zkoumá, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci stanovují ošetřovatelské diagnózy a dále jestli realizují formulaci ošetřovatelského problému. Sestry S1, S2, S4, S5 se ve svých odpovědích v rozhovoru shodly na tom, že ošetřovatelské diagnózy si nestanovují. Sestra S1 a S2 uvedly, že v ordinaci praktického lékaře disponují jen lékařskými diagnózami. Sestra S2 vyjádřila výjimku. Kdyby byl lékař z nějakého důvodu náhle nepřítomen a pacient by trpěl opakovanými průjmy, požádá jiného lékaře, který se na obvodě nachází a mezitím z vlastní iniciativy provede nemocnému výtěr. Na žádanku musí zvolit patřičnou diagnózu, kterou si myslí. Zároveň uvádí, že tyto případy jsou ojedinělé. Sestra S4 se zmínila, že ošetřovatelské diagnózy jako v nemocničním prostředí si nestanovují. Uvedla, že u praktického lékaře si pacienti po dobu několika návštěv vybudují ke zdravotnickému personálu důvěru a jsou spíše jako jedna velká rodina. „*U nás je to na takové úrovni, že pacienti, za tu dobu, co sem chodí, tak si získají důvěru v personál, a potom je to tady jako jedna velká rodina.*“ Zároveň dodává, že se lidé svěřují spíše ústní formou a zdravotnický personál si je ukládá více do paměti než na papír. S3 a S6 ve svých výpovědích uvedly, že si ošetřovatelské diagnózy říkají pro sebe ve svých myšlenkách. Sestra S3 se vyjádřila takto: „*Sama pro sebe ano, zkouknu pacienta a později se pana doktora zeptám, jestli to tak bylo nebo nebylo.*“ Sestra S6 uvedla, že si diagnózu nemocných otipuje podle toho, jak je zná. Na otázku, jaké problémy se u pacientů vyskytují nejčastěji, jsme zjistili, že nejvíce se potýkají

s bolestmi kloubů, poruchou chůze, zvláště u obézních pacientů. S3 přímo uvedla: „*Máme tu několik pacientů s obezitou, kteří k nám chodí a mají problémy s chůzí, a hlavně bolesti kloubů.*“ Sestra S2 odpověděla, že mnoho pacientů se potýká s psychickými problémy a s problémy, které se týkají vyprazdňování. Sestra S5 uvedla, že pacienti navštěvují ordinaci praktického lékaře již s konkrétní nemocí. Sestra S1 se zmínila o kožních problémech. Další otázka v rozhovoru zaměřeném na sestry pracující u praktického lékaře byla formulace ošetrovatelského problému. Z rozhovorů se všemi sestrami S1, S2, S3, S4, S5 a S6 jsme se dozvěděli, že si ošetrovatelský problém sice neformulují, ale určitým způsobem dle svého uvážení nemocného každá zhodnotí. S4 napřímo uvedla: „*Ošetrovatelský problém si neformuluji, ale na nemocného se samozřejmě podívám, zkouknu ho od hlavy až k patě, jelikož se s pacienty znáte, tak se jich někdy nemusím ani ptát, sami se mi jako sestřičce svěří.*“

### ***Podkategorie 1.3 – Plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře***

Sestry S1, S2, S3, S4 a S5 se na svých odpovědích na otázku, zda si stanovují pořadí priorit ošetrovatelských problémů, shodly. S1 vypověděla, že přednost mají vždy akutní problémy před chronickými. S3 uvedla: „*Já si třeba zkouknu pacienty v čekárně a když vidím, že je někomu špatně, tak se ho zeptám, co mu je, proč mu je a vezmu si ho dovnitř na lehátko. Určitě mají přednost akutní problémy a je třeba je rozlišovat a stanovit si pořadí, v jakém se budou postupně řešit.*“ Sestra S4 odpověděla, že mezi akutní problémy by zařadila bolesti na hrudi a jako chronický problém uvedla změny na kůži. S2 na otázku v rozhovoru odpověděla: „*Ano, je to nejdůležitější priorita pro pacienta.*“ S6 sdělila, že stanovení pořadí priorit ošetrovatelského problému určuje lékař. Respondentům ve výzkumu jsme dále položili otázku, jestli si sestavují ošetrovatelský plán nebo plán intervencí. Sestry S1 a S4 ve svých odpovědích odpovídaly kladně. S1 uvedla, že si ošetrovatelský plán stanovuje automaticky, bez jakéhokoliv zápisu třeba u hojení ran. Sestra S4 odpověděla, že si u nemocných připravuje žádanky na odběr krve dále plánuje převazy, preventivní prohlídky, kdy od ní pacienti dostanou objednávací kartičku, kde jsou napsané informace o tom, kdy mají přijít a co si popřípadě vzít s sebou. Sestry S5, S6 a S2 odpověděly na otázku v rozhovoru záporně. S5 uvedla, že v ordinaci praktického lékaře se potýkají spíše s lékařskými diagnózami. „*My tady máme daný postup práce, který s tím sice souvisí, ale pořád to nejsou ošetrovatelské diagnózy.*“ Sestra S3 ve výzkumné části plánování ošetrovatelského procesu odpověděla od ostatních sester jako

jediná odlišně: „*V dekurzu je napsána další návštěva nemocného, co se ten den dalo, s čím se ještě počítá, když nastanou určité změny udělá se to to zase jinak. Dnes je to v podstatě všechno v počítači a dále je to na zvážení pacientova aktuálního stavu.*“ Další otázka pro respondenty se zaměřovala na stanovení cíle, kritérií a intervencí. Tato otázka rozdělila názor sester přesně na polovinu. S1, S2, S4 si myslí, že si cíle kritéria a intervence stanovují. Sestra S2 je toho názoru, že to provádí, ale jen to tak odborně nepojmenovávají a nezapisují si to do dokumentace. „*Ano, my to děláme, jenom to tak odborně nenazýváme, a především si to nikam nezapisuji.*“ Sestra S4 doplňuje, že pokud se jedná o něco důležitého, co si potřebuje připomenout k další návštěvě, tak si to zapíše do dekurzu. Zároveň dodává, že si cíle, kritéria a intervence do dekurzu nezapisuje, jelikož to z toho už vyplývá. Sestry S3, S5 a S6 si jej nestanovují. Sestra S3 odpověděla, že si cíle, kritéria a intervence nestanovuje, zároveň dodává, že doufá, že se to bude všechno měnit k lepšímu.

#### ***Podkategorie 1.4 – Realizace ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře***

Na otázku, zda sestry realizují ošetrovatelské intervence na základě stanovené ošetrovatelské diagnózy, odpovídaly respondentky takto. Sestry S1, S2 a S4 se ve výzkumné části shodují, že jej realizují. S2 odpověděla: „*Tohle jsou postupy, které dělám automaticky a nemám je nikde napsané. Jen reaguji na vzniklou situaci.*“ S4 reaguje obdobně. „*Zajišťuji intervence to ano, ale nepíšu si to nikam.*“ Sestry S3, S5 a S6 nerealizují ošetrovatelské intervence dle stanovené ošetrovatelské diagnózy. Sestry mohly dále v rozhovoru odpovědět na otázku, jestli jejich ošetrovatelské činnosti směřují k dosažení stanoveného cíle. Sestry S1, S2, S3, S4, S5 jsou přesvědčeny o tom, že je důležité dosáhnout nějakého očekávaného výsledku a snažit se o zlepšení pacientova zdravotního stavu. Sestra S2 na otázku odpověděla, že cíl pro ni znamená, aby jej nemocný navštěvoval rád a zároveň se dosáhlo viditelného výsledku, aby se pacient uzdravil. „*Pro mě je cíl, aby nemocný přišel v dobrém, aby sem rád chodil a bylo vidět nějakého výsledku, především, aby se nám zahojil. Náš cíl je, abychom mu pomohli, to je to nejdůležitější.*“ Sestra S3 řekla: „*Vždy je tu snaha napravit ten stav, který nemocnému nevyhovuje. Směřujeme pokaždé k tomu vyléčit, zaléčit či zlepšit.*“ Sestra S4 na otázku odpověděla, že bez uvědomění si potřebného cíle, nemůže realizovat ošetrovatelské úkony. „*Samozřejmě, bez uvědomění si žádoucího cíle nelze provádět veškeré ošetrovatelské činnosti.*“ Sestra S6 se vyjádřila na otázku takto: „*Určitě, když bude nemocný chodit na převaz, tak chceme, aby se to zlepšilo nebo vyléčilo úplně.*“ Sestra S5



jako jediná odpověděla odlišně. Sestra se při rozhovoru odkazovala na to, že u nemocných nemá již žádnou zpětnou vazbu, kdy by se mohla přesvědčit, zda její rada nemocnému pomohla. *„Nemáme tu zpětnou vazbu, cíleně ji nevyhledáváme, takže v podstatě bych řekla že ne. Já už toho člověka nevyhledávám, jestli jsem mu něco poradila a zda mu to pomohlo.“* V rozhovorech ve výzkumné části mohly respondentky dále odpovědět na otázku, zda poskytují ošetrovatelskou péči podle plánu. Sestra S1 se shoduje se sestrou S4. S1 a S4 odpověděly, že pokud nemocný přijde na předoperační vyšetření, tak mají dané postupy, které předtím realizují. S2 uvedla, že když je nemocný objednan na převaz, tak na něj musí být připravená. *„Když je někdo objednaný na převaz, tak na něj musím být připravená, co mu na tu ránu dám, a především to musím mít zajištěné z lékárny.“* Sestry S3, S5 a S6 si jsou toho názoru, že ošetrovatelskou péči dle plánu nerealizují. S5 na otázku v rozhovoru odpověděla, že ošetrovatelský plán u nich není realizovatelný, v ordinaci praktického lékaře se řídí podle postupů, které jsou určené lékařskou diagnózou. *„Já si myslím, že ošetrovatelský plán, tady není realizovatelný, my se řídíme podle určitých standardů, které jsou dané v rámci lékařské diagnózy.“* Sestra S6 se vyjádřila ve rozhovoru takto: *„Ne. Domluví se s nemocným, že přijde za týden na kontrolu a zkontrolováme to.“*

#### ***Podkategorie 1.5 – Vyhodnocení efektu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře***

Další položenou otázkou, kterou jsme směřovali na respondentky ve výzkumu, byla, zda hodnotí srovnání provedené intervence po určité době. Sestry S1, S2, S3, S4 a S6 se shodly na tom, že intervence po určité době z pohledu sestry hodnotí. Sestra S1 zmiňuje, že pokud k nim nemocný přijde další den, tak hodnocení bude na místě. Zároveň dodává, že srovnání intervence závisí především na tom, zda se nemocný na kontrolu dostaví. Sestra S6 v odpovědi na tuto otázku odpověděla takto: *„Tak to se musí hodnotit, pokud to nebude po určité době efektivní, tak se musí něco změnit nebo nemocného odeslat k jinému odborníkovi.“* Sestrám u praktického lékaře byla položena v průběhu rozhovoru další otázka zaměřená na poslední fázi ošetrovatelského procesu, která se týkala hodnocení stanoveného cíle u ošetrovatelské diagnózy. Sestra S6 odpověděla takto: *„V dokumentaci už je to zanešené. Je logické, že když mi sem bude chodit pacient s otevřenou nohou, tak mu to chcete zahojit, takže po určité době to zhodnotíte, jestli to je k něčemu.“* Sestra S1 řekla, že pokud si sama pro sebe stanoví ošetrovatelskou diagnózu, tak cíl hodnotí pouze pokud se nemocný dostaví na další návštěvu. S2 na tuto otázku odpověděla

takto: *Nehodnotím, jelikož si ošetrovatelské diagnózy nestanovuji. Samozřejmě cíl, který je evidentní, jelikož z toho vyplývá, co chceme, tak ten hodnotíme v zápise.*“ Sestra S4 odpověděla, že cíl hodnotí, pokud je splněn, tak se udělá záznam do dekurzu „pacient se cítí lépe“. *„Hodnotíme, protože, když je cíl splněn, tak to tam i poznamenujeme, že se pacient cítí lépe.“* Sestra S3 na otázku v rozhovoru odpověděla přímo takto: *„Tak pokud se někomu udělá v ordinaci nevolno, tak mým cílem bude, aby se nemocnému zlepšil zdravotní stav, co nejdříve. Pokud se to bere takto, tak ano hodnotím.“* S5 stručně uvedla, že si cíle nestanovuje, nemůže je tedy ani hodnotit.

## **Kategorie 2 – Realizace jednotlivých fází ošetřovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře**

V této kategorii jsme zkoumali realizaci jednotlivých fází ošetřovatelského procesu nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Kategorie tedy pojednává o obsahu jednotlivých fází ošetřovatelského procesu. V první podkategorii se budeme zabývat realizací snímání ošetřovatelské anamnézy. Ve druhé podkategorii se věnujeme stanovení ošetřovatelské diagnózy a otázce, zda sestry zjišťují příčinu ošetřovatelského problému. V třetí podkategorii pojednáváme o tom, jakým způsobem sestry realizují tvorbu ošetřovatelského plánu, zkoumáme také stanovení cílů, kritérií a intervencí sestrami u praktického lékaře. V předposlední podkategorii zkoumáme otázku, zda sestry zrealizují plán ošetřovatelské péče. V poslední fázi ošetřovatelského procesu mapujeme to, jak sestry pracující u praktického lékaře hodnotí stanovený cíl u ošetřovatelské diagnózy. Dále se věnujeme srovnání provedených intervencí v časovém úseku.

### ***Podkategorie 1.1 – Snímání ošetřovatelské anamnézy v ordinaci praktického lékaře***

Sestry S1, S2, S3 a S4 uvedly, že se nejprve nemocného ptají na to, s čím přichází a co potřebuje. S1 ve své výpovědi uvedla, že se nemocného ptá na rodinnou, sociální, pracovní a farmakologickou anamnézu a v neposlední řadě také na alergie. V rodinné anamnéze se nemocného ptá, jaká dědičná onemocnění se vyskytují v rodině a také na úmrtí v rodině na určitou nemoc. Sociální anamnéza zahrnuje, kde bydlí, s kým bydlí a v jakém prostředí žije. Do pracovní anamnézy zařadila pracovní podmínky a zaměstnání. Dále se ptá pacienta na užívané léky a zda má alergie. Sestra S1, S2 a S3 se shodly na tom, že se nemocného ptají na farmakologickou anamnézu. Sestry S1, S3 a S4 ve svých výpovědích odpověděly kladně. U nemocných s diabetem mellitem se zajímají o výživu, což tvoří druhou doménu ošetřovatelské anamnézy dle M. Gordonové. Sestra S4 v rozhovoru uvedla, že se zaměřuje také na pacienty s obezitou. „*S nemocnými řeším výživu a dietu hlavně u obézních a diabetiků, vysvětluji jim, co můžou jíst a co ne, dám jim letáček, ať si ho doma v klidu přečtou, probírám s nimi životosprávu, když zjistím, že při vážení se pacientova váha oproti minule zvýšila.*“ Všechny sestry S1, S2 a S4 realizují fyzikální vyšetření. Nemocného změří, zváží a vypočítají body mass index a změří mu krevní tlak. Sestry S2 a S3 se v rozhovoru shodly na tom, že s nemocnými konzultují kompenzační pomůcky, které se řadí do jedenácté domény „bezpečnost a ochrana“. Sestra S3 jako jediná v rozhovorech uvedla, že využívá mimo dotazování také svých pozorovacích zkušeností a měřících škál a testů. „*Kromě dotazování nemocného i*

pozorujeme zkušeným okem a využíváme různých testů.“ Z této výpovědi je zřejmé, že sestra S3 provádí objektivní pozorování a fyzikální vyšetření. Sestry S5 a S6 jsou přesvědčeny o tom, že ošetrovatelskou anamnézu snímá ošetřující lékař.

### ***Podkategorie 1.2 – Realizace stanovení ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického lékaře***

Všechny rozhovory se sestrami u praktického lékaře odpovídají jasně. Sestry si zde nestanovují ošetrovatelské diagnózy, jak již bylo zmíněno v předešlých rozhovorech ve druhé podkategorii, která se věnuje samotné realizaci ošetrovatelského procesu, sestry si stanovují ošetrovatelský problém a ošetrovatelskou diagnózu samy pro sebe, ale nikam to nedokumentují, je to čistě pro jejich orientaci a záleží na každé sestře, jaký projeví zájem o pacienta. Otázkou pro respondentky ve výzkumné části byla, zda zjišťují příčinu ošetrovatelského problému. Sestra S4 odpověděla, že nejdůležitější je komunikace s nemocným, avšak pokud má nemocný ošetrovatelský problém, snaží se jej s ním konzultovat. Konečné rozhodnutí je však na lékaři. „*Ano, komunikace s pacientem je důležitá. Pokud se jedná o ošetrovatelský problém vždy se snažíme s pacientem jeho problém konzultovat. Konečné rozhodnutí je vždy na lékaři.*“ Sestra S1 na tuto otázku odpověděla: „*Když si třeba všimnu, že má nemocný špatně zabandážované dolní končetiny, nebo že sotva chodí o francouzských holích, tak mu aktivně nabízím chodítka.*“ S3 odpověděla, že pokud si na pacientovi všimne něčeho neobvyklého, tak začne zjišťovat příčinu, aby mohla problém případně rychle odstranit. Udává také, že v ordinaci praktického lékaře jsou jako jedna velká rodina a charakter svých pacientů již znají. „*Ano, pokud na pacientovi vidím, že mu není dobře, nebo si u něj všimnu něčeho nezvyklého, jelikož tady na obvodě jsme jako jedna velká rodina a víceméně už známe jejich charakter, tak začnu pátrat po příčině, abych mohla případný problém rychle odstranit a nemocný byl spokojený.*“

### ***Podkategorie 1.3 – Realizace plánování ošetrovatelské péče v souvislosti s ošetrovatelským procesem v ordinaci praktického lékaře***

Sestry S1 a S4 jako jediné v samotné realizaci třetí fáze ošetrovatelského procesu odpověděly, že realizují ošetrovatelský plán. Většina sester odpověděla záporně. Na otázku, jakým způsobem realizují tvorbu ošetrovatelského plánu, sestry odpovídaly podobně. Sestry S1, S2, S3 a S4 se ve svých výpovědích shodly. Sestra S1 se vyjádřila takto: „*V ordinaci praktického lékaře, je to vždy nějakým způsobem zaběhlé. Ráno mezi*

sedmou a devátou hodinou jsou naplánované odběry krve, dopoledne jsou akutní případy a odpoledne se realizují preventivní prohlídky, aby se nám nemísili zdraví lidé s nemocnými. Plánuji ve formě objednávání pacientů, kdy mám objednávkový systém v počítači. Pokud zjistím, že pacient nepřišel na kontrolu, tak mu zavolám s tím, že mu medikaci nenapišu, dokud k nám nepřijde na odběr krve. Až poté mu medikaci samozřejmě napíšu.“ S2 odpověděla, že záleží na stavu pacienta a podle možností a také jeho schopností s nimi spolupracovat. Intervence s nemocným se plánují většinou na místě, a to ústní formou. Objednávají se také přes PC program, kde je kolonka pacienta pro přesný termín a čas. S3 doplňuje: „Většinou se domluvím ústně s nemocným na daný termín a čas, kdy se dostaví.“ Sestra S4 na otázku, zda provádí u pacientů cíle kritéria a intervence, odpověděla: „Pokud má nemocný třeba bolesti zad, tak se předem do dekurzu zapíše aplikace Almiralu injekce intramuskulární.“ Sestra S2 na otázku odpověděla takto: „Když někomu převazuji nohu s bércovým vředem, tak je jasné, že si řeknu nějaký časový cíl.“ Dále Sestra S2 zmiňuje, že nemocného informuje o dalším postupu, co bude následovat, vše probíhá ústní formou mezi nemocným a sestrou. Z tohoto tedy vyplývá, že sestra S2 kritéria u nemocného provádí. Nakonec do dekurzu zapíše, co u nemocného provedla. Sestra S2 zároveň dodává: „U nás to vyplývá z konkrétní potřeby nemocného.“ Sestra S5 udává, že když je nemocnému špatně, tak mu podávají tekutiny. Pokud pacient přichází, že má problémy s vyprazdňováním, tak mu doporučí dostatek pohybu, vlákniny a tekutin. Nemocný obdrží i edukační leták. Sestra S5 odpověděla odlišně: „To záleží vždy na konkrétních problémech nemocného, je důležité uzpůsobit úkony na „míru nemocného.“

#### **Podkategorie 1.4 – Realizace plánu ošetrovatelské péče v ordinaci praktického lékaře**

Zrealizujete to, co si s nemocným naplánujete? Tuto otázku jsme zaměřili na respondentky ve výzkumu. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 jsou toho názoru, že pokud nemocný spolupracuje a dostaví se na kontrolu, tak ve většině případů to, co si s nemocným naplánují, také zrealizují. Sestra S1 odpověděla takto: „Pokud se nemocný dostaví, tak ano. Sestra S2 ve své odpovědi v rozhovoru zmiňuje, že ke každému pacientovi je nutno přistupovat individuálně, pokud nemocný spolupracuje a dochází do ordinace, tak ošetrovatelskou péči zrealizuje. „Snažíme se, záleží na možnostech, které máme, ke každému pacientovi se musíme chovat individuálně. Pokud nemocný spolupracuje, tak ošetrovatelskou péči určitě vykonáme, pokud se nemocný dostaví.“ Sestra S4 odpověděla, že co se týká ošetrovatelské péče, vždy se snaží s pacientem na

místě domluvit na další termín kontroly a realizovat plány v podobě převazů, odběrů krve, TK holtera. S4 dodává: „*Dokončení realizace závisí zpravidla na pacientovi a jeho ochotě spolupracovat a dostavit se na předem dohodnutý termín.*“

***Podkategorie 1.5 – Vyhodnocení ošetrovatelského plánu v ordinaci praktického lékaře***

Sestra S4 ve své výpovědi sdělila, že do dekurzu poznamená, že se nemocný cítí lépe. „*Cíl hodnotím, tak že zapíšu do dekurzu „pacient se cítí lépe“, problém vyřešen.*“ Sestra S1 a S2 ve svých odpovědích uvedly jako příklad vyhodnocení cíle u převazů. S1 uvedla, že pokud se nemocný nedostaví na další návštěvu, tak cíl nemůže vyhodnotit. Pokud ano, tak do dekurzu napíše „rána zhojena“. Sestra S2 odpověděla: „*Ano vyhodnocuji, do dekurzu zapíšu, jestli je zde viditelné zlepšení a zda se rána zhojila.*“ S2 zmiňuje dále důležitost zpětné vazby, jelikož podle toho ošetřující lékař naordinuje další postupy terapie. „*Musí být nějaká odezva, protože podle ní, lékař dále určí další postupy léčby.*“ Sestra S3 doplňuje: „*Samozřejmě vyhodnocujeme to v dekurzu, zda se to zhoršilo či zlepšilo, jestli nemocný již nepociťuje bolest*“ Sestry S5 a S6 nevyhodnocují. Na otázku, jak sestry hodnotí srovnání provedené intervence po určité době, odpověděla sestra S2, že hodnotí u nemocných s diabetes mellitus váhu, zda se snížila či zvýšila a potom také jestli rozumí tomu, jak se má správně stravovat.

### **Kategorie 3 – Dokumentace ošetrovatelského procesu u praktického lékaře**

Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 se shodly na tom, že mají jen jednu dokumentaci zvanou dekurz. Sestra S1 odpověděla, že do dokumentace zaznamenává poslední tři fáze, ale ve spolupráci s lékařem, a to zejména fázi plánování, vyhodnocení a realizace. Udává, že to mají takhle rozdělené, každý má svoji část. Sestra S2 uvedla, že do dokumentace zapíše jen to, co u nemocného provedla za ošetrovatelskou činnost dle ordinace lékaře. S3 zmínila, že si myslí, že se dokumentuje jen část, jelikož diagnózu zapisuje jen lékař. Sestra S4 a S5 odpověděly záporně. Sestra S4 udává: *„Ne bohužel v běžné praxi praktického lékaře se fáze ošetrovatelského procesu nezapisují. Sestra zapíše do počítače datum s úkony, které u konkrétního pacienta vykonala například převazy, injekční aplikace dle medikace lékaře, popřípadě datum další kontroly.“* Respondentkám v rozhovoru byla položena otázka, zda využívají ve své ošetrovatelské praxi měřících technik. Všechny sestry se shodly na tom, že do dokumentace zapisují hodnotu body mass index. Sestra S3 řekla, že do dokumentace zapisují také glykovaný hemoglobin, warfarin. Výpovědi sester byly značně rozdílné. Sestra S1 ve své výpovědi odpověděla, že na to mají svůj program v počítači, kde se nachází složka každého pacienta. Zde zapisuje poznámky ve spolupráci s lékařem. Sestra S2 uvedla, že si ošetrovatelské poznámky do dokumentace nezapisuje. S4 zmiňuje, že pokud u nemocného zjistí, že má propadlý tetanus, tak si zapíše do dokumentace: *„Příště naočkovat tetanus, dnes je nemocný, nelze.“* S3 odpověděla, že si do ošetrovatelských poznámek zapisuje praktické věci v podobě užití jiné zkumavky u dotyčného pacienta.

## **Kategorie 4 – Možnosti uplatnění realizace ošetrovatelského procesu v primární péči z pohledu sester**

V této kategorii popisujeme to, co si sestry představí pod pojmem ošetrovatelský proces a kdy se s ním poprvé setkaly. Dále se v této kategorii zaměřujeme na provádění ošetrovatelského procesu sestrami u praktického lékaře a na schopnost sester realizovat ošetrovatelský proces v praxi. V předposlední části se zaměřujeme na představu sester o tom, jak by si představovaly realizovat ošetrovatelský proces. Kategorie 4 obsahuje také vlastní názor sester na možnost většího uplatnění ošetrovatelského procesu v primární péči.

Sestra S3 uvádí, že pod pojmem ošetrovatelský proces si představuje snahu o vyléčení stavu nemocného, která se ubírá do určitého cíle. Sestra S4 a S5 se shodly na svých odpovědích. S4 na otázku odpověděla, že sestra si dle symptomů nemocného a na základě péče o něj, určí ošetrovatelské kroky. „*Stran sestry, která na základě péče o pacienta si podle jeho příznaků stanoví ošetrovatelský postup od A do Z.*“ Sestra S5 doplňuje: „*Činnost sestry, která se zabývá problémem pacienta, který potom dále rozebírá a zpětně ho hodnotí.*“ Sestra S3 v rozhovoru odpověděla, že se jedná o daný postup průběhu ošetrovatelské péče. Sestra S1 vypověděla, že si představí ošetrovatelské úkony, které se realizují a hodnotí. Sestra S6 se od ostatních odpovědí lišila, na otázku odpověděla: „*Návštěva pacienta a celý proces, dokud od nás nemocný neodejde.*“

Na otázku, kdy se sestry poprvé setkaly s pojmem ošetrovatelský proces, sestry odpovídaly takto. Sestry S1, S4 a S5 uvedly ve svých výpovědích, že o ošetrovatelském procesu se dozvěděly poprvé ve škole. Sestra S2 udává: „*Poprvé jsem se setkala s ošetrovatelským procesem v práci, když jsem nastupovala jako geriatrická sestra a musela jsem ho vypracovávat u každého pacienta.*“ S3 se s tímto pojmem seznámila v praxi od jiných sester. Sestra S6 se s tímto pojmem dle jejích slov ještě nesetkala.

Na otázku, zda sestry provádí ve své praxi ošetrovatelský proces se shodly všechny sestry. Sestra S1 a S5 se ve svých výpovědích shodují. S1 odpověděla: „*Myslím si, že ho realizujeme, ale nezaznamenáváme to tak, jako sestry v nemocnici.*“ Sestra S5 doplňuje: „*Papírově určitě ne, ale zjednodušený ošetrovatelský proces, který si řeknu pro sebe v hlavě ano.*“ Sestra S6 odpověděla: „*Když bychom zacházeli hodně do detailů tak určitě ano.*“



Sestry S1, S2 a S3 se shodly na tom, že jsou schopny realizovat ošetrovatelský proces ve své praxi. S1 dodává: „*Myslím, že jsme schopni ho realizovat, ale záleželo by také na spolupráci pacientů.*“ Sestra S2 si myslí, že je schopná v praxi realizovat ošetrovatelský proces, ale potřebovala by více času na jednoho pacienta. S4 stručně odpověděla: „*Prakticky ano, teoreticky ne.*“ Sestry S5 a S6 se na svých názorech shodly, myslí si, že schopny realizace nejsou a dle jejich slov by to bylo zbytečné.

Dále sestry v rozhovoru mohly odpovědět na otázku, jak by si představovaly realizovat ošetrovatelský proces v praxi. Sestry v rozhovorech odpovídaly spíše různorodě. Sestry S1 a S6 se na své odpovědi na tuto otázku shodly. Pacienti by dle jejich názoru museli navštěvovat ordinaci praktického lékaře, tak jak se domluví. S1 doplňuje: „*Nejdříve by nemocní museli docházet, tak jak se domluvíme, poté bychom se mohli bavit o veškeré realizaci ošetrovatelského procesu, takže si myslím, že tohle se nedá nějakým způsobem ovlivnit podle našich představ, bohužel.*“ Sestra S6 odpovídá, že kdyby pacienti dodržovali to, co jim sestra a lékař říkají a docházeli na pravidelné kontroly, dle domluvy, tak by to bylo jednodušší. Sestra S5 by si dokázala představit realizaci ošetrovatelského procesu u diabetologa, jenž se soustředí na jeden konkrétní problém, kdežto u praktického lékaře se u nemocného vyskytuje mnoho diagnóz. S2 sdílí názor, aby bylo více času na jednoho pacienta a možnost získat více zkušeností ohledně tématu ošetrovatelský proces. Sestra S3 upozorňuje na to, že postrádá určitý program či ošetrovatelskou dokumentaci, která se bude věnovat především ošetrovatelským činnostem. Otázku doplňuje tím, že by tak získala větší nadhled o jednotlivém pacientovi a jeho ošetrovatelských problémech, kterým by jindy pozornost nevěnovala. S3 udává: „*Představovala bych si to tak, kdybychom měli více možností to někam psát. Nemáme na to uzpůsobené programy. Možná, kdybych jako sestra měla možnost se více zapojit do ošetrovatelského procesu třeba vést si dokumentaci o pacientovi, která se bude zaměřovat jen na ošetrovatelské věci, získali bychom tak větší přehled o nemocném a více pohlédli na problémy, kterým jsme třeba nevěnovali tolik pozornosti. Možná bychom začali vidět ty souvislosti mezi tím, které nemocného aktuálně trápí.*“ Sestra S4 odpověděla velmi stručně: „*Mít více času na jednoho pacienta.*“ Poté sestry mohly vyjádřit svůj osobní názor na možnost většího uplatnění ošetrovatelského procesu v primární péči. Odpovědi sester S5, S6 a S1 jsou v souladu. Sestra S5 si myslí, že větší uplatnění v primární péči nemá žádný význam. Přiklání se na možnost uplatnění ošetrovatelskému procesu, který by byl realizován při hospitalizaci nemocného či dispenzarizace. Věří, že ošetrovatelský proces má smysl

uplatnit u nemocných s jedním ošetrovatelským problémem, kteří jsou v péči diabetologa nebo kardiologa. S5 uvádí: „*Myslím si, že větší uplatnění ošetrovatelského procesu v primární péči by nemělo smysl. Ošetrovatelský proces je vhodný provádět za dob hospitalizace nebo u dispenzarizací. Když máme nemocného s jedním ošetrovatelským problémem, věřím, že by se ošetrovatelský proces mohl provádět třeba u diabetologa nebo kardiologa.*“ Sestra S5 zároveň dodává, že u praktického lékaře nelze uplatnit více ošetrovatelský proces, jelikož zde chodí nemocní, kteří se potýkají s více ošetrovatelskými problémy. Sestra S6 odpověděla: „*Myslím si, že by nemělo smysl si o každém nemocném vést ošetrovatelský proces.*“ Sestra S1 uvedla na otázku v rozhovoru, že sestry v nemocničním prostředí to mají jednodušší, jelikož u praktického lékaře se nemocní často dokola střídají a mnohdy se na kontrolu nedostaví. Dodává, že si myslí, že ošetrovatelský proces by se zde nejspíše neuplatnil. Sestra S2 je v souladu se sestrou S1. „*Nevýhodou je to, že my se s pacienty na něčem domluvíme, ale oni se k nám nedostaví. Tohle mi tu chybí, v nemocnici vám pacient neuteče.*“ Sestry S4 a S2 jsou přesvědčeny, že ošetrovatelský proces v primární péči by se mohl realizovat ve větší míře, ale největším úskalím sester je čas. Sestra S4: „*Potřebovali bychom kapacitně méně pacientů, abychom na ně měli více času.*“ „*Myslím si, že by se dalo vymyslet více systémů, kdyby bylo více lékařů a sester.*“ Sestra S2 doplňuje: „*Tady v ordinaci praktického lékaře děláme spoustu úkonů a myslím si, že by nám některé ambulance mohly od některých odpomoci.*“ Sestra S6 se jako jediná od sester lišila. Domnívá se, že u praktického lékaře je mnoho diagnóz. Dodává, že v ambulanci se bude zdravotnický personál věnovat spíše akutním případům a dlouhodobější problémy nebudou na místě. „*Určitě ano, máme tady širší spektrum nemocí, diagnóz a postupů. Oproti nám třeba v ambulanci budou řešit více akutní stavy, nebudou tam dlouhodobější záležitosti brát v potaz.*“

## 5 Diskuse

Hlavním cílem této práce bylo prozkoumat, jakým způsobem realizují nelékařští zdravotničtí pracovníci ošetrovatelský proces. Dílčími cíli v této bakalářské práci bylo zjistit, jak jsou realizovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře, zmapování dokumentace ošetrovatelského procesu a posledním cílem ve výzkumné části bylo zhodnotit možnosti realizace ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší míře.

V první části výzkumného šetření jsme zkoumali realizaci ošetrovatelského procesu jako celku nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Stanovili jsme si tedy první výzkumnou otázku: „Jak je realizován ošetrovatelský proces nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře“?

Z výzkumu jsme se zaměřovali na to, zda realizují jednotlivých 5 fází ošetrovatelského procesu. Veškeré odpovědi respondentek jsme shrnuli v kategorii číslo 1, kde jsme se ptali na 5 fází ošetrovatelského procesu, které spadaly do příslušných podkategorií. Jak ve své knize uvádí Tomagová (2018), metoda ošetrovatelského procesu patří k primárnímu pilíři v péči o nemocné. V této části výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry provádí ošetrovatelský proces.

Většina sester u nemocného ošetrovatelskou anamnézu snímá. V ošetrovatelské anamnéze se zaměřují především na pacienty s diabetem mellitem, dále na civilizační onemocnění v podobě obezity či kardiovaskulárních chorob jako je například hypertenze. Myslím si, že u těchto konkrétních pacientů je anamnéza velmi důležitou součástí, jelikož zdravotnický personál může včas zabránit potencionálním problémům. Dvě respondentky (S5, S6) uvedly, že ošetrovatelskou anamnézou se zabývá lékař. Tahle skutečnost mi přišla zarážející, jelikož si myslím, že každá sestra disponuje určitými znalostmi a dovednostmi v oblasti ošetrovatelské anamnézy. Lékař by měl tak více času se zaměřit na potřeby samotného pacienta. Ve výzkumném šetření pro mě bylo překvapením, že si sestry nestanovují ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské problémy písemnou formou do ošetrovatelské dokumentace. Dle mého názoru by ordinace praktického lékaře měla disponovat publikací „Ošetrovatelské diagnózy podle Taxonomie Nanda“. Sestry by se tak naučily pracovat s formulací ošetrovatelského problému a stanovením správné ošetrovatelské diagnózy. Příjemným zjištěním bylo to, že si ošetrovatelskou diagnózu alespoň stanoví samy pro sebe a některé ze sester dokonce po konzultaci s lékařem se zeptají, zda to tak bylo či ne. V oblasti ošetrovatelského problému každá ze sester

nemocného určitým způsobem zhodnotí, sází především na své zkušené oko a mnohdy na charakter nemocného, kdy sestry sází na to, že se nemocný svěří sám. Sestra S4 v rozhovoru uvedla: „*U nás je to na takové úrovni, že pacienti, za tu dobu, co sem chodí, tak si získají důvěru v personál, a potom je to tady jako jedna velká rodina.*“ S tímto souhlasí i publikace od autora Ptáčka (2011), která sděluje, že prostřednictvím komunikace si získává pacient důvěru zdravotnického personálu. V další části výzkumu jsme zjistili, že nejčastější ošetrovatelské problémy jsou bolesti kloubů, zad, problémy s chůzí u obézních pacientů. Dále také psychické problémy a překážky v oblasti vyprazdňování. Většina těchto problémů se vyskytuje především u seniorů, ale jsou zde také případy, které se týkají mladistvých jedinců. S tímto východiskem naprosto souhlasím. Myslím si, že v dnešní době trpí hodně mladistvých jedinců psychickými problémy, raději navštíví prvně ordinaci praktického lékaře, než aby vyhledali pomoc psychologa či psychiatra. Dle mého názoru tito jedinci mají strach ze sociálního stigma. Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že sestry stanovují plán ošetrovatelské péče, cíle, kritéria a intervence ale vše realizují bez zápisu do dokumentace. Během rozhovoru mě překvapila jedna z respondentek, která uvedla, že jej realizují, ale nenazývají to takto odbornými termíny. Zde se tedy objevuje jistá neznalost terminologie v ošetrovatelském procesu. Ohledně stanovení cílů vyšlo z výsledků vesměs u všech sester kladně. Sestry zde zdůrazňovaly důležitost dosažení určitého výsledku a usilování o zlepšení pacientova zdravotního stavu. V publikaci Mastiliakové (2014) se píše o tom, že si sestra stanoví očekávané cíle do plánu ošetrovatelské péče k jednotlivým stanoveným ošetrovatelským diagnózám. V poslední fázi ošetrovatelského procesu sestry hodnotí stanovený cíl písemně do dekurzu. Sestra S6 odpověděla: „*Tak to se musí hodnotit, pokud to nebude po určité době efektivní, tak se musí něco změnit nebo nemocného odeslat k jinému odborníkovi.*“ V literatuře od autorky Tóthové (2014) se toto východisko shoduje. Nedobré hodnocení a nežádoucí výsledky by měly sestru alarmovat v to, že nedošlo k vyřešení nebo také eliminaci problémů. Další možností je, že se neodstranila nežádoucí komplikace.

Tímto bychom chtěli navázat na další výzkumnou otázku, která zněla takto: „Jak probíhají jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře?“

Zde jsme zkoumali realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Zaměřovali jsme se na obsah jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Z výzkumného šetření jsme

prozkoumali, že snímání ošetrovatelské anamnézy sestry praktikují. U nemocného se zajímají, s čím přichází a co potřebuje. Sestry se ptají na rodinnou, sociální, farmakologickou anamnézu, pracovní a také na přítomnost alergií. V rodinné anamnéze se sestry zaměřují na dědičné choroby a výskyt v rodině, dále na úmrtí v rodinném kruhu na určitou nemoc. Sociální anamnéza zahrnuje především místo bydliště, s kým daná jedinec bydlí a v jakém prostředí. V pracovní anamnéze sestry uvedly oblast zaměstnání a pracovní podmínky. Autorka Čeledová et al., (2018) ve své publikaci zmiňuje, že v rodinné anamnéze jsou důležitou oblastí kardiovaskulární, nádorové a plicní choroby. Dále autorka doplňuje také diabetes a hypertenzi. Dále z výzkumu vyplynulo, že sestry využívají fyzikálního vyšetření v podobě, vážení změřením krevního tlaku či vypočítání body mass index hodnoty. Využívají také pozorovacích zkušeností a měřících škál a testů. Myslím si, že by sestry mohly vyplnit zbývající volný čas a věnovat se individuálně každému pacientovi a jeho ošetrovatelským problémům. Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu, jak jsme již naznačili, sestry u praktického lékaře si nestanovují ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelské problémy. Tomuto jsme se věnovali ve druhé kategorii výzkumu. Sestry si stanovují ošetrovatelskou diagnózu a ošetrovatelský problém samy pro sebe, bez jakéhokoliv zápisu do ošetrovatelské dokumentace. Záleží na jejich zájmu o nemocného, což může být u každé sestry individuální. Je to čistě pro jejich orientaci. Z výsledků realizace tvorby ošetrovatelského plánu jasně vyplynulo, že sestry realizují ošetrovatelské intervence na základě ústní formy a jistých zaběhlých zvyků, kterými ordinace disponuje. Způsob realizace ošetrovatelského plánu závisí na aktuálním zdravotním stavu nemocného, možnostech a schopnosti spolupráce s lékařem a sestrou. Pozitivně hodnotím realizaci ošetrovatelských intervencí ústní formou, zároveň zde ale musím vytknout, že chybí zápis do dekurzu, jelikož zde zaniká možnost mít přehled o nemocném. Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu jsme se dozvěděli od respondentek, že pokud pacient spolupracuje a dostaví se na kontrolu ke svému lékaři, tak dojde ke zrealizování plánu ošetrovatelské péče. Důležitou součástí je komunikace ohledně domluvy na další termín návštěvy praktického lékaře. S4 uvedla: „*Dokončení realizace závisí zpravidla na pacientovi a jeho ochotě spolupracovat a dostavit se na předem dohodnutý termín.*“ Souhlasím s východiskem sestry S4. Do ošetrovatelského procesu se musí aktivně zapojit i pacient, aby mohl mohlo k realizaci vůbec dojít.

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení ošetrovatelského plánu. Z výsledků je patrné, že sestry hodnotí stanovený cíl v nejčastější podobě „pacient se cítí lépe“ nebo u převazů „rána se zhojila“ či „pacient nepocítuje bolest“.

Třetí okruh otázek jsme zaměřili na zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu, kdy jsme stanovili výzkumnou otázku: „Jak jsou zdokumentovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu?“

Sestry v ordinaci praktického lékaře disponují jen jednou ošetrovatelskou dokumentací zvanou dekurz, který je uložen v počítačovém programu. S čímž se ztotožňuje i publikace od autorky Sikorové (2012), která popisuje, že veškerá administrativní práce v ordinaci praktického lékaře je v současné době zjednodušená softwary, zároveň ale udává, že nároky na kvalitní vedení dokumentace se zvyšují. Zjistili jsme, že v každé ordinaci praktického lékaře zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu se realizují různě. Dvě respondentky (S4, S5) ve své ošetrovatelské praxi nedokumentují fáze ošetrovatelského procesu. Toto se neshoduje s publikací od autorky Malíkové (2011), která uvádí, že sestra zrealizuje rozhovor s nemocným, zjistí od něj veškerou ošetrovatelskou anamnézu a dále ho seznámí s ošetrovatelským plánem. Lékař má zde za úkol provést vstupní prohlídku a informovat ho o jeho zdravotním stavu, o kterém je psáno ve zdravotnické dokumentaci. Dále lékař do dekuru zapisuje záznam o vstupní prohlídce a určí ordinaci. Ve Vyhlášce č.98/2012 Sb., Ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotnické dokumentaci je stanoven obsah ošetrovatelské dokumentace. Autorka Tóthová (2014) ve své publikaci uvedla, že do obsahu ošetrovatelské dokumentace je zařazen ošetrovatelský problém nemocného, stanovení ošetrovatelských diagnóz a dále domnělé ošetrovatelské úkony. Důležitou součástí je samozřejmost záznamu o jejich realizaci, časovém úseku, zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a obměny v ošetrovatelském plánu.

V další části jsme se dozvěděli o dokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Z výzkumného šetření lze říct, že v některých ordinacích praktického lékaře zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu se realizuje na základě spolupráce sestry s lékařem, v čemž se shoduje i literatura od Sikorové (2014), která ve své knize zmiňuje, že některé administrativní práce vykonává sestra a jiní lékaři. Ve výzkumném šetření jsme přišli na to, že sestry využívají ve své praxi měřících technik jako je body mass index, glykovaný hemoglobin, warfarin či orientační diagnostický test

demence MMSE. Objektivní hodnocení stavu nemocných v praxi je základním předpokladem v ošetrovatelské péči. V kompetenci managementu každé zdravotnické sféry je umožnit vytvoření prostoru pro realizaci kvalitního hodnocení v podobě zajištění potřebných prostředků a nástrojů. Důležitou součástí je také zajištěné vzdělání ošetrovatelského personálu o výběru nástroje a jeho způsobu užití (Pokorná et al., 2013).

Poslední výzkumnou otázkou, kterou jsme se v této bakalářské práci zabývali, byla: „Jak mohou sestry realizovat ošetrovatelský proces v primární péči ve větší míře?“

Oblastí, kterou jsme zkoumali byla představa sester o pojmu ošetrovatelský proces. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry u praktického lékaře mají určitou vizi o tomto pojmu. Já si osobně myslím, že je důležité, aby budoucí sestry byly více připravovány na metodu ošetrovatelského procesu již při studiu, a to nejen teoretickou formou, ale především praktickou. Nástup do ošetrovatelské praxe by byl jistě snadnější a jistější. S čímž souhlasí ve své publikaci autorka Tóthová (2014) která uvádí, že důležitým faktorem je nezbytná profesionální příprava sester na jejich budoucí profesi, která by je měla připravit na jejich nový úhel pohledu v ošetrovatelské péči o nemocného, zároveň také uvedla, že sestry až ve své praxi získají pro své teoretické znalosti a vědomosti dostatečný rozměr. Z výzkumného šetření jsme se dozvěděli, že sestry u praktického lékaře se s pojmem ošetrovatelský proces setkaly poprvé ve škole a některé až nástupem do praxe. Mým velkým překvapením bylo zjištění, že jedna z respondentek v rozhovoru uvedla, že se s tímto pojmem ještě nesečkala. Při hlubším dotazování bylo zjištěno, že tato sestra chápe význam slova ošetrovatelský proces, ale neví, že se nazývá tímhle odborným termínem.

V této části diskuse jsme se dále zaměřili na to, jak by si sestry u praktického lékaře představovaly realizovat ošetrovatelský proces ve své praxi. Zjištěné výsledky byly různorodé. Z výzkumu vyplynulo, že by nemocní museli docházet na pravidelné kontroly a dodržovat to, na čem se domluví se zdravotnickým personálem. Tohle pro mě byla celkem znepokojující zpráva. Velmi mě překvapilo, že někteří lidé nedochází na pravidelné prohlídky ke svému lékaři, myslím si, že by to mělo být hlavně v jejich zájmu. Jedná se zde především o jejich zdraví, které by pro ně mělo být prioritou. Měli by si uvědomit zásadní věc a to takovou, že pravidelné kontroly u praktického lékaře hrají velice důležitou roli při včasné identifikaci nežádoucích faktorů v oblasti zdravotního stavu pacienta. Autorka Čeledová et., al (2018) ve své knize uvádí, že u preventivních

prohlídek dominuje převaha sekundární prevence a primární zdravotní péče. Je nutné jej provádět pro identifikaci aktuálního zdravotního stavu pacienta a nebezpečí hrozících rizik. Dále autorka upozorňuje na fakt, že preventivní prohlídky v ordinaci praktického lékaře jsou významné především pro seniory. Mohou zde předejít komplikacím chorob vyskytnutých u seniora a úspěšně jim tak zabránit, zmírnit je anebo vyléčit. Další důležitou složkou, kterou sestry ve výzkumném šetření uvedly, byl čas na nemocného a získání jistých zkušeností ohledně ošetrovatelského procesu. S touto odpovědí souhlasí i publikace od autorka Tóthové (2014) která uvedla, že k tomu, aby byl ošetrovatelský proces realizován, je důležitou součástí to, aby měla sestra dostatek znalostí a dovedností, které jsou potřeba k jeho uskutečnění. Dalším důležitým faktem, co bych chtěla zdůraznit, je odpověď jedné z dotazovaných (S3), která se v rozhovoru zmínila, že v ošetrovatelské praxi postrádá větší zapojení do ošetrovatelského procesu z pohledu sestry a nejen lékaře, poukazuje na ošetrovatelskou dokumentaci či program, který bude zaměřen na ošetrovatelské činnosti, které se u nemocného zrealizovaly. Pokud mám hodnotit sestry v ošetrovatelské praxi, tak pocítuji z jejich strany možnost více se uplatnit a více prosadit své znalosti, které během svého studia získaly. Mnohdy zde více vystupuje lékař a sestra nemá tolik možností se zapojit. Lékař vzhlíží na sestru jako na svoji pravou ruku, která se bude více angažovat v medicínských oblastech. Autorka Mellanová (2017) ve své publikaci s tímto souhlasí. Uvedla, že v dnešní době mají sestry mnohem větší sklony vyzdvihovat své postavení v ošetrovatelské péči, zatímco lékař sestru vnímá jako svoji spolupracovnici, která se bude určitým způsobem podílet na jeho medicínských činnostech.

Na možnosti většího uplatnění ošetrovatelského procesu v primární péči sestry odpovídaly zajímavými názory. Jako jedno z největších úskalí považují to, že nemocní se mnohdy na návštěvu k lékaři nedostaví. Dále bylo zjištěno, že je potřeba více zdravotnického personálu a méně pacientů, aby na ně získali dostatek času. V neposlední řadě bylo velký zjištěním, že by ordinace praktických lékařů uvítaly, kdyby si ambulance od nich převzaly nějaké výkony. Myslím si, že je to jeden z velice zajímavých a prakticky proveditelných návrhů.

Důležitým prvkem, který si myslím, že je nutné zmínit, je ten, že dle mínění sester nemá větší uplatnění ošetrovatelského procesu v primární péči žádný význam. Polovina sester uvedla výsledky, které nebyly kladné. Věřím, že se dá ošetrovatelský proces více uplatnit



při hospitalizaci pacientů nebo u dispenzarizace. S tímto vyjádřením ale nelze souhlasit. Dle Věstník č.9/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky je koncepce ošetrovatelství zaměřená na samostatné realizování činností nelékařských zdravotnických pracovníků. Orientuje se na nutnost práce, která je uskutečňována metodou ošetrovatelského procesu, ke kterému náleží řádné vedení zdravotnické dokumentace, jako primárního metodického postupu nelékařských zdravotnických pracovníků při činnostech s nemocným a zdravým jedincem dále sociálním prostředím a také jeho rodinou. Předpokládá se, že využitím této koncepce v praxi, dosáhneme lepší ošetrovatelské péče o zdraví našeho obyvatelstva. K tomuto bych ráda vyjádřila také svůj názor. Se sestrami bohužel nemohu souhlasit. Myslím si, že ošetrovatelský proces lze více uplatnit v primární péči. U praktického lékaře se dle mého názoru vyskytuje široké spektrum diagnóz, se kterými lze dále pracovat a uplatnit zde metodu ošetrovatelského procesu.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sestry u praktického lékaře pracují metodou ošetrovatelského procesu. Sestry mají povědomí o tom, co ošetrovatelský proces znamená bez ohledu na jejich věkový rozdíl či vzdělání. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu jsou realizovány, kromě druhé fáze ošetrovatelského procesu, tedy stanovení ošetrovatelské diagnózy. Zde vidím jako řešení pořídit si publikaci „Ošetrovatelské diagnózy podle Taxonomie Nanda“ a s touto knihou v ošetrovatelské praxi pracovat. Místy se objevuje zřejmý výpadek a jistá neznalost. Zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu realizuje lékař společně se sestrou, oba se na dokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu určitým způsobem podílí.

Z výzkumného šetření mám dojem, že sestra u praktického lékaře nemá příliš pravomocí projevit své znalosti a dovednosti ve svém oboru. Doporučila bych zde větší zapojení v rámci ošetrovatelské dokumentace, aby měla sestra možnost se projevit a zároveň tak získat přehled o pacientových ošetrovatelských problémech a včas je identifikovat. K realizaci ošetrovatelského procesu v primární péči ve větší míře je třeba více času na nemocné, více se zabývat ošetrovatelskými problémy pacientů, dostatek zdravotnického personálu samozřejmě dle možností jednotlivých ordinací, spolupráce pacientů v pravidelném navštěvování praktického lékaře, kterou bohužel lékař ani sestra nemohou ovlivnit je také na místě. V neposlední řadě také větší získání zkušeností ohledně ošetrovatelského procesu v podobě jistých edukačních seminářů, kde by sestry mohly získat větší rozhled o aplikaci ošetrovatelského procesu a jednotlivých fází do praxe.

Dle Věstníku č. 9/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky je ošetrovatelský proces jediný způsob práce, pomocí kterého nelékařští zdravotničtí pracovníci identifikují a poté splňují jednotlivé potřeby člověka.

## 7 Závěr

Hlavním cílem v naší bakalářské práci bylo zjistit, jak je realizován ošetrovatelský proces nelékařskými zdravotnickými pracovníky u praktického lékaře. Stanovili jsme jeden hlavní cíl a 3 cíle dílčí. Z polostrukturovaných rozhovorů jsme zjistili následující skutečnosti. Sestry u praktického lékaře realizují ošetrovatelský proces. Prvním dílčím cílem je zde: „Jak probíhají jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu u praktického lékaře?“ Sestry se nejčastěji ptají na rodinnou, sociální, pracovní, farmakologickou anamnézu a také na alergie. Dále jsme zjistili, že sestry nerealizují stanovení ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelského problému, pouze si je určí samy pro sebe, pro svoji orientaci, závisí to na každé sestře, zda projeví zájem o nemocného. Zde bych viděla jako jedno z řešení, umožnit sestřám pracovat v ošetrovatelské praxi s publikací „Ošetrovatelské diagnózy podle Taxonomie Nanda“ Třetí fáze ošetrovatelského procesu, tedy plánování ošetrovatelské péče, z výsledků zjistili, že sestry si stanovují cíle, kritéria a intervence pro sebe bez jakéhokoliv zápisu do dokumentace. Prozkoumali jsme, že to již vyplývá automaticky z konkrétní potřeby nemocného. Plánování ošetrovatelské péče realizují převážně ústní formou a také na základě jistých zaběhlých zvyků ordinace praktického lékaře. Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu, tedy v realizaci plánu ošetrovatelské péče, jsme vyzkoumali, že pokud pacient spolupracuje a dostaví se na kontrolu ke svému lékaři, tak dojde k samotnému zrealizování. Důležitým a neopomenutelným prvkem se stává verbální komunikace v oblasti domluvy na další termín návštěvy u praktického lékaře. Poslední fáze ošetrovatelského procesu jsme zaměřili na vyhodnocení ošetrovatelského plánu. V této poslední části jsme prozkoumali, že sestry hodnotí cíl písemně do dekurzu. Srovnání provedené ošetrovatelské intervence hodnotí u pacientů převážně s diabetem, kde se věnují oblasti hmotnosti a stravování. Další výzkumnou otázkou v této bakalářské práci byla: „Jak jsou zdokumentovány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu?“ Z výzkumného šetření jsme prozkoumali, že v ordinacích praktického lékaře zdokumentování jednotlivých fází ošetrovatelského procesu se realizuje na základě spolupráce sestry s lékařem. Nutno podotknout, že každá ordinace praktického lékaře dokumentuje jiným způsobem. Dle mého názoru sestra u praktického lékaře nemá příliš kompetencí, aby mohla projevit své vědomosti a dovednosti, které získala během studia a své praxe. Doporučila bych zde větší zapojení v rámci ošetrovatelské dokumentace, aby měla sestra možnost se v ošetrovatelské praxi více projevit a získat tak určitý přehled o ošetrovatelských problémech nemocného, a

především je včas vyhledat. Z výzkumu jsme zjistili, že sestry mohou realizovat ošetrovatelský proces v primární péči ve větší míře tak, aby si udělaly více času na pacienty, věnovaly se a projevily větší zájem o pacientovy ošetrovatelské problémy, pokud možno zajistit dostatek zdravotnického personálu a získat větší zkušenosti s metodou ošetrovatelského procesu. Myslím si, že by bylo vhodné zrealizovat jisté edukační semináře, kde by sestry mohly získat větší přehled o implementaci ošetrovatelského procesu a jeho jednotlivých fází do ošetrovatelské praxe. Tímto jsme si tedy odpověděli na poslední výzkumnou otázku v této bakalářské práci, která zněla takto: „Jak mohou sestry realizovat ošetrovatelský proces v primární péči ve větší míře?“

Zjištěné výsledky této bakalářské práce by se mohly publikovat a vyvolat tak zájem odborné veřejnosti o nový úhel pohledu na implementaci ošetrovatelského procesu v primární péči.

## 8 Seznam literatury

- [1] ADÁMEK, T., HLADÍK, J., ŠTEFAN, J., 2012, *Zdravotnicko-právní problematika*. In: ŠTEFAN, J., et al. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 437 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
- [2] ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče*. 2. vydání. Praha: Grada. 329 s. 978-80-247-5148-1.
- [3] BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: Pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
- [4] ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
- [5] ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [6] ČERVENÝ, R., 2018, Primární péče. In: ČELEDVÁ, L., et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
- [7] HALCOMB, E., ASHLEY, C., 2017. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 26(3-4), 535-545 [cit. 2019-14-10]. DOI: 10.1111/jocn.13479. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13479>
- [8] HERDMAN, H., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- [9] JONES, J. et al., 2012. *Psychiatric-mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0563-9.
- [10] KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
- [11] KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

- [12] KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
- [13] KOTRBA, J., 2015, Zdravotní služby. In: ČEVELA, R., et al. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
- [14] MAIER, C.B., AIKEN, L.H., 2016. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health* [online]. 26(6), 927-934 [cit. 2019-14-10]. DOI: 10.1093/eurpub/ckw098. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckw098>
- [15] MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [16] MALÝ, L., 2019. WHO: Čeští praktičtí lékaři a sestry by měly mít více kompetencí. *Zdravotnictví a medicína* [online]. (44) [cit. 2019-14-10]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/who-cesti-prakticti-lekari-a-sestry-by-mely-mit-vice-kompetenci/>
- [17] MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- [18] MAZÁNEK, J. et al., 2014. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada. 604 s. ISBN 978-80-247-3534-4.
- [19] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. č. (9) [citováno 2019-4-12]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3648\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html)
- [20] MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
- [21] MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- [22] MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

[23] NAEEM, S.B., BHATTI, R., 2015. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. *Health Information & Libraries Journal* [online]. 32(4), 287-299 [cit. 2019-14-10]. DOI: 10.1111/hir.12121. ISSN 14711834. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/hir.12121>

[24] Národní soustava povolání, 2017. *Odborné kompetence a vědomosti* [online], [citováno 2020-4-12].

Dostupné z: <http://kompetence.nsp.cz/odborneKompetenceSpecificke.aspx>

[25] PLEVOVÁ, I., et al. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

[26] POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

[27] POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

[28] PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

[29] SÁNCHEZ-SAGRADO, T., 2017. La atención primaria en Irlanda. *SEMERGEN-Medicina de Familia* [online]. 43(8), 565-568 [cit. 2019-14-10]. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.02.004. ISSN 11383593. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359317300576>

[30] SEIFERT, B. et al., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. 194 s. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2082-4.

[31] SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

[32] SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

[33] ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

- [34] ŠTOLFA, J., 2011. Všeobecný praktický lékař. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [35] TINELLI, M., BLENKINSOPP, A., LATTE, S., SMITH, A., CHAPMAN, S.R., 2015. Survey of patients' experiences and perceptions of care provided by nurse and pharmacist independent prescribers in primary care. *Health Expectations* [online]. 18(5), 1241-1255 [cit. 2019-14-10]. DOI: 10.1111/hex.12099. ISSN 13696513. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12099>
- [36] TOMAGOVÁ, M., 2018, Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. 978-80-271-0888-6.
- [37] TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- [38] TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 160 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
- [39] VONDRÁČEK, J., DVOŘÁKOVÁ, V., 2009. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-3151-3.
- [40] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- [41] VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
- [42] Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- [43] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.



## 9 Seznam příloh

### Příloha 1.

Respondent	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe
S1	Žena	24	Vysokoškolské vzdělání	1 rok
S2	Žena	56	Středoškolské vzdělání	36 let
S3	Žena	43	Středoškolské vzdělání	24 let
S4	Žena	25	Vysokoškolské vzdělání	2 roky
S5	Žena	45	Středoškolské vzdělání	26 let
S6	Žena	47	Středoškolské vzdělání	28 let

Zdroj: Vlastní výzkum

### Příloha 2.

#### Struktura vlastního rozhovoru

Posuzování

- 1, Jaká je vaše náplň práce, když k Vám pacient přichází poprvé do ordinace?
- 2, Ptáte se nemocného, co ho teď aktuálně trápí a zda se jeho zdravotní stav od poslední návštěvy změnil?
- 3, U jakých konkrétních pacientů, snímáte ošetřovatelskou anamnézu (životní styl, výživa, vyprazdňování ...)?
- 4, Zajímáte se o pacientovy neuspokojené potřeby?

Diagnostika

- 5, Jaké problémy se nejčastěji vyskytují u pacientů?
- 6, Formulujete si ošetřovatelský problém?
- 7, Stanovujete si u pacientů ošetřovatelské diagnózy?

## Plánování

8, Stanovujete si pořadí priorit ošetrovatelských problémů?

9, Sestavujete si ošetrovatelský plán (plán intervencí)?

10, Stanovujete si u pacientů cíle, kritéria a intervence?

## Realizace

11, Realizujete ošetrovatelské intervence na základě stanovené ošetrovatelské diagnózy?

12, Směřují Vaše ošetrovatelské činnosti k dosažení stanoveného cíle?

13, Poskytujete ošetrovatelskou péči podle plánu?

## Hodnocení

14, Hodnotíte pacientův zdravotní stav po určité době?

15, Hodnotíte srovnání provedené intervence po určité době?

16, Hodnotíte stanovený cíl u ošetrovatelské diagnózy?

## Dokumentace jednotlivých fází ošetrovatelského procesu

17, Dokumentujete všechny jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu?

18, Zaznamenáváte si do dokumentace ošetrovatelské poznámky?

19, Využíváte ve své ošetrovatelské praxi měřících technik?

## Možnosti uplatnění realizace ošetrovatelského procesu v primární péči

20, Co si představíte pod pojmem ošetrovatelský proces?

21, Provádíte ošetrovatelský proces ve své praxi?

22, Provádíte všechny fáze ošetrovatelského procesu jako zdravotní sestra?

23, Myslíte si, že máte možnost více uplatnit ošetrovatelský proces v primární péči?

## **10 Seznam zkratek**

MZČR-Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NANDA-North American Nursing Diagnosis Association-severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

PES- problém-etologie-symptom