

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Názory zdravotnických pracovníků na ošetrovatelský proces

2006/2007

Bc. Jana Popelková

Vedoucí práce: Mgr. Jindra Blatnická

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením
Mgr. J. Blatnické a uvedla jsem v seznamu literatury všechny použité literární a
odborné zdroje.

v Praze dne

.....

Jana Popelková

Děkuji vedoucí práce za cenné připomínky a návrhy ke zpracování mé diplomové práce.

V neposlední řadě děkuji všem, kteří poskytli své názory, zkušenosti a informace, které napomohly ke zpracování dané problematiky.

.....
Jana Popelková

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Jana Popelková
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Názory zdravotnických pracovníků na ošetřovatelský proces
Vedoucí práce:	Mgr. Jindra Blatnická
Počet stran:	85 + přílohy
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	ošetřovatelství, ošetřovatelský proces, fáze ošetřovatelského procesu, ošetřovatelské diagnózy, taxonomie ošetřovatelských diagnóz

Tato práce si klade za cíl popsat pohled zdravotnických pracovníků na užití ošetřovatelského procesu v praxi. Zda-li vnímají jeho využívání jako prostředek ke zkvalitnění následné ošetřovatelské péče, jaké jsou jejich vědomosti o této problematice a v neposlední řadě obecně zkonkretizovat jejich představu o plném či vhodném využívání ošetřovatelského procesu a za jakých interních podmínek.

Abstract

Author's name: Jana Popelková

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of
Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: The opinions of medical employees on
nurse process.

Consultant: Jindra Blatnická, magister degree

Number of pages: 85 + attachments

Number of attachments: 4

Year: 2007

Key words: Nursing, nurse process, stage of nurse
process, nurse diagnosis, taxonomy of
nurse diagnosis

This thesis describes a view of medical employees on nurse process in use. If they understand it as an instrument for improving the quality of nurse care, or what are their knowledge about this matter.

Last but not least what is their thought of suitable using nurse process and in which internal condition.

OBSAH

1	ÚVOD.....	8
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	9
2.1	Cíl práce.....	9
2.2	Hypotézy.....	10
3	CHARAKTERISTIKA.....	11
3.1	Ošetřovatelství.....	11
3.2	Cíle a charakteristické rysy ošetřovatelství.....	12
3.3	Teorie a modely ošetřovatelství.....	13
3.4	Ošetřovatelský proces.....	14
3.4.1	Význam ošetřovatelského procesu.....	15
3.4.2	1. fáze ošetřovatelského procesu.....	16
3.4.2.1	Potřeba.....	17
3.4.2.1.1	Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa.....	18
3.4.2.1.2	Potřeby v práci zdr. sestry.....	22
3.4.2.2	Typy hodnocení nemocného/klienta.....	22
3.4.2.3	Obsahové zaměření informací.....	23
3.4.2.4	Rámcový standard pro 1. fázi ošetřovatelského procesu.....	28
3.4.2.5	Zdroje informací.....	29
3.4.2.5.1	Zdravotnická dokumentace jako zdroj informací.....	29
3.4.2.5.2	Rodina jako zdroj informací.....	30
3.4.2.5.3	Členové zdr. týmu jako zdroj informací.....	30
3.4.2.5.4	Pozorování.....	30
3.4.2.5.5	Rozhovor.....	31
3.4.3	2. fáze ošetřovatelského procesu.....	32
3.4.3.1	Charakteristiky ošetřovatelské diagnózy.....	33
3.4.3.1.1	Ošetřovatelská dg. vs. lékařská dg.....	33
3.4.3.2	Diagnostický proces.....	35
3.4.3.3	Typy ošetřovatelských diagnóz.....	37
3.4.3.3.1	Aktuální diagnóza.....	38
3.4.3.3.2	Potenciální diagnóza.....	38

3.4.3.3.3	Syndromová (kombinovaná) diagnóza.....	39
3.4.3.4	Systém klasifikace oš. diagnóz (taxonomie).....	39
3.4.3.4.1	Výhody taxonomie.....	40
3.4.3.5	Sestavování oš. diagnózy a chyby při sestavování oš. diagnózy.....	40
3.4.3.6	Rámcový standard oš. diagnóz.....	41
3.4.4	3. fáze ošetřovatelského procesu.....	42
3.4.4.1	Typy ošetřovatelských plánů.....	43
3.4.4.2	Cíle ošetřovatelské péče.....	43
3.4.4.3	Plánování sesterských intervencí.....	45
3.4.5	4. fáze ošetřovatelského procesu.....	46
3.4.5.1	Výhody realizace intervencí dle ošetřovatelského plánu.....	47
3.4.6	5. fáze ošetřovatelského procesu.....	48
3.4.6.1	Hodnocení z pohledu zdr. sestry.....	48
3.4.6.2	Hodnocení z pohledu klienta.....	49
3.4.6.3	Korekce oš. plánu.....	49
3.4.6.4	Obsah hodnocení.....	49
3.4.6.5	Typy hodnocení.....	49
3.4.6.5.1	Termínované hodnocení.....	50
3.4.6.5.2	Průběžné hodnocení.....	51
3.4.6.5.3	Závěrečné hodnocení.....	51
4	METODIKA.....	52
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	54
6	DISKUZE.....	75
7	NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.....	80
8	ZÁVĚR.....	82
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	86

1 ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu kontroverznosti pojmu – názoru na ošetrovatelský proces v praxi. Onu kontroverzi pociťuji jak u zdravotnických pracovníků, tak celkově pojato v dnešních zdravotnických zařízeních.

Málokteré téma v oblasti zdravotnictví, vyvolává tak různorodé názory, rozpory, stanoviska ...

Osobně vnímám ošetrovatelský proces jako relativní inovaci v systému zdravotnictví v České republice, která zaujímá v komplexní péči o klienta nezastupitelnou úlohu.

Nezastupitelnou úlohu, kterou v počátcích může či nemusí doprovázet ona kontroverze?

Ve své práci bych se právě proto chtěla zabývat pohledy, názory, stanovisky, zdravotnických pracovníků na ošetrovatelský proces v praxi.

Je ošetrovatelský proces vnímán jako prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče?

Tato položená otázka je jen úzkým průřezem otázek, na které se budu snažit zprostředkovaně odpovědět, či pochopit, snad obhájit - neobhájit postoje, které k odpovědím respondenty vedly ...

Jako cíl si rovněž kladu zjistit úroveň teoretických znalostí zdravotnických pracovníků (všeobecných zdravotních sester) o ošetrovatelském procesu.

V neposlední řadě bych rovněž chtěla poodhalit nynější pohled do struktury užívání principů ošetrovatelského procesu ve zdravotnických zařízeních, zkonkretizovat problematické aspekty, které se do onoho systému užívání ošetrovatelského procesu v praxi promítají.

Neopomíjeme, ale prosím fakt, že celá, dovoluji si nazvat anabáze ošetrovatelského procesu, se týká nejen zdravotnických pracovníků, ale především klientů, jako „příjemců“ naší poskytované péče!

Komponenty ošetrovatelského procesu jsou sérií vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně s jeho spoluprací při individualizované ošetrovatelské péči. V rámci ošetrovatelského procesu se zvyšuje iniciativa, samostatnost, tvořivost a profesní pravomoc zdr. sester, jako realizátorek ošetrovatelského procesu.

Ptám se tedy

Odkud a proč ona kontroverznost??

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 CÍL PRÁCE

Současný vývoj v oblasti zdravotnictví s sebou přináší neustálé inovace a transformace. Relativně novým prostředkem ve zdravotnictví je též ošetrovatelský proces ...

Tato práce by se měla zabývat pohledem zdravotnických pracovníků na užití ošetrovatelského procesu v praxi. Zda-li vnímají jeho využívání jako prostředek ke zkvalitnění následné ošetrovatelské péče, jaké jsou jejich vědomosti o této problematice a v neposlední řadě obecně zkonkretizovat jejich představu o plném či vhodném využívání ošetrovatelského procesu a za jakých interních podmínek.

CÍLE TÉTO PRÁCE JSOU:

- Zjistit pohled všeobecných zdravotních sester na funkčnost ošetrovatelského procesu v praxi.
- Zjistit, jakou roli v aplikaci ošetrovatelského procesu hraje individualita klienta.
- Zjistit úroveň teoretických znalostí všeobecných zdravotních sester v oblasti ošetrovatelského procesu
- Zjistit, jakou roli zaujímá časové a materiální zázemí na plánování ošetrovatelského procesu.
- Zjistit, jakou roli zaujímá časové a materiální zázemí na realizaci ošetrovatelského procesu

2.2 HYPOTÉZY

- Předpokládám, že všeobecné zdravotní sestry v nadpoloviční většině vnímají ošetrovatelský proces, jako aktuálně vhodný prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.
- Předpokládám, že individualita klienta je v plánování ošetrovatelského procesu zachována a respektována.
- Předpokládám, že vědomosti o ošetrovatelském procesu budou nevyhovující.
- Předpokládám, že časová tíseň, bude jedním z negativních faktorů, mající vliv na teoretickou přípravu ošetrovatelského procesu.
- Předpokládám, že časová tíseň, bude jedním z negativních faktorů, mající vliv na realizaci ošetrovatelského procesu.

3 CHARAKTERISTIKA

3.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství bychom mohli nazvat, definovat, jako systém specifických ošetřovatelských činností, týkající se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.

Vývoj ošetřovatelství byl až do poloviny minulého století spíše intuitivní, založený spíše na tradicích a praktických zkušenostech než na výzkumně podložených teoretických základech. Rozvoj teoretické základny ošetřovatelství nastal v polovině 20. století v USA a Kanadě. V současnosti má ošetřovatelství vymezenou vědomostní bázi, která zahrnuje specifické ošetřovatelské koncepce, teorie a modely. Obsah, zaměření, teorií a modelů je determinováno vědomostmi, praktickými zkušenostmi a nejrůznějšími filosofickými názory jejich autorek.

Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci a má nezastupitelnou pozici v péči o zdraví člověka. Jeho náplň tvoří individualizovaná ošetřovatelská péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování ošetřovatelských potřeb nemocného člověka a nezastupitelná samostatná náročná práce sester v terénní péči zaměřená nejen na domácí péči, ale především na preventivní a depistážní práci. Pokroková ošetřovatelská péče je poskytována výhradně týmově. Tým tvoří několik různě kvalifikovaných kategorií ošetřovatelských pracovníků, kteří mají jednoznačně vymezené kompetence.

Pokud bychom shrnuli hlavní zaměření ošetřovatelství, musíme vyjmenovat tyto body :

- Udržení a podpora zdraví
- Navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti
- Mírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka
- Zajištění klidného umírání a smrti

Ošetřovatelská péče je praktická aplikace ošetřovatelských poznatků, bere v potaz a respektuje základní lidské fyziologické, psychosociální a spirituální potřeby.

3.2 Cíle a charakteristické rysy ošetrovatelství

Hlavní cíle českého ošetrovatelství jsou :

- ...pomáhat jednotlivci, rodině, skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního klidu, zdraví a pohody v souladu a respektováním jejich sociálního a ekologického prostředí...
- ...podpořit jejich pozitivní zdraví (vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je ochoten a seznámen s prostředky a možnostmi, jak o své zdraví pečovat...
- ...maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama (rozpoznat, co je člověk schopen pro sebe učinit)...
- ...zaměřením na prevenci patologických stavů a jevů...
- ...spolehlivě provádět ordinace lékaře...
- ...snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka...
- ...nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím (zdravotně postižení jedinci, lidé v terminálním stádiu nemoci)...

K realizaci uvedených cílů ošetrovatelství jsou nezbytné tyto charakteristické rysy:

- ...sestra poskytuje aktivní péči, péči vstřícnou ...
- ...ošetrovatelská péče je uskutečňována prostřednictvím ošetrovatelského procesu s respektováním individuality klienta...
- ...ošetrovatelská péče je založena na nejnovějších vědeckých poznatcích v oboru...
- ...klient je chápán a vnímán jako celek biologický, psychosociální a duchovní (chápání je komplexní)...
- ...ošetrovatelská péče je poskytována týmově...
- ...charakter ošetrovatelské péče je preventivní...

3.3 Teorie a modely ošetrovatelství

Model je vědecká konstrukce, představa, popis, obraz zkoumaného předmětu, či jevu. Bývá ideou, která vysvětluje pomocí symbolické anebo fyzikální vizualizace.

Koncepcie je pojetí, chápání, myšlenková osnova, pohled, výklad určitého jevu. Představuje základní hledisko, vedoucí představu o vysvětlení jevu, soustava názorů, hlavní záměr nebo konstrukční princip činností.

Teorie je soubor poznatků charakterizující určitý jev. Teorie tvoří základ vědeckého poznání s výkladem příčin a souvislostí jevů v dané oblasti, které je možno ověřovat.

Metaparadigmou můžeme nazvat jádro, podstatu, obsah, či předmět, kterým se příslušná vědní disciplína zabývá. Je to globální (celistvý) pohled na obsahové zaměření vědního oboru. Pomocí ní rozlišujeme na první úrovni vědní disciplíny, specifikována je koncepcemi a teoriemi.

Hlavní obecnou metaparadigmou ošetrovatelství je osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelské činnosti. Vývoj je zaznamenán již od doby Florence Nightingale, která dala do souvislostí činnosti sester s vlivem prostředí na zdraví jedince.

Nyní si jednotlivé části vysvětlíme:

Osoba – je příjemcem ošetrovatelských činností (může jím být – jednotlivec, rodina, skupina, komunita, společnost,...).

Prostředí – je okolím příjemce i okolností, za kterých dochází k aplikaci ošetrovatelských výkonů.

Zdraví – je stav, který je charakterizován pohodou, blahem organismu jedince, nejen absence nemoci.

Ošetrovatelské činnosti – je činnost, kterou aplikuje zdr. sestra jedinci – příjemci i s jeho spoluprací v jeho zájmu.

„Ošetrovatelství studuje celek nebo zdraví člověka, přičemž bere v úvahu, že člověk je v neustálé interakci se svým prostředím.“

(Donaldson, Crowley)

3.4 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces (dále OP), je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které profesionálně ovlivňuje zdr. sestra. Je rovněž metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Systematicky, logicky, specificky a individualizovaně přistupuje k ošetřování každého nemocného /klienta v nemocniční i terénní péči. OP je složen z 5 komponent.

Komponenty OP:

1. zhodnocení nemocného – získání oš. anamnézy
2. stanovení ošetřovatelské diagnózy
3. plánování ošetřovatelské péče
4. provedení navržených opatření – realizace oš. plánu
5. hodnocení efektu poskytnuté péče

Vyjmenované komponenty jsou serií vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně s jeho spoluprací při individualizované ošetřovatelské péči. V OP se zvyšuje iniciativa, samostatnost, tvořivost a profesní pravomoc zdr. sester, jako realizátorek OP.

Každá z fází OP je samostatná, nezastupitelná, ale přístup k ošetřovatelské péči musí být uplatněn jako celek. Jednotlivé fáze se prolínají a mají možnost se individuálně opakovat.

3.4.1 Význam ošetrovatelského procesu

- OP je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče, Zvyšuje kvalitu a efektivitu různých metod, technik a postupů, použitých při jeho realizaci.
- Snižuje se anonymita pacienta/klienta před ošetrujícím personálem. V tomto spojení mám na mysli anonymitu jako vědomost zdr. sestry o potřebách, zvyklostech pacienta/klienta, jako příjemce ošetrovatelské péče.
- Užívání OP v praxi poskytuje zdr. sestřám možnost tvořivé, individuální, samostatné, zodpovědné práce, která přináší pracovní spokojenost a seberealizaci.
- Plánování, adresnost, individualita, přináší mnohem více prospěchu i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stádiu, u nichž neočekáváme úplné vyléčení.
- OP pomáhá pochopit jednání, přístup, reakce, postoje nemocných/klientů, a nalézt vhodnou cestu, způsob a přístup k individualitě jedince.
- Koncepce OP vytváří základ vhodného a správného přístupu ke zdravým či nemocným v průběhu profesní přípravy.

3.4.2 1. fáze ošetrovatelského procesu

První fází OP je zhodnocení nemocného/klienta.

Tato fáze je nesmírně podstatnou a důležitou pro další aplikaci OP. Kvalita OP je závislá na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta. V této fázi zdr. sestra vyzískává aktuální informace o stavu klienta, ovšem neopomíná ani informace z oblasti předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví i nemoci. Čím přesnější, vhodnější, citlivější informace zdr. sestra o klientovi získá, tím individuálnější přístup může volit v dalším postupném jednání a při vlastní ošetrovatelské péči. První fáze OP je příležitostí k užšímu navázání profesionálního celostního kontaktu s klientem.

Jedná se o kvalitní zhodnocení klienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Na začátku této fáze je nezbytné určit kdo bude hodnocení provádět, na jaké informace je třeba se zaměřit, odkud proběhne sběr informací, jakými metodami a jakým způsobem, budou zjištěné informace dokumentovány.

Sběr informací probíhá na základě zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství, který je podkladem pro jednotlivé následné části OP.

Modely ošetrovatelství můžeme rozdělit na humanistické, modely interpersonálních vztahů, systémové modely či modely energetických polí.

Lze např. vycházet z těchto modelů:

- M. Hendersonové: Vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých.
- M. Royové: Zjišťování úrovně schopnosti adaptace nemocného.
- M. Oremové: Zjišťování úrovně schopnosti být soběstačným.

Po zhodnocení vstupní anamnézy dochází ve spolupráci s klientem a zdr. sestry ke stanovení nejzávažnější poruchy potřeb, problému s ošetrovatelskou péčí, případně ošetrovatelskou diagnózu a zdr. sestra plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativně „nabízené“ ošetrovatelské péče. V průběhu této fáze rovněž dochází k průběžnému zhodnocení a k případné korekci a zkorigování zvoleného či „poupraveného“ postupu.

3.4.2.1 Potřeba

Potřebu můžeme nazvat jako nezbytnost, nutnost něčeho, co potřebujeme mít, či se „zbavit“, je závislá na vlastním žebříčku hodnot.

Je též instinktem, pudem. Potřeba může být charakterizována stavem organismu, který může naznačovat napětí, které vzniklo z nedostatku, či nadbytku a směřuje k obnovení rovnováhy.

Význam pojmu potřeba jak vidíme může být různorodý, záleží na úhlu pohledu, z kterého potřebu identifikujeme, nazýváme, definujeme.

Biologická stránka: Potřeba vyjadřuje stav narušené homeostázy.

Ekonomická stránka: Potřeba je obvykle charakterizována nutností, chtíčem nebo žádostí vlastnit a užívat určitý objekt, věc, které jsou prostředkem k dosahování psychologického cíle.

Psychologická stránka: Potřeba je zcela specifickou a vyjadřuje psychický stav, odrážející určitý nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedokonalost-nedostatek v sociálním životě individua.

Je důležité a nezbytné si uvědomit, že všichni lidé mají společné potřeby, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné.

Uspokojování potřeb člověka probíhá dvojím způsobem – žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí ani nám, ani druhým, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a jsou uspokojovány v mezích zákonných norem. Naopak, za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které mají jednu nebo více z těchto charakteristických znaků: škodí jedinci nebo ostatním, nejsou ve shodě s jejich sociálně-kulturními hodnotami nebo přesahují a porušují zákony.

Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který spouští proces motivace – mluvíme o motivačním napětí.

Motivace je procesem, který určuje směr, cíl a trvání určitého chování a jednání jedince. Jedinec je ovlivňován vědomě a nevědomě svými potřebami. Mezi vědomými a nevědomými motivy neexistuje ostrá hranice a mnohé motivy mohou mít jak vědomé, tak nevědomé aspekty. Nevědomou motivací je tak míněno, že jedinec má „nevědomou potřebu“ a „nevědomě hledá vědomý cíl“.

Psychika, motivace, potřeby podléhají vlivům kulturního a sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije. Vliv výchovy má i v této oblasti nesmírný ovlivňující význam. Sociální prostředí rodiny, způsob výchovy, hierarchie hodnot jsou určující pro motivaci jedince, určují mimo jiné jeho potřeby, způsoby jejich vyjádření a uspokojování.

3.4.2.1.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Abraham H. Maslow byl americkým psychologem, organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii.

Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. V jeho teorii potřeb je zdůrazněna propojenost filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala také filozofie hodnot. Dle Maslowa má každý jedinec individuální osobnostní systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou silnějšími. Nastolená hierarchie potřeb obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afilace, uznání a seberealizace. Každá potřeba je vždy výrazem celého jedince, nejen jeho části. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti a důležitosti.

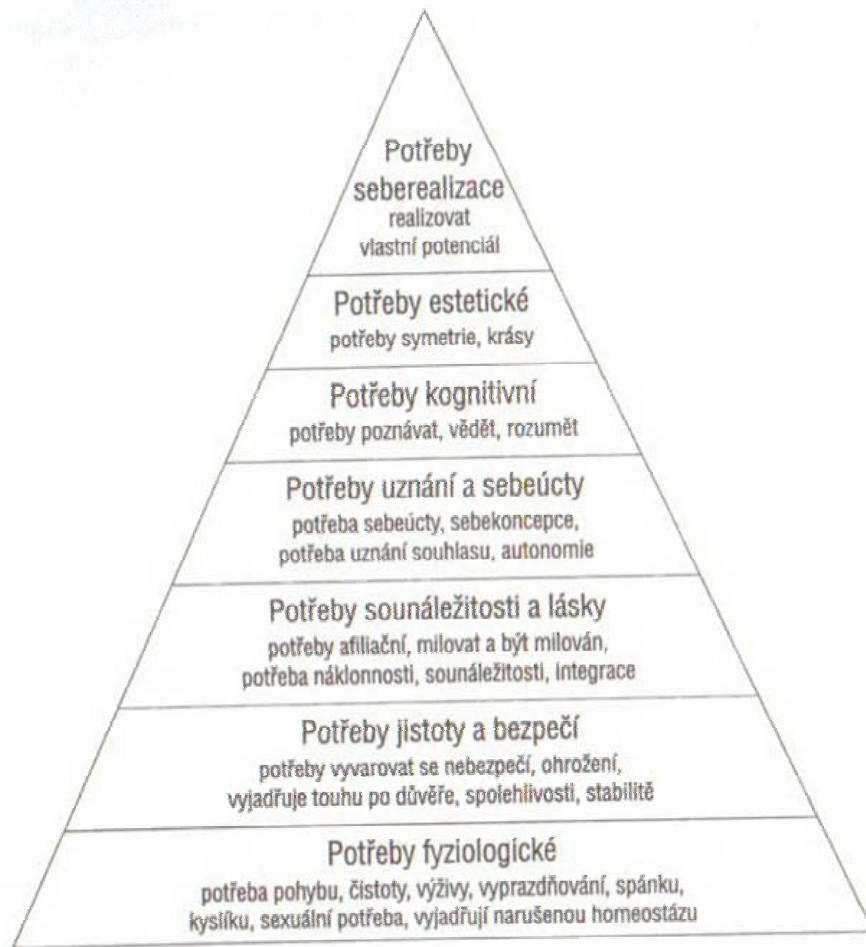
Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa (17. str. 14)

1. „fyziologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka.
2. Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby jistoty na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty. (U nemocného člověka, popř. potenciálně nemocného můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty).

3. Potřeba lásky a sounáležitosti, někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění.
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.
5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Kdo chce být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, musí být dobrým lékařem, zdravotní sestrou, tzn. musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře“.

K vyšším potřebám řadí též Maslow tzv. metapotřeby. Nazývané jako potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující osoby. Do tzv. metapotřeb řadí potřebu poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy, harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, samostatnosti, smysluplnosti atd.

V porovnání se základními potřebami jsou méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování „posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“ (Maslow, 1960).



Obr. č. 2: Maslowova hierarchie potřeb
Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: PSYCHOLOGIE. Praha, Victoria Publishing 1995

Obr. č. 1: Maslowova hierarchie potřeb (17. str. 15)

Modifikující faktory uspokojování potřeb člověka:

Samozřejmě existují faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb jedince.

Tyto faktory mohou uspokojování potřeb jedince, znemožnit, znesnadnit, narušit, popř. změnit způsob uspokojování.

Mezi tyto faktory řadíme:

- Nemoc (jedinec má např. znemožněnou samostatnost v péči o sebe samého. Zdr. sestra je pomocníkem či hlavním činitelem v péči o základní fyziologické a psychické potřeby. S postupným uzdravováním klesá potřeba pomoci zdr. sestry. Po uspokojení základních fyziologických potřeb, jedinec své tužby směřuje na potřeby vyšší úrovně).
- Individualita jedince (osobnostní vlastnosti, charakter, modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující je typologie člověka – introvert x extrovert, emocionální labilita x stabilita, odolnost vůči zátěži, stresu. Sebekoncepce člověka hraje významnou roli v identifikaci potřeb a jejich pocitu uspokojení).
- Mezilidské vztahy (podstatné jsou zejména vztahy k příbuzným a blízkým. Prostřednictvím těchto vztahů může docházet v kritických obdobích jedince k identifikaci potřeb a snadnější pomoci v uspokojení dané potřeby).
- Vývojové stádium člověka (modifikuje signalizaci, způsob uspokojování a pocit uspokojení z potřeby. Problematické vývojové stádium pro počáteční signalizaci potřeby je kojenecké a batolecí období jedince, a též období stáří).
- Okolnosti, za kterých nemoc vzniká (např. nemocniční zařízení a pobyt s ním související může ovlivnit samotnou signalizaci potřeby, tak i způsob a možnost jejího uspokojení).

3.4.2.1.2 Potřeby v práci zdr. sestry

Potřeby jedince jsou úzce spjaty s identifikováním se a pochopení sama sebe. Pokud zdr. sestra dokáže identifikovat sama sebe, dokáže uspokojit potřeby vlastní, tak i správně rozpoznat a uspokojit potřeby druhého. Zhodnocením stavu druhého, rozumíme příčinám a způsobům chování a jednání, vytvoříme si povědomost o signalizačních aspektech chování. Zjištěné poznatky o potřebách tvoří nezbytný podklad pro aplikaci OP. Znalosti o lidských potřebách je též možno využít při edukaci nemocného, v podpoře seberealizace a podpoře vlastní identity....

3.4.2.2 Typy hodnocení nemocného/klienta

V průběhu hospitalizace získává pověřená zdr. sestra cílené hodnocení v různých časových etapách.

- vstupní hodnocení (základní sesterské vyšetření), je prováděno co nejdříve, obvykle do 24 hodin po přijetí , nebo při prvním kontaktu při domácí péči. Vstupní hodnocení se skládá ze tří částí: - ošetřovatelská anamnéza, subjektivní hodnocení nemocného sestrou, změření objektivních hodnot. Zmiňované tři části vstupního hodnocení nám zaručí zahájení kvalitní individualizované ošetřovatelské péče.
- průběžné hodnocení, zajišťuje záznam a případnou korekci oš. plánu s ohledem na aktuální status klienta.
- závěrečné hodnocení, je nezbytnou součástí překladové zprávy, či při propuštění do domácí péče atd. Je záležitostí zachování kontinuity ošetřovatelské péče.

Každé hodnocení nemocného/klienta, je nutné zvážit komplexně, se všemi členy zdravotnického týmu i se samotným nemocným.

Zaručíme tak plnou informovanost všech, kteří s klientem spolupracují a následnou celistvost poskytované péče s ohledem na individualitu jedince.

Vždyť nedostatek informací, či nevhodně nesprávně předané informace, ústí ke špatně zvolené péči o klienta.

3.4.2.3 Obsahové zaměření informací

Nemocnice v současné době pracují s již cílenou ošetrovatelskou – sesterskou dokumentací, kde jsou všechny podstatné body počátečního zhodnocení zaznamenány. Správně sestavená, vhodně systematizovaná sesterská dokumentace, je jistým přínosem ke zkvalitnění celkové péče o klienta již v počátcích seznámení se s klientem.

Základní informační okruhy otázek zpravidla vycházejí z jednotlivých komponent různých modelů ošetrovatelství a ze specifíků příslušného klinického oboru, z nichž pak vychází zhodnocení klienta.

Obsahové zaměření sběru informací zcela určitě obsahuje identifikační údaje, informace o současném-aktuálním zdravotním stavu a celkové anamnestické informace o nemocném. Neopomíjíme ani oblast stupně soběstačnosti, jeho životní styl, psychické vlastnosti a projevy, sociální situaci apod.

Při shromažďování informací bereme v úvahu:

- Pacientovo vlastní vnímání situace, jeho potřeby, problémy. Zdrojem informací a pomoci, nám v této fázi mohou být i příbuzní, rodiče, přátelé ...
- Vnímáme naše pozorování a záznam pacientova současného tělesného, psychického a sociálního stavu.
- Jakým způsobem ovlivňuje jeho onemocnění soběstačnost, novou roli – pacient, ovlivnění na jeho normální způsob života.
- Lékařskou anamnézu, vyšetření, diagnózu a ordinace.
- Objektívni údaje (testy, měření, ...).

Základní informační okruhy:

FYZIKÁLNÍ HODNOCENÍ:	<i>hygiena</i>
	<i>odpočinek/spánek</i>
	<i>dýchání</i>
	<i>vyprazdňování</i>
	<i>bolest/pohodlí</i>
	<i>pohyblivost/bezpečí</i>
	<i>současné obtíže</i>
	<i>alergie</i>
SOCIÁLNÍ HODNOCENÍ	<i>rodina/přátelé</i>
	<i>zaměstnání/volný čas</i>
	<i>jazyk</i>
	<i>bydlení</i>
	<i>zájmy</i>
	<i>vztahy</i>
PSYCHOLOGICKÉ HODNOCENÍ	<i>mentální stav</i>
	<i>reakce na nemoc</i>
	<i>reakce na prostředí</i>
	<i>vyrovnání se se stresem</i>
	<i>duchovní potřeby</i>
MEDICÍNSKÁ PROBLEMATIKA	<i>oš. problémy z dg.</i>
	<i>farmakoterapie</i>
	<i>vedlejší účinky léků</i>
	<i>alergie</i>
	<i>poruchy kůže, hojení, ...</i>

Příklady okruhů pro anamnestické zjišťování životního stylu::

Oblast výživy

- Jak se obvykle stravujete? co, během dne jíte?
- Jakou máte chuť jídlu? Změnila se Vám chuť k jídlu během poslední doby?
- Vaříte si sám/a?
- Jaké jídlo máte nejraději?
- Jaké jídlo nemáte rád/a?
- Máte nějaké zvláštní problémy s příjmem jídla nebo pití?
- Kolik tekutin denně přijmete?
- Máte alergii na nějaký druh potravin?
-

Oblast vyprazdňování:

- Jakou jsou Vaše vyprazdňování návyky?
- Užíváte nějaký vyprazdňování prostředek pravidelně?
- Ve kterou denní dobu a jak často se vyprazdňujete?
- Máte nějaké potíže s vyprazdňováním?
- Změnilo se Vaše vyprazdňování během poslední doby?
-

Oblast aktivity/cvičení:

- Jste zaměstnán/a?
- Jako co pracujete?
- Jste zvyklý/á na pravidelné procházky či delší chůzi?
- Co během dne doma děláte?
- Máte problémy se v domácnosti pohybovat?
- Jste zvyklý/á pravidelně cvičit, udržovat se v kondici?
- Doporučil Vám lékař omezit Vaše návyky v oblasti cvičení?
- Jste spokojen/a se svým současným stavem- kondicí?
-

Oblast odpočinku a spánku

- Máte problémy s odpočinkem, spánkem?
- Kolik hodin spíte?
- V kolik hodin chodíte spát?
- V kolik hodin se probouzíte?
- Cítíte se odpočatý/á po spánku?
- Je něco, nějaký rituál, bez kterého neusnete? Který Vám napomáhá usnout?
- Co děláte když si chcete odpočinout?
- Spíte, podřimujete během dne?
-

Oblast návyků – kouření/alkohol

- Kouříte?
- Jak dlouho koříte a co?
- Přestal/a jste někdy s kouřením? Na jak dlouhou dobu?
- Pijete alkohol? Jak často? S přáteli, nebo sám/a?
- Změnily se Vaše návyky z této oblasti v poslední době?
-

Oblast užívání osobním pomůcek

- Užíváte zubní protézu?
- Máte se zubní protézou nějaké problémy?
- Užíváte brýle, či naslouchadlo?
- Vyhovují Vám tyto pomůcky?
- Slyšíte, vidíte bez problémů s pomůckami?
-

Oblast mezilidských vztahů/rolí

- Žijete sám/a?
- S kým sdílíte domácnost?
- Popište Vaši rodinu, lidi se kterými jste v bližším denním kontaktu?
- Co od Vás rodina očekává?
- Co očekáváte sám od sebe vztahem k rodině?
- S kým jste mimo rodiny v senním kontaktu?
- Na koho se obrátíte, budete-li mít problém, Komu se svěříte?
- Jaké máte zájmy a koníčky?
- Jste plně soběstačný? Nakupujete i sám, zařídíte si vše potřebné?
-

Oblast sexuality

- Žijete v současné době sexuálním životem?
- Jste s ním spokojen/a?
- Máte nějaké problémy v rámci sexuálního života, jeho naplnění?
-

Oblast tolerance ke stresu, zvládání zátěžových situací

- Jak řešíte problémy?
- Koho oslovíte, pokud máte problém?
- Řešíte problémy výhradně sám/a?
- Jaké jsou Vaše reakce, návyky pokud se ocitnete v problémové situaci?
- Došlo v poslední době k nějakému zásadnímu problému, situaci, jenž vyžadovala velké úsilí ke zvládnutí?
-

Oblast náboženství, vyznání, hodnotové orientace

- Jste věřící, nějaké víry?
- Jsou pro Vás Bůh a víra podstatné, nezbytné?
- Jakým způsobem vyznáváte víru?
- Jste zapojen/a do nějaké náboženské skupiny?
- Co je pro Vás důležitou životní hodnotou?
-

Toto jsou základní oblasti pro citlivé, celistvé a objektivní zjištění obvyklého životního stylu klienta/nemocného.

3.4.2.4 Rámcový standard pro 1. fázi ošetřovatelského procesu

Uvedený rámcový standard uvádí základní zdroje a posloupnost údajů, které provádíme v 1. fázi ošetřovatelského procesu. Obsah je třeba dopracovat s ohledem na specifičnost oddělení na kterém je užíván. Musí vyhovovat nárokům na ošetřovatelskou péči i nemocným, kteří jsou zde ošetřováni.

- Vstupní (přijímací) rozhovor s nemocným a/nebo s jeho rodinou. Tento rozhovor by měl proběhnout co nejdříve od přijetí klienta, provádí zdr. sestra. Vstupní sběr dat může být ovlivněn časem, zdravotním stavem klienta apod. Zdravotní sestra pracuje s připraveným rámcovým standardem ošetřovatelské sesterské dokumentace. Údaje je možné doplnit dalšími metodami během celé fáze přijímání klienta k hospitalizaci.
- Další potřebné informace mohou být získávány pozorováním, vyšetřením nemocného, ze starší dokumentace (pokud byl již nemocný na daném odd. hospitalizován), z přijímacího protokolu, od lékaře či dalšího zdravotnického personálu a zdrojů. K vypracování ošetřovatelského plánu je třeba mít shromážděny informace o : tělesném a psychickém stavu klienta; jeho současné vnímání jeho onemocnění a probíhající hospitalizace; vliv sociálních, kulturních, ekonomických, náboženských, ekologických faktorů; běžné denní zvyky a aktivity klienta; informace o jeho anamnéze a chorobách, individuální potřeby a návyky klienta.

3.4.2.5 Zdroje informací

Zdroje informací jsou pro OP nezbytné a velice potřebné pro získání kompletního pohledu na klienta. Nejdůležitějšími zdroji informací jsou zejména:

- nemocný (klient) – je pro zdr. sestru nejdůležitějším a zpravidla nejpřístupnějším zdrojem informací. Od klienta, který je těžištěm informací máme možnost informace získat přímo a to formou rozhovoru či pozorováním.
- zdravotnická dokumentace
- měřicí techniky a testy – různé měřicí škály, testy, dotazníky, měřicí pomůcky apod.
- další členové zdravotnického týmu – lékaři, ostatní zdr. sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, ...
- příbuzní nemocného – příbuzní jsou nejen cenným zdrojem informací, ale rovněž i spolupracovníky a pomocníky při realizaci ošetrovatelské péče.
- spolupacienti

3.4.2.5.1 Zdravotnická dokumentace jako zdroj informací

Zdravotnická dokumentace je pro zdr. sestru zdrojem informačním. Poskytuje informace o vyšetřovacím a léčebném plánu, obsahuje informace a pokyny pro realizaci léčebného plánu, tedy pro diagnosticko-terapeutickou činnost. Nabízí informace o průběhu onemocnění, o obtížích a příznacích. Dává možnost doplnění údajů ze sociální, rodinné, pracovní i lékařské anamnézy. Je vhodné, aby veškerá dokumentace o nemocném byla pohromadě, aby každý člen zdravotnického týmu měl informace o klientovi ucelené.

3.4.2.5.2 Rodina jako zdroj informací

Příbuzní, přátelé, případně spolupracovníci klienta mohou být velmi užitečným informačním zdrojem. Při rozhovoru s nimi můžeme informace zobjektivizovat či doplnit. Navázání dobrého kontaktu s nejužší rodinou klienta může mít velmi kladný vliv terapeutický, protože za podpory rodiny nemocný zpravidla velmi kvalitně a lépe spolupracuje.

3.4.2.5.3 Členové zdravotnického týmu jako zdroj informací

Členové zdravotnického týmu jako zdroj informací poslouží z hlediska kontaktu, který navazují s nemocným v rámci jejich péče. Údaje, které nám mohou poskytnout slouží rovněž k ucelenému obrazu o klientovi, doplňují celkovou charakteristiku klienta.

3.4.2.5.4 Pozorování

Soustavné pozorování, sledování nemocného provází zdr. sestru během její činnosti, kterou u nemocných provádí. Při jakékoli příležitosti si zdr. sestra může všimnout změn v celkovém stavu klienta, v jeho chování, náladě, pozoruje objektivní příznaky či hodnotí projevy subjektivních příznaků.

Pozorování klienta má samozřejmě své zásady a principy. Pozorování musí být cílevědomé a systematické. Musí probíhat nenápadně, chce-li sestra pozorování zobjektivizovat, použije měřicí techniku (v případech, kde je to možné). Do procesu pozorování nevnáší zdr. sestra žádné osobní postoje, vztahy a nálady. Výsledky musí řádně, stručně, pohotově a přesně zaznamenat do příslušné dokumentace.

3.4.2.5.5 Rozhovor

Rozhovor s nemocným (klientem) je záměrný a organizovaný dialog mezi zdr. sestrou a klientem. Mezi hlavní cíle rozhovoru patří: doplnit informace získané z dokumentace a při pozorování; doplnit a upřesnit anamnestické údaje potřebné pro následnou ošetrovatelskou péči; získat a objektivizovat údaje o subjektivních příznacích a potížích klienta; edukace, zklidnění klienta; uspokojování potřeb sociálního kontaktu, bezpečí a jistoty; navázání rovnocenného a partnerského vztahu pro realizaci OP.

Každý rozhovor by měl směřovat k těmto vytyčeným cílům, kvalita získaných informací závisí na komunikativních dovednostech zdr. sestry, její ochotě s nemocným komunikovat a samozřejmě na aktuálním zdr. a psychickém stavu klienta. Stav klienta může být rozhodujícím faktorem pro navázání a úspěšnou realizaci rozhovoru.

Obecná doporučení pro účinný rozhovor:

- vytvoření příjemného klimatu (klient je bez bolesti, přátelský postoj, maximální míra soukromí, udržování očního kontaktu,...)
- buď pozorným posluchačem (projevy zájmu a pochopení, projevy respektu, kladení otázek od obecných k určitému problému, pokládání otevřených otázek, sumarizace odpovědí během rozhovoru, ...)
- seznam se s komunikačními bariérami a vyvaruj se jim (vyvaruj se předčasnému závěru, nutno probírání jednotlivého problému do hloubky s dostatkem času, vyvaruj se falešných a nevhodných ujišťování- zlehčování pocitů,...)
- rozhovor je naplánovaný (sumarizace nezbytných informací, časové rozvržení, použití předepsaného dotazníku – předepsané okruhy otázek, pouč klienta – jak bude s informacemi naloženo, na co používají, respektuj intimitu a právo na soukromí a ochranu informací,...)
- uplatňuj správnou techniku rozhovoru (vnímání vlastních komunikačních prostředků, vnímání vlastního neverbálního projevu, projev zájmu, analýza vlastních reakcí, použij otevřenost, pohotovost a flexibilitu, využití pozorovacích technik – porovnání klientova mluveného slova a neverbálních projevů,)

3.4.3 2. fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelská diagnóza je výsledkem zpracování získaných informací o nemocném (z 1. fáze OP). Má vztah k pacientovým potřebám, problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetřovatelskou intervencí. Diagnostikován je současný stav pacientova zdravotního stavu.

Termín diagnóza je odvozen řeckého slova „diagignoskein“ = rozeznávat, označovat, odlišovat.

Vyjadřování ošetřovatelské diagnózy je odlišné. Bývá označována např. jako „porucha potřeby“, „problém“, v současné době se však již setkáváme s taxonomií ošetřovatelských diagnóz. Taxonomie sjednocuje názvosloví a dává možnost systematického třídění. Nejčastěji je užívána v USA, např. NANDA systém (viz kapitola 3.4.3.4)

Jak již bylo řečeno ošetřovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou daným onemocněním narušeny nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá. Nemocný, který je v normálním, běžném životě schopen své potřeby uspokojovat přiměřeným způsobem, nyní strádá jejich frustrací. Součástí 2. fáze OP je stanovení problému nemocného/klienta, které lze vhodnou ošetřovatelskou péčí řešit. Označujeme je jako ošetřovatelské problémy.

Cílem této fáze je společně najít, co klienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro následnou ošetřovatelskou péči z hlediska zdr. sestry i nemocného. Při stanovení ošetřovatelské diagnózy jsou brány v úvahu tedy tři základní aspekty, a to: odborné znalosti a profesionální náhled zdr. sestry na klienta, pacientovo/klientovo hledisko a naléhavost řešení stanovených problémů. Pořadí diagnóz (priority problémů) se tak může lišit jak je vidí zdr. sestra vs. pacient/klient. Proto by se neměly dělat definitivní závěry předtím, než o problémech, které zdr. sestra identifikovala, pohovoříme s klientem.

3.4.3.1 Charakteristiky ošetrovatelské diagnózy

- ošetrovatelská diagnóza je závěr, povedený zdr. sestrou na základě systematického sběru informací o klientovi (z 1. fáze OP)
- ošetrovatelská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, které je možno ovlivnit v rámci kompetencí zdr. sestry
- za ošetrovatelskou diagnózu jsou odpovědné zdr. sestry i přes fakt, že se na jejím utváření podílejí i jiní zdravotničtí pracovníci
- ošetrovatelská diagnóza vychází ze současných zdravotních problémů klienta, ovšem může vyjádřit i stav potencionální (stav, který teprve nastat může)

3.4.3.1.1 Ošetrovatelská dg. vs. lékařská dg.

Ošetrovatelská diagnóza nekopíruje diagnózu lékařskou, navzájem se mohou doplňovat. Lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života klienta/nemocného, jak mění jeho soběstačnost, návyky, stereotypy, vnímání života, jaké problémy a trápení mu přináší.

<u>OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA</u>	<u>LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA</u>
popisuje reakci nemocného na nemoc, zjišťuje do jaké míry zasahuje do jeho běžného žití	popisuje specifický chorobný proces
je orientována na člověka - jedince	je orientována na nemoc - patologii
mění se v průběhu hospitalizace, podle pacientových reakcí a schopností	zůstává neměnná v průběhu trvání nemoci
provázejí jí ošetrovatelské činnosti - plánování, hodnocení ...	ovlivňována ordinacemi lékaře
doplňuje lékařskou diagnózu	doplňuje ošetrovatelskou diagnózu
nemá mezinárodní klasifikační systém	má mezinárodní klasifikační systém

Obr. č. 2 : Ošetrovatelská diagnóza vs. lékařská diagnóza

3.4.3.2 Diagnostický proces

Diagnostický proces je procesem analýzy a syntézy získaných poznatků, při nichž uplatňujeme metodu kritického myšlení, objektivitu, schopnost rozhodovat se a deduktivně usuzovat. Aby zdr. sestra dokázala vhodně diagnostický proces aplikovat, je třeba, aby měla dostatek somatických, psychologických znalostí a dovedností. Nesmí rovněž chybět znalosti z oblasti sociálních funkcí člověka, poznatky z hodnotových priorit jedince, a umění zhodnotit, jak klienta ovlivňuje lékařská diagnóza. Vysoké odborné znalosti v ošetrovatelské péči jsou nepostradatelnou součástí ...

Diagnostický proces má 4 fáze:

1. Utřídění a vyhodnocení informací
2. Stanovení zdravotních problémů klienta a potřeb ošetrovatelské péče
3. Formulování ošetrovatelské diagnózy
4. Priority diagnóz

ad 1) Utřídění a vyhodnocení je spojeno s velkým množstvím informací, které zdr. sestra získá od klienta v 1. fázi OP. Ne všechny informace, které získá, však nejsou podstatné pro její další činnost. Třídění můžeme rozdělit do několika málo skupin :

- první filtrace všech informace, vyzdvihne ty, které jsou pro další ošetrování klienta nezbytné a potřebné
- pak následuje určení těch informací, které jsou neúplné a je třeba je doplnit
- informace, patřící dalším členům zdravotnického týmu (tyto informace předá)
- nakonec filtr těch informací, které jsou z hlediska ošetrovatelského procesu nezajímavé, nepodstatné

v 1. fázi diagnostického procesu je třeba stanovit si míru soběstačnosti klienta, zjistit dosažitelnost laické péče a nakonec určit potřebu ošetrovatelských zákroků.

ad 2) Stanovení zdravotních problémů klienta a potřeb ošetrovatelské péče, probíhá na podkladě získaných utříděných a vyhodnocených informací. Ošetrovatelské diagnóza beze sporu stručně vyjadřuje základní klientův problém. Stanovení problému je spojeno s diskuzí a vyslechnutím názoru na věc mezi zdr. sestrou a jedincem.

Závěry, ke kterým je možno společně dospět je několik, např:

- neexistuje žádný problém, klient je v dobrém stavu
- zatím neexistuje problém (jde o potencionální riziko vzniku)
- problém existuje, klient zvládá saturaci sám
- problém existuje, klient nestačí sám saturovat, potřebuje profesionální pomoc
- problém potřebuje podrobnější analýzu
- problém v současnosti neovlivňuje klientovu soběstačnost, ale v budoucnu na ni zřejmě vliv bude mít
- problém klienta ohrožuje, jde o stav závažný
- problém je dlouhodobý

Problémy jedince je vždy vhodné konzultovat i s ostatními členy zdr. ošetrovatelského týmu, využijme jejich znalostí a zkušeností k vypracování individuálního a kvalitního plánu.

ad 3) Formulace ošetrovatelské diagnózy musí obsahovat problém, etiologii, projev. V některých publikacích můžeme nalézt zkratku PES (problém+etiologie+symptom).

Pojem problém se zdá být pojem jasný, vycházíme s vlastního problému klienta (našeho nemocného), např. změna sliznice dutiny ústní.

Příčina, která je druhou položkou správně utvořené ošetrovatelské diagnózy se často vyjadřuje slovním spojením: vzhledem k, v souvislosti s, ve spojitosti s, jako následek (např. dehydratace).

Třetí položkou je projev problému – ošetrovatelské diagnózy. Popíšeme procesy, stavy, které doprovázejí přítomnost problému.

Jak již bylo řečeno při sestavování ošetrovatelské diagnózy vycházíme z aktuálních problémů klienta, ovšem neopomínáme ani stránku potencionální, která je ve spojitosti se stavem aktuálním.

ad 4) Priority diagnóz

Ošetrovatelské problémy (diagnózy) je vždy třeba ke konci diagnostického procesu seřadit podle priorit. Prioritou rozumíme naléhavost a pořadí, v jakém budou řešeny. Na prvním místě samozřejmě vždy budou problémy, které jsou svým charakterem život ohrožující. V době, kdy se nejedná o stav akutní (život ohrožující), měly by být priority stanoveny ve spolupráci s pacientem a tam, kde je to možné i s jeho rodinou. Samozřejmě může nastat situace, kdy pořadí diagnóz může být rozlišné z pohledu pacienta a jeho ošetřující zdr. sestry. V takovém případě je nutné v rámci optimálního řešení situace probrat naše závěry (ošetrovatelskou diagnózu) s nemocným, popřípadě i s členy rodiny, které můžeme současně poučit o tom, co by mohlo být pro nemocného prospěšné. Naskýtá se příležitost získat nemocného i jeho rodinu k aktivní spolupráci v rámci OP.

Priority problémů se stanovují pro bezprostřední příští období a z hlediska další perspektivy klienta (např. úprava životního stylu vzhledem k dlouhodobému onemocnění či postižení).

V OP, který se opírá o pořadí diagnóz, můžeme navrhnout, jak je možné řešit momentální situaci, ale současně i, jakým způsobem můžeme chránit či ovlivnit stav, či vznik problémů potenciálních. Všechny aktuální i potencionální problémy, musí být v OP zaznamenány jasně, srozumitelně a stručně.

Prosím neopomínejme našeho klienta jako společníka, aktivního činitele v rámci OP!

3.4.3.3 Typy ošetrovatelských diagnóz

Existují 3 základní typy ošetrovatelských diagnóz. Pokud verbálně vyjadřujeme problém, který je aktuálně přítomný, hovoříme o diagnóze aktuální. V některých případech můžeme použít termínu diagnózy potenciální : jedná se o stav, kdy u nemocného můžeme shledat vysoké riziko vzniku komplikací ze současného stavu, či předvídat problém, který se projeví až později, pokud se mu nezačneme aktivně bránit. V těchto případech užíváme tedy termínu diagnóza potenciální. Obě situace se mohou kombinovat a projevují se charakteristickým obrazem společně – diagnóza syndromová (kombinovaná).

3.4.3.3.1 Aktuální diagnóza

- vyjadřuje současný problém klienta. Při identifikaci problémů klienta je třeba profesionálního pohledu zdr. sestry. Zdr. sestra může vytypovat i problémy, které klienta netrápí, ale z hlediska poruchy jeho zdravotního stavu jsou závažné.

3.4.3.3.2 Potenciální diagnóza

- vyjadřuje problém, který se ještě nevyskytuje, ovšem je vysoká pravděpodobnost jeho vzniku. Někdy si ho klient může identifikovat sám, a sám minimalizovat jeho nebezpečí svým chováním. V jiných případech je potenciální nebezpečí identifikováno ze strany zdr. sestry. Pokud hovoříme o potenciálních problémech, zde hraje významnou roli edukační schopnost zdr. sestry, která svou edukační činností může provádět vhodnou prevenci nebo minimalizovat rizika, vedoucí k rozvoji zmiňovaných problémů.

Mezi nejčastější zdroje potenciálních problémů patří:

- somatický stav (lidé s hmotností pod obvyklou normou, zesláblí jedinci, ...)
- prostředí, ve kterém se pacient obvykle pohybuje (riziková pracoviště, riziková bydliště, ...).
- lékařská diagnóza (u některých lékařských diagnóz je reálná spojitost s výskytem komplikací)
- léčebné postupy (některé způsoby léčby mohou být provázeny nepříjemnými nežádoucími účinky, které samy o sobě mohou vyznít jako problém).
- nemocniční prostředí (vliv na stav klienta má změna prostředí, charakter prostředí, ...).
- okolnosti ze strany klienta (osobní životní etapa či problém).

3.4.3.3 Syndromová (kombinovaná) diagnóza

V některých situacích se aktuální i potenciální problémy klienta sdružují a vytvářejí tzv. ošetřovatelský syndrom. Typickým příkladem této kombinované diagnózy je porucha soběstačnosti.

3.4.3.4 Systém klasifikace ošetřovatelských diagnóz (taxonomie)

Ošetřovatelská diagnóza se v současné době moderního ošetřovatelství vyjadřuje jednotnou terminologií. Snaha o tvorbu jednotné terminologie je soustředěna do několika významných mezinárodních sesterských organizací. Nejznámější je zřejmě systém NANDA, vypracovaný a dlouhodobě korigovaný Americkou asociací pro ošetřovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association).

Jedná se o profesionální organizaci sester pro standardizaci sesterské terminologie, které vznikla v roce 1982. Cílem této organizace je vývoj nomenklatury, kritérií a taxonomie sesterských ošetřovatelských diagnóz.

V roce 2002 se NANDA změnila na NANDA International, jako reakce na svou rozšiřující působnost. NANDA International publikuje Sesterské Diagnózy kvartálně v publikaci International Journal of Nursing Terminologies and Classifications od roku 2002. Jiné mezinárodní asociace jsou AENTDE (španělsky), AFEDI (francouzsky) a ACENDIO (Evropa).

Současná struktura sesterských diagnóz NANDA se označuje jako Taxonomie II a má 3 úrovně: 13 domén, 47 tříd a 172 diagnóz.

„Prezidenti organizace v letech svého působení:

1982-1988 Dr. Marjory Gordon

1988-1993 Jane Lancour

1993-1996 Dr. Lois Hoskins

1996-1998 Dr. Judith Warren

1998-2000 Dr. Dorothy A. Jones

2000-2002 Kay Avant

2002-2004 Mary Ann Lavin

2004-2006 Martha Craft-Rosenberg

2006- Dr. Heather Herman“

(24.)

3.4.3.4.1 Výhody taxonomie

- Systémem jednotné klasifikace dospějeme k vytvoření jednotného společného odborného ošetrovatelského jazyka
- Snazší hodnocení nemocného, snazší definování jeho problému
- Srozumitelnost pro všechny

3.4.3.5 Sestavování oš. diagnózy a chyby při sestavování oš. diagnózy

„Pokyny pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a nejčastější chyby:

1. Stanov problém, ne potřebu:

správně: aktuální nedostatek tekutin vzhledem k horečce

chybně: náhrada tekutin, vzhledem k horečce

2. Používej výroky, které umožní plánování samostatné aktivní péče:

správně: sociální izolace pro ztrátu řeči – formulace povede k hledání alternativního způsobu komunikace

chybně. sociální izolace vzhledem k provedené laryngektomií – s tím sestra nemůže nic dělat

3. Diagnostikuj přesně a specificky, abys nasměrovala plánování ošetrovatelské péče:

správně: porucha dýchání vyvolaná chronickou alergií na pyly z růží (spec.)

chybně: porucha dýchání vyvolaná prostředím (vágni)

4. Používej spíše ošetrovatelskou než lékařskou terminologii, ošetrovatelská terminologie lépe vystihne ošetrovatelský problém:
správně: potenciální nedostatečná plicní ventilace (ošetrovatelský termín)
chybně: potenciální pneumonie (lékařský termín)
5. K popsání pravděpodobné příčiny pacientova problému používej rovněž raději ošetrovatelskou terminologii:
správně: nedostatečná plicní ventilace vzhledem k nahromadění sekretu v plicích
chybně: nedostatečná plicní ventilace vzhledem k emfyzému
6. Nezaměňuj ošetrovatelskou diagnózu s ošetrovatelským zásahem:
správně: podvýživa vzhledem k nedostatečnému přísunu bílkovin
chybně: zajistit stravu bohatou na bílkoviny vzhledem k podvýživě“

(16. str. 33)

3.4.3.6 Rámcový standard ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská diagnóza je závěrem hodnocení klienta zdr. sestrou. Stanovená ošetrovatelská diagnózy na podkladě klientových problémů a potřeb, lze řešit prostřednictvím samostatných ošetrovatelských intervencí.

Stanovení a vytváření ošetrovatelské diagnózy je proces kontinuální a probíhá ve 4 krocích:

1. filtrace nejdůležitějších informací o klientovi, získaných v 1. fázi OP
2. třídění těchto informací a hledání vzájemných propojeností
3. interpretace údajů s vytvořením ošetrovatelských diagnóz
4. seřazení diagnóz dle priorit

3.4.4 3. fáze ošetrovatelského procesu

V této fázi OP je stěžejním stanovení si cílů a očekávaných výsledků ošetrovatelské péče a následné navržení sesterských intervencí, kterými zdr. sestra dosáhne stanovených cílů s vypracováním plánu ošetrovatelské péče.

V této fázi hledáme, jakou roli každý z nás sehraje při ošetrování klienta s přihlédnutím na jeho potřeby.

Výsledkem 3. fáze OP je tedy stanovení si plánu ošetrovatelské péče. Jedná se systematické řešení problémů nemocných, které lze ovlivnit profesionálním jednáním zdr. sestry. V ošetrovatelském plánu na základě ošetrovatelských diagnóz stanoví zdr. sestra cíle péče, prostředky a způsoby, kterými je budeme řešit a v neposlední řadě s ohlédnutím na jejich priority.

Strategie plánu ošetrovatelské péče vychází:

- z ošetrovatelské diagnózy
- z charakteristiky ošetrovatelské péče s ohlédnutím na specifika daného oddělení
- z rysů moderního ošetrovatelství
- z lékařské diagnózy

Plán ošetrovatelské péče nám poskytuje celkový individuální obraz o poskytované péči. Konstruování plánu by mělo být otevřené, tzn., s možností doplnit či měnit potřeby. Z jeho sestavení by měly být jasné propojitosti jednotlivých vazeb mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací i hodnocením jejich účinků.

Základna plánu ošetrovatelské péče respektuje individualitu klienta. Realizace lékařských ordinací může probíhat a být zahrnuta do plánu individuální ošetrovatelské péče (např. vedlejší účinky terapie, reakce klienta, ...). Lékařská diagnóza není a nesmí být vytlačena při používání a plánování individualizované ošetrovatelské péče.

Plánování jako 3. fáze OP:

- určení priorit řešení problémů klienta
- stanovení si cílů péče
- určení, jakým způsobem či způsoby cílů dosáhneme
- zápis OP
-

Ve fázi plánování neopomíjíme: tvoření cílů společně s pacientem (klientem), zákroky jenž povedou k dosažení vytčených cílů budou vhodné a s rysy moderního ošetřovatelství, plán je jasný a klient je s ním srozuměn, rovněž tak další ošetřující personál.

3.4.4.1 Typy ošetřovatelských plánů

Ošetřovatelské plány můžeme rozdělit na 2 základní kategorie. Jako první typ ošetřovatelského plánu existuje základní (tzv. vstupní) ošetřovatelský plán. Je charakteristický svým obsahem. Obsahuje první 4 kroky OP, spolu se zhodnocením reakcí klienta a výsledky poskytnuté péče.

Druhým typem ošetřovatelského plánu péče o klienta je tzv. průběžný ošetřovatelský plán. Průběžný ošetřovatelský plán svým obsahem vychází ze základního plánu oš. péče, s průběžnými korekcemi a doplňky během doby hospitalizace klienta.

3.4.4.2 Cíle ošetřovatelské péče

Cíle v procesu ošetřovatelské péče můžeme rozdělit do několika skupin. V první řadě bych se ráda věnovala cílům obecným a specifickým. V tomto úseku samozřejmě neopomenou ani cíle krátkodobé a dlouhodobé, které jsou nezbytné pro plánování následné ošetřovatelské péče.

Nejprve vysvětlím pojem cíl.

Cíl (myšleno v oblasti zdravotnictví, v rámci OP), vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický, nebo sociální stav klienta a v jaké míře jej chceme dosáhnout.

Požadavky na stanovené cíle:

- cíl je konkrétní, měřitelný
- cíl je jasný a srozumitelný
- cíl je reálný
- cíl je individuální
- cíl obsahuje časový plán pro jeho dosažení a přehodnocení
- cíl je stanoven s ohledem na klienta (s aktivní či pasivní účastí klienta)

Formulace cílů musí akceptovat a vycházet z našich požadavků. Čeho chceme dosáhnout, a jak poznáme, že cíl byl splněn (že bylo dosaženo žádaného).

Obecné cíle v individuálním ošetrovatelském plánu vycházejí z cílů a rysů současného moderního ošetrovatelství. Obecné cíle se spíše vztahují k celkovému pocitu zdraví a pohody, např. rozvíjet pozitivní přístup ke zdravému způsobu života, maximalizovat soběstačnost dotyčného, vyřešit problémy, které klienta souží,...

Specifické cíle v individuálním ošetrovatelském plánu vycházejí z individuality klienta se vztahem k určitému ošetrovatelskému zákroku a ke klientově chorobě.

Krátkodobé cíle jsou stanoveny na bezprostřední následující období (hodiny, dny). Krátkodobé cíle a jejich splnění jsou krokem k dosažení cíle dlouhodobého. Požadavky na stanovení krátkodobého ošetrovatelského cíle vycházejí z obecných požadavků na tvorbu cílů. Větší váhu však přikládáme k údajům specifickým (tzn. přesné vyjádření úkonu, reakce, stavu, který je pokládán za dosažení cíle), dále k údajům měřitelným.

Dlouhodobé ošetrovatelské cíle jsou stanoveny k delšímu časovému období (např. konec hospitalizace, do domácího ošetrování. Opět neopomíjíme všeobecné zásady při formulaci cílů tohoto druhu. Při dlouhodobém cíli se nám může navodit situace, že podmínky pro splnění cíle jsou pozměněny, proto je třeba cíl upravit – určitým způsobem modifikovat.

3.4.4.3 Plánování sesterských intervencí

Jak již bylo řečeno, třetí fáze OP by se dala rozdělit na dvě základní části: stanovení cílů + očekávaných výsledků ošetrovatelské péče a sestavení sesterských intervencí.

Sestavení sesterských intervencí, neboli plánování ošetrovatelských činností samozřejmě vychází z údajů z předešlé činnosti v rámci OP a je-li to možné, opět ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou.

Pro efektivní naplánování ošetrovatelských činností, které směřují k dosažení cílů oš. péče jsou nezbytné:

- odborné znalosti zdr. sestry
- dostatek zkušeností z klinické praxe
- vhodná identifikace problémů klienta
- vnímání potenciálních rizik vyplívajících z lékařské diagnózy

Záznam, který je dle charakteru, zvyklostí daného oddělení zapisován do příslušné dokumentace, by měl být jasný a srozumitelný všem účastníkům ošetrovatelské péče. Vhodně vypisovaný plán ošetrovatelské péče je zajištěním kontinuity ošetrovatelské péče.

Záznam (stěžejní a podstatné informace z něj) bývá zpravidla předáván v rámci ústního podání při předávání služby nebo na poradách ošetrovatelských týmů.

Hlavní body z ošetrovatelského plánu, které by neměly být opomenuty při předávání služby se týkají:

- aktuálních problémů klienta
- seznámení z cílů oš. péče
- naplánovaná oš. péče
- poskytnutá oš. péče
- změny stavu klienta

V dnešní době vlivem moderních rysů ošetrovatelství dochází ke standardizaci ošetrovatelských plánů. Standardní plán ošetrovatelské péče je takový plán, který není zaměřen na konkrétního klienta, ale vychází ze specifické problematiky OP u vymezené skupiny klientů (např. dle lékařské dg., dle operačního výkonu, apod.). Standardní plán ošetrovatelské péče stanovuje u dané skupiny klientů nejtypičtější ošetrovatelské dg., ošetrovatelské cíle a nejvhodnější následné ošetrovatelské intervence.

V případě, že zařízení užívá tento „mechanismus“, docílí úspory času, který zdr. sestra může využít aktivně u lůžka klienta.

I přes fakt, že ošetrovatelské plány jsou standardizovány, je nutné, aby proběhla individualizace na příslušného klienta, u kterého péči a celý OP aplikujeme.

Plán je korigován z hlediska individuálních specifických problémů klienta, je prováděn záznam o realizaci plánu a rovněž je prováděno hodnocení poskytnuté péče s případnými modifikacemi.

3.4.5 4. fáze ošetrovatelského procesu

Realizace ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází OP. V průběhu této fáze dochází k naplňování rolí každého z účastníků v ošetrovatelském plánu. Činnosti směřují k zajištění prospěchu a pohody klienta, k dosažení předem naplánovaných cílů ošetrovatelské péče. Realizace péče je závislá na kvalitě ošetrovatelského plánu. Jedná se o vysoce profesionální a samostatné činnosti zdr. sester s ohledem a užitím charakteristik moderního ošetrovatelství a specifík ošetrovatelství v příslušném lékařském oboru, aplikované u konkrétního klienta.

S cílem naplnění veškerých předem stanovených činností a cílů využíváme spolupráce a schopností klienta, tedy pracujeme společně s klientem a ve prospěch klienta.

Jedná se o fázi OP, která bývá zdr. sestram nejvíce přirozenější, nejbližší, nejznámější. Zasloužila se o ně, svou konkrétní péčí o jejich klienta...

Fáze realizace ošetrovatelského plánu se může modifikovat do tří podob:

- ošetrovatelská péče je poskytována pod vedením skupinové nebo primární sestry, poskytuje klientovi individuální péči podle předem stanoveného plánu a je dokumentována
- plán ošetrovatelské péče může být správně přehodnocen a modifikován dle momentálního stavu klienta. Dokumentujeme péči která byla naplánovaná, ale z různých důvodů nebyla realizována
- rovněž je možné poskytnout neplánovanou ošetrovatelskou péči, z důvodu dynamické změny stavu klienta. O provedené neplánované ošetrovatelské péči musíme samozřejmě provést záznam a informovat primární (či skupinovou) sestru, pokud jejímu provedení nebyla sama přítomna.

3.4.5.1 Výhody realizace intervencí dle ošetrovatelského plánu

Výhoda realizace ošetrovatelské péče dle ošetrovatelského plánu je bezesporu její adrešnost, funkčnost a opodstatněná realizace. Domnívám se, že adrešná individuální ošetrovatelská péče, která je prováděna v závislosti na oš. plánu, podporuje specifické znalosti a dovednosti zdr. sester. Realizací na podkladě plánování se rozrůstá samostatná tvůrčí činnost zdr. sester. Oproti dobám minulým, kdy neexistovala individuální tvůrčí intervence, bez zásahu lékařské profese.

OP svým vstupem do ošetrovatelské péče změnil nejen úlohu zdr. sester, ale i samotného klienta, jako příjemce oš. péče.

Klient a jeho rodina se dnes stávají rovnocennými partnery v oš. péči. Nejsou jen pouhými pasivními přihlížejícími a příjemci.

I prostřednictvím edukační činnosti zdr. sestry cíleně rozvíjí klientovu sebeděči a zájem rodinných příslušníků. Při samotné realizaci musíme vycházet z objektivním poznatků o možné spolupráci klienta. Zhodnocením schopností a možností klienta (a jeho rodiny), do OP, naskýtáme možnost aktivního zapojení příjemce do celého procesu.

Nezapomeňme, že informace, poznatky, realizaci činností, které můžeme poskytnout a předat rodině, mohou být prospěšné jako příprava na kontinuální péči pro případ, že péče bude nutná i po propuštění klienta z nemocnice.

3.4.6 5. fáze ošetrovatelského procesu

Hodnocení dle SZO (Světová Zdravotnická Organizace): „Hodnocení je založeno na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovatelských zákroků, stanovených v ošetrovatelských plánech.“

Hodnocení účinnosti poskytované péče je poslední fází OP. Jednoduše řečeno, hodnotíme efekt péče, poskytnuté na základě stanoveného individuálního ošetrovatelského plánu.

Hodnocením, docílujeme analýzy, která nám prokáže účinnost či neúčinnost ošetrovatelské péče. Tato fáze napomáhá v procesu rozhodování a zavádění změn. Myslím tím, že systematické hodnocení poskytuje zpětnou pozitivní vazbu o tom, co děláme – to je zvláště cenné, zavádějí-li se nové způsoby ošetrovatelské péče. Fáze hodnocení je finální fází OP, kdy dochází k uzavření cyklu ošetrovatelského procesu.

Hodnocení efektu péče provádí zdr. sestra i klient.

Hodnocení účinnosti poskytnuté péče znamená:

- zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů
- změření úspěchu poskytnuté oš. péče
- získání dalších doplňujících informací o klientovi a naplánování další péče, pokud cíle zatím úplně dosaženo nebylo
- analýzu jednotlivých fází OP a jejich nezbytnou korekci

3.4.6.1 Hodnocení z pohledu zdr. sestry

Hlavní efekt poskytnuté péče by měla hodnotit zdr. sestra, která celý proces u klienta naplánovala (primární sestra). Objektivním hodnocením a hodnotami analyzuje pozitivní, negativní či žádný efekt poskytnuté péče.

Při hodnocení zdr. sestra neopomíjí, do jaké míry se na poskytovanou péči podílel sám klient, či jeho rodina a ostatní zdr. personál. Je samozřejmé, že na hodnocení se může podílet jak sám klient, tak i ostatní účastníci celého procesu.

3.4.6.2 Hodnocení z pohledu klienta

Účast klienta, jako příjemce oš. péče je nezbytná. Svým subjektivním vyjádřením, nám poskytne nezbytné informace o celém průběhu OP, či nám nastíní další možnou cestu řešení, pokud úspěchu nebylo dosaženo.

Tato zpětná vazba je nejcennějším subjektivním hodnocením.

3.4.6.3 Korekce ošetřovatelského plánu

Korekce ošetřovatelského plánu nastává v době, kdy nebylo dosaženo očekávaných výsledků. Pokud tato situace nastane, je vhodné problematiku klienta a vypracovaného ošetřovatelského plánu analyzovat s ostatními členy oš. týmu.

3.4.6.4 Obsah hodnocení

Obsah celkového hodnocení by se měl zejména zaměřit na následující body:

- porovnávání získaných informací s minulým hodnocením
- vývoj stavu klienta
- získané údaje, zdr. sestra podrobuje srovnání s normálními hodnotami, pro objektivní posouzení stavu klienta
- zdr. sestra průběžně hodnotí veškeré signály, které by mohly napovědět ke změně – modifikaci oš. plánu

3.4.6.5 Typy hodnocení

Pro typ hodnocení je určující doba – čas, kdy je vlastní hodnocení aplikováno. Podle tohoto měřítko rozeznáváme hlavní 3 typy hodnocení:

- hodnocení termínované
- hodnocení průběžné
- hodnocení souhrnné (závěrečné)

3.4.6.5.1 Termínované hodnocení

Termínované hodnocení je takové hodnocení, které by mělo ukázat, jakého pokroku bylo u klienta dosaženo, čeho ještě dosaženo nebylo a kde se skutečný – nynější výsledek odchýlil od očekávaného

Toto hodnocení se zejména a převážně týká základního (vstupního) ošetrovatelského plánu. Analyzujeme tedy konkrétné krátkodobé cíle, které jsou v této fázi OP stanoveny.

Při hodnocení lze využívat objektivních měřících technik a testů, a samozřejmě reakce a názory klienta, jako příjemce oš. péče.

„Při termínovaném hodnocení se sestra zaměřuje především na tyto otázky:

- do jaké míry se pacient přiblížil vytčeným cílům
- zda bylo dosaženo očekávaných výsledků
- zda se objevila potřeba další péče
- co bylo opomenuto v prvním cyklu ošetrovatelského procesu
- co se přihodilo neočekávaného

Při hodnocení si sestra pokládá otázku, zda byly při ošetrovatelské péči skutečně řešeny identifikované pacientovi problémy.

Pokud ano, zaměří pozornost na další priority.“

(16.str. 58)

Pokud termínovaným zhodnocením dospějeme k závěru, že k žádnému pozitivnímu výsledku zatím nedošlo (nedocílili jsme krátkodobého cíle), hledáme příčinu.

Příčina tohoto neúspěchu může být v:

- chybně stanovené oš. diagnóze
- chybně stanovený krátkodobý cíl
- chybně naplánovaná sesterská intervence

Na konci hodnocení, na základě výsledků, dochází k úpravě ošetrovatelského plánu. Pokud bylo vytčeného cíle dosaženo, dalších intervencí již není třeba, zaznamenáme do příslušné části ošetrovatelského plánu. Dosažení vytčeného cíle může však znamenat další cestu pro plánování – pro stanovení dalšího krátkodobého cíle v rámci dlouhodobého plánu.

3.4.6.5.2 Průběžné hodnocení

Průběžné hodnocení tvoří integrální součást celého OP, zdr. sestra zde uplatňuje svoji profesionalitu a strategie kritického myšlení. Časovým úsek pro průběžné hodnocení je celý proces OP. Zdr. sestra hodnotí neustále, počínaje hodnocením klienta a jeho potřeb a konče ukončením hospitalizace klienta.

Kvalita oš. péče závisí nejen na tom, jak byly všechny fáze OP naplánovány, ale také na tom, jakým způsobem zdr. sestra vedla průběžné hodnocení klienta, pro případnou korekci ošetřovatelského plánu.

3.4.6.5.3 Závěrečné hodnocení

Závěrečné hodnocení zajišťuje kontinuitu ošetřovatelské péče. Souhrnné závěrečné hodnocení je zpracováváno v době, kdy dochází k překladi klienta na jiné oddělení či do jiného zdr. zařízení, či pokud je klient propuštěn do domácího ošetřování.

Zahrnuje celistvý pohled zdr. sestry, oš. týmu a klienta na péči, která mu byla poskytnuta a hodnocení jednotlivých konkrétních cílů. Součástí hodnocení je dle zvyklostí a zavedené dokumentace, ošetřovatelský souhrn a přehled dlouhodobých cílů.

4 METODIKA

Pro získání informací o dané problematice, jsem zvolila metodu dotazníku. Dotazník, je měrným prostředkem a zároveň skupinou připravených a správně formulovaných otázek, které jsou určitým způsobem seřazeny. Dotazovaného označujeme za respondenta.

Nevýhody dotazníku jsou ty, že nezjistíme jací respondenti jsou, ale jak sami sebe vidí, naopak mezi výhody této formy patří vlastnost rychlého a ekonomického shromažďování dat, od velkého počtu dotazovaných.

K provedení výzkumu ve zmiňované problematice bylo rozdáno celkem 270 dotazníků na různých klinických pracovištích. Ve statistickém souboru je zahrnuta Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní nemocnice v jihomoravském kraji (nemocnici blíže nespecifikuji, z důvodu neudělení souhlasu o uveřejnění místa výzkumu – jména nemocnice) a v Nemocnici Kladno.

Jednotlivá oddělení na kterých probíhalo dotazníkové šetření, nebyla zvláštním způsobem vybírána či cenzurována. Stěžejní předpoklad pro distribuci dotazníku bylo lůžkové oddělení a užívání ošetrovatelského procesu v rámci ošetrovatelských činností. Tyto rysy měla jednotlivá oddělení naprosto totožné.

Respondenty byly všeobecné zdravotní sestry – střední zdravotnický personál.

Samotné distribuci finální podoby dotazníku, předcházela distribuce pilotního dotazníku. Pilotní studie byla provedena u absolventek VOŠZ Kladno (absolventky v r. 2004). Pilotní dotazník byl formulován ke zjištění realizačních problémů z oblasti přípravy oš. procesu i následné realizace, ke zjištění úrovně jednotného systému vypracovávání a vzdělávání v oblasti oš. procesu jako celku, aj..

Následně vypracovaný dotazník (definitivní verze), vyplýval ze zjištěných faktů z pilotního dotazníku, s vyvarováním použití mnoha otevřených otázek se snahou sestavit dotazník odpovídající reálné problematice.

Dotazník je sestaven z 19 otázek, první 4 otázky a ot. č. 8, jsou zaměřeny na identifikaci respondenta, jedná se tedy o kontaktní položky. Otázky č. 5 – 7 vč. , se týkají zjištění úrovně vědomostí respondentů, v oblasti ošetrovatelského procesu (OP).

Další skupinu otázek tvoří otázky zabývající se problematikou OP v praxi – funkční nedostatky (ot. č. 9, 10, 12, 13, 16, 17), následné položky dotazují respondenty

z oblasti jejich zájmu o prohlubování vědomostí v daném problematice a možnostech oddělení v oblasti vzdělávání (ot. č. 11, 14, 15, 18).

Otázka č. 19., se zabývala názorem respondentů na vztah lékařských profesí na OP v praxi. Položku jsem více nerozváděla dalšími potvrzujícími či vyvracujícími otázkami.

Otázka byla položena z důvodu vlastních negativních zkušeností a jako námět pro další výzkumné šetření v této problematice.

Dotazník obsahuje i položku kontrolní a nestrukturovanou, která je na konci dotazníku, jako volný prostor k vyjádření vlastních myšlenek respondenta.

Svou odpověď respondenti označovali , vždy bylo možno zaškrtnout pouze jednu odpověď (položky strukturované), pokud tedy u otázky nebylo uvedeno jiné sdělení.

Po vyplnění dotazníku měli respondenti možnost vložit dotazník do připravené obálky a zalepit. Chtěla jsem předejít možnému zkreslení výsledků z důvodů obav uvést vlastní názor před vedením daného oddělení, či nemocnice.

Pro mé bližší pochopení problematiky, byla vypracována ještě jedna forma dotazníku, která byla určena Staničním sestřám. Ve struktuře tohoto dotazníku převládaly položky týkající se funkčnosti ošetrovatelského procesu na daném oddělení a aspektech, které onu funkčnost ovlivňují z pozice vedoucího pracovníka. Dotazník se skládal celkem ze 7 otázek.

Distribuce probíhala současně s dotazníkem, který byl určen všeobecným zdravotním sestřám a který byl pro diplomovou práci stěžejní.

Dotazník určený Staničním sestřám daného oddělení, byl použit pouze pro pochopení zmiňované problematiky z pozice vedoucího pracovníka. Z tohoto důvodu, a také z nízkého předpokládaného statistického vzorku, jsem si nedovolila předkládat pracovní hypotézy tohoto dotazníkového šetření. Zjištěné výsledky se budu snažit alespoň citovat v analytické části diplomové práce a podrobovat otázkám, které by mohly předkládanou problematiku více přiblížit.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Dotazníky, sloužící k objasnění cílové problematiky byly distribuovány na následujících klinických pracovištích:

FN v Motole: distribuce – 120 ks dotazníků, navraceno – 97 ks (81%),
eliminováno – 2 ks, celkem k analýze – 95 ks.

FN (oblast jihomoravský kraj) – FN neudělila souhlas se zmiňováním jména zdravotnického zařízení): distribuce – 100 ks dotazníků, navraceno – 62 ks (62%),
eliminováno – 3 ks, celkem k analýze – 59 ks.

Nemocnice Kladno: distribuce – 50 ks dotazníků, navraceno – 38 ks (76%),
eliminováno – 1 ks, celkem k analýze – 37 ks.

Některé z dotazníků musely být pro neúplnost vyplněných dat (např. přehlédnutí celé stránky dotazníku) ze statického souboru vyloučeny, aby nedošlo ke zkreslení výsledných informací.

Počet dotazníků vhodných k analýze v programu Microsoft Excel je 191 ks.

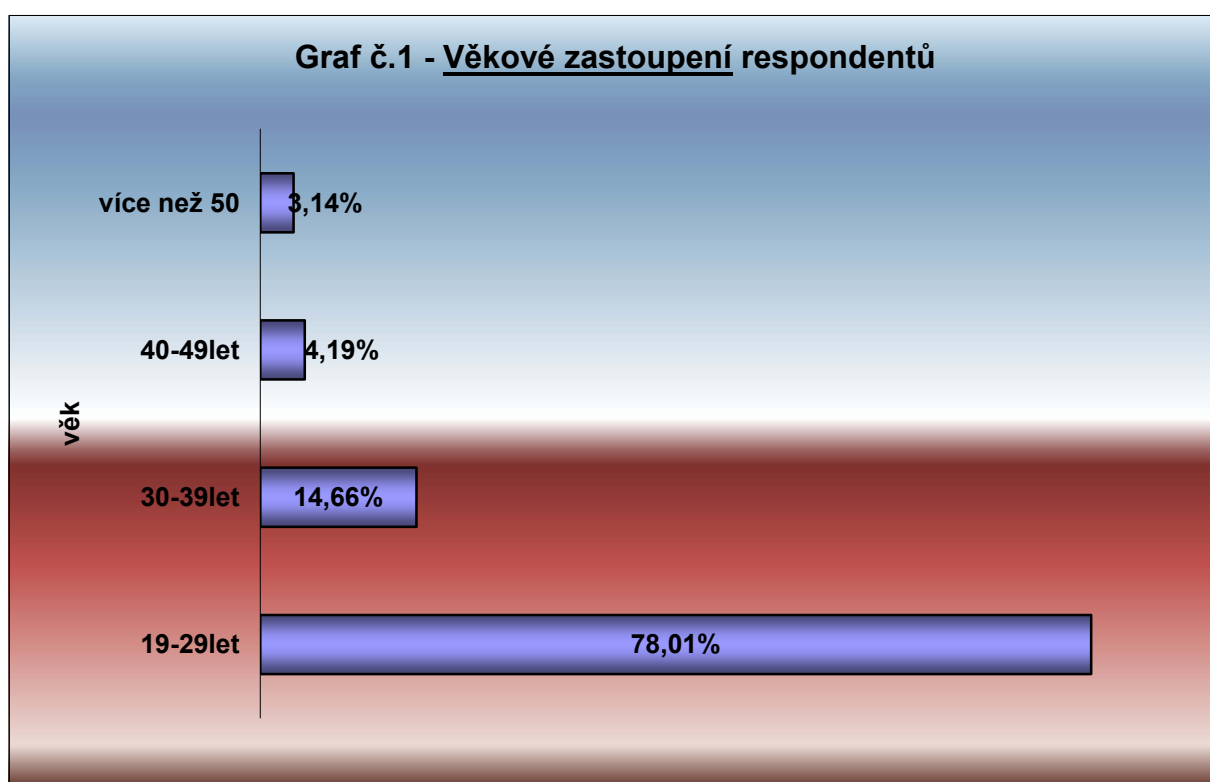
Analýza jednotlivých položek dotazníku:

Otázka č. 1: „ Kolik je Vám let?“

věk /četnost	Absol. čet.	Relat.čet.[%]
19-29let	149	78,01
30-39let	28	14,66
40-49let	8	4,19
více než 50	6	3,14
Celkem	191	100

Tab. 1. : Zastoupení respondentů podle věku

Jako nejpočetnější skupinu ve statistickém souboru dle věku, můžeme označit střední zdravotnický personál ve věku 19-29 let. Zastoupení respondentů ve věku 19-29 let je více než 78%.

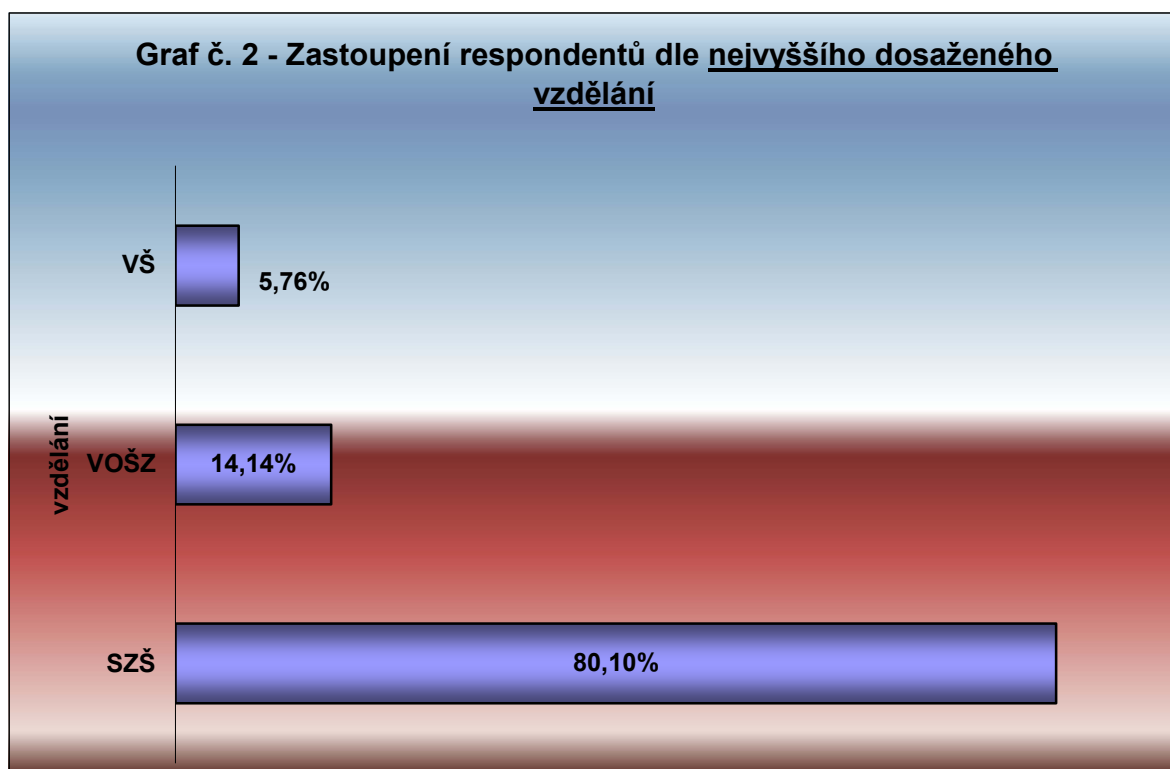


Otázka č. 2: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

vzdělání/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
SZŠ	153	80,10
VOŠZ	27	14,14
VŠ	11	5,76
Celkem	191	100

Tab. 2. : Zastoupení respondentů podle vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání označila nejpočetnější skupina respondentů jako středoškolské. Středoškolské vzdělání tvořilo ze statistického souboru více než 80%, následovalo vzdělání na Vyšších odborné škole zdravotnické (14,14%), vysokoškolské vzdělání označilo jako nejvyšší dosažené 5,76% respondentů z celkového statistického souboru.

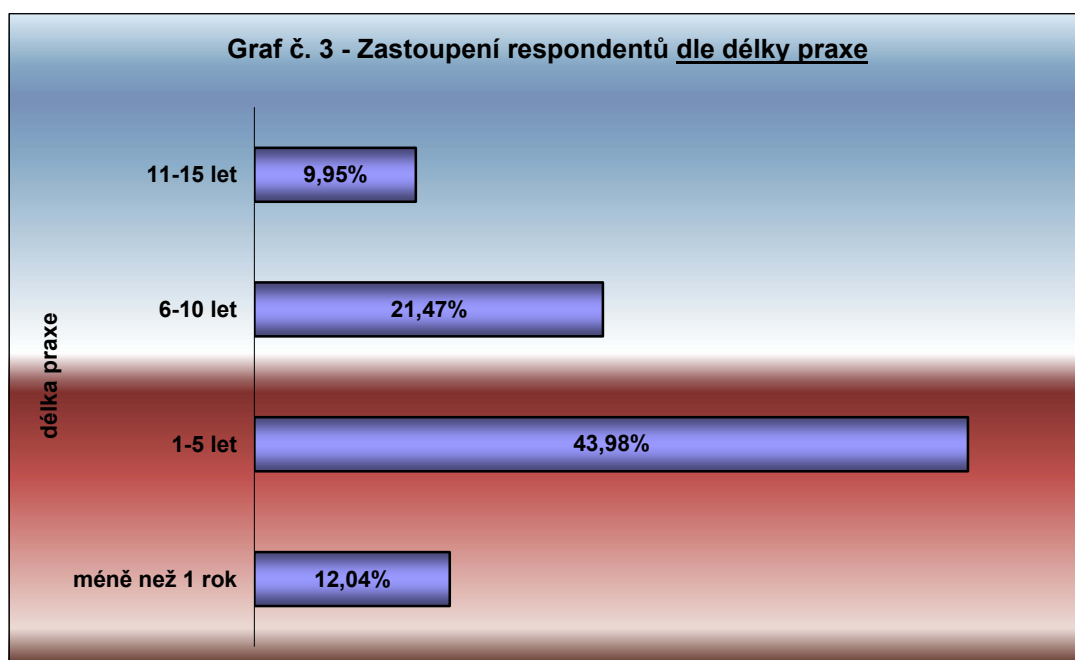


Otázka č. 3: „Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?“

Let praxe/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
méně než 1 rok	23	12,04
1-5 let	84	43,98
6-10 let	41	21,47
11-15 let	19	9,95
více než 16 let	24	12,57
Celkem	191	100

Tab. 3. : Zastoupení respondentů dle délky praxe

Na otázku: „Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?“, v nejhojnější míře respondenti uváděli délku 1-5 let praxe. Ve statistickém souboru jsou však zahrnuti i respondenti s praxí ve zdravotnictví delší než 16 let a to ve více než 12% z celku.

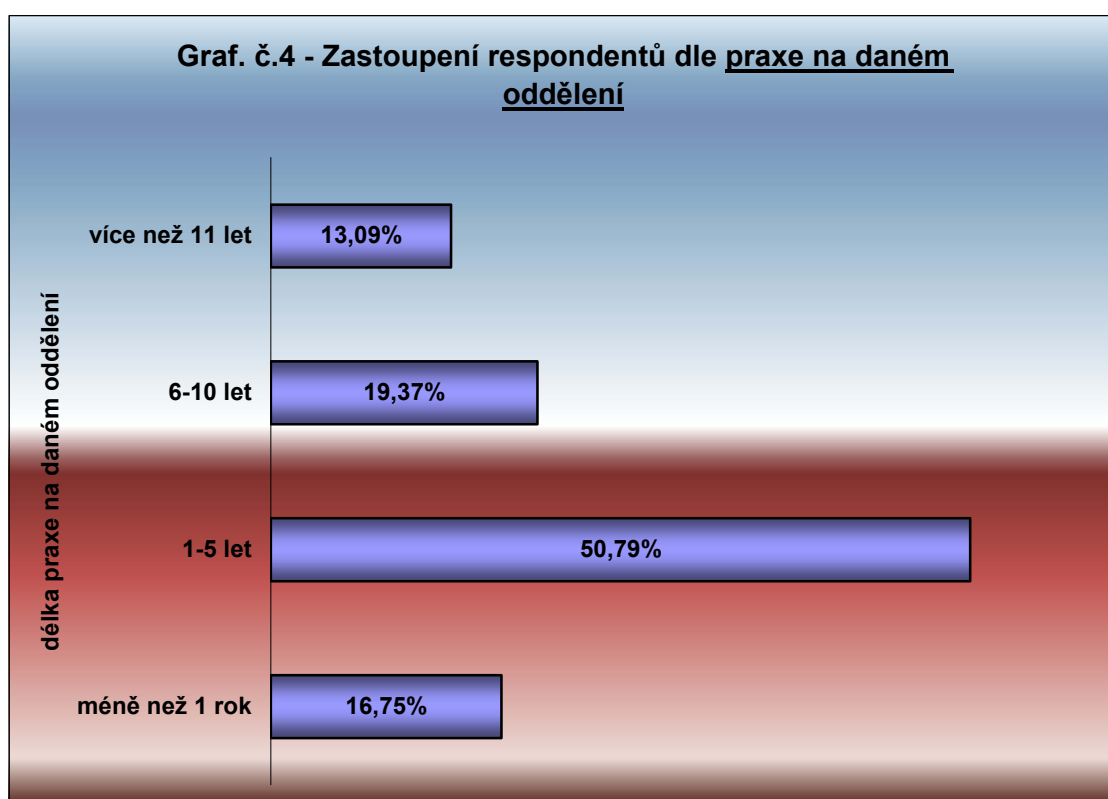


Otázka č. 4: „Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?“

praxe na odd./četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
méně než 1 rok	32	16,75
1-5 let	97	50,79
6-10 let	37	19,37
více než 11 let	25	13,09
Celkem	191	100

Tab. 4. : Zastoupení respondentů dle praxe na příslušném oddělení

Délka praxe zdravotních sester (respondentů) na daném oddělení, kde probíhal sběr dat se v největší míře pohybovala v časovém rozmezí 1-5 let a to v 50,79%. Následovalo časové rozmezí 6-10 let (19,37%), jako následující bylo rozmezí nižší než 1 rok praxe (16,75%), nejméně zastoupeným rozmezím je položka označující délku zdr. praxe na daném oddělení vyšší než 11 let (13,09%).



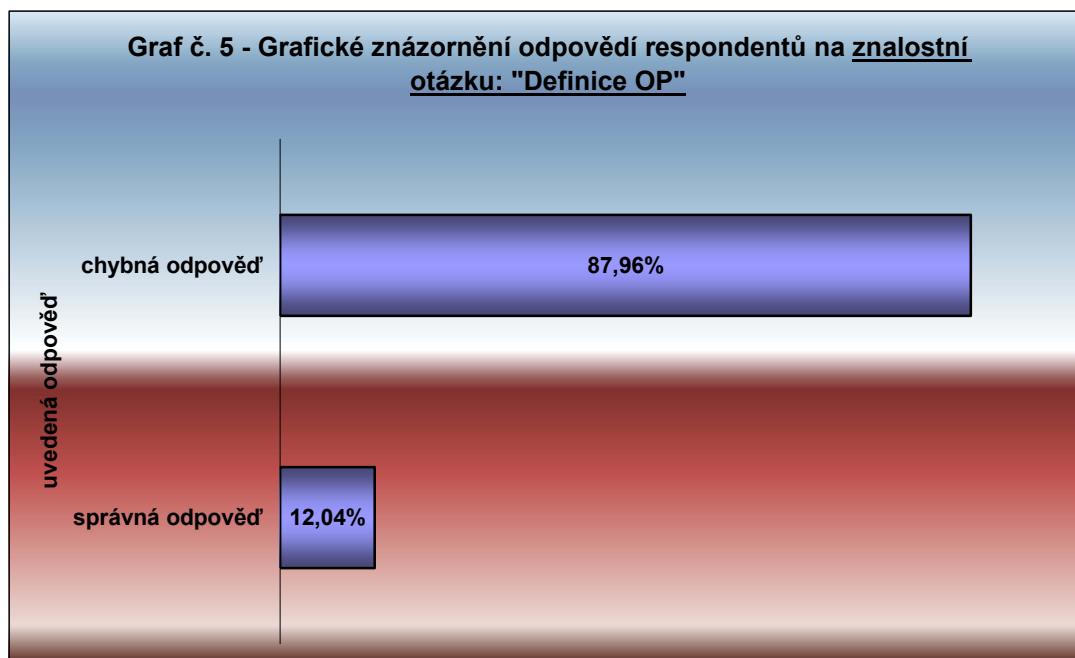
Otázka č. 5: „Vyberte definici ošetrovatelského procesu“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
správná odpověď	23	12,04
chybná odpověď	168	87,96
Celkem	191	100

Tab. 5. : Definice ošetrovatelského procesu

Označit správnou definici ošetrovatelského procesu se projevilo jako nesnadná otázka. Správná odpověď byla zastoupena pouhými 12,04% ze statistického celku. Neúplná odpověď byla vyhodnocena za odpověď chybnou. Chybná odpověď tedy byla zastoupena více než 87% z celého statistického souboru.

Ve své pracovní hypotéze jsem tento výsledek předpokládala, proto mohu označit pracovní hypotézu týkající se nedostatečných vědomostí o ošetrovatelském procesu ze stran respondentů za správně stanovenou a statistickým prověřením za prověřenou, (jako jednu ze souboru otázek, týkajících se prověření vědomostí o ošetrovatelském procesu).

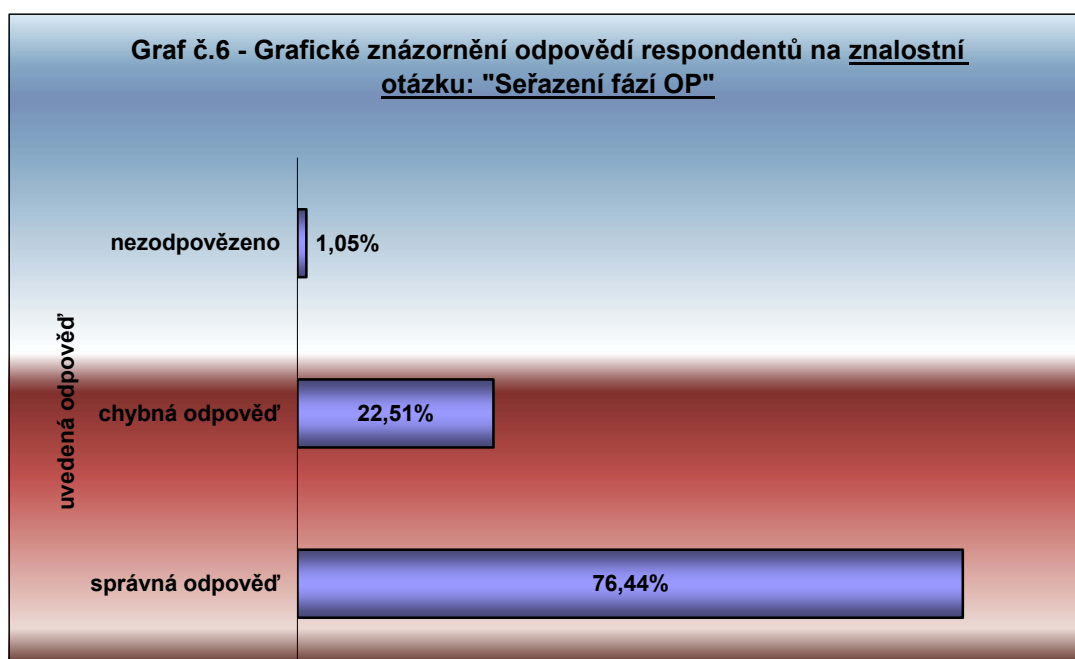


Otázka č. 6: „ Správně seřad'te 5 fází ošetrovatelského procesu“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
správná odpověď	146	76,44
chybná odpověď	43	22,51
nezodpovězeno	2	1,05
Celkem	191	100

Tab. 6. : Seřazení fází ošetrovatelského procesu

Další z otázek prověřující vědomosti o ošetrovatelském procesu, konkrétně vědomosti o fázích ošetrovatelského procesu se jevila jako otázka méně náročná. Správné seřazení jednotlivých fází ošetrovatelského procesu označilo více než $\frac{3}{4}$ respondentů (procentuálně vyčísleno: 76,44% respondentů), chybná odpověď byla zastoupena ovšem v nezanedbatelném měřítku a to: 22,51%. Otázka nebyla zodpovězena 1,05% respondentů, z nejasného důvodu či příčiny.



Otázka č. 7: „ Vyjmenujte alespoň 5 metod počátečního zhodnocení klienta (kdo je můj nemocný?)“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
5 odpovědí	25	13,09
4 odpovědi	9	4,71
3 odpovědi	51	26,70
2 odpovědi	13	6,81
1 odpověď	12	6,28
nezodpovězeno	81	42,41
Celkem	191	100

Tab. 7. : Metody zhodnocení klienta

Otázka č. 7 ve celkové znění (viz výše), se zřejmě stalo obtížně pochopitelnou či méně srozumitelnou pro větší míru respondentů (konkrétně více než 42%). Domnívám se tedy, že otázka nebyla vhodně srozumitelně stanovena pro potřeby dotazníkového šetření v tomto měřítku. Z důvodu, že v pilotní studii dotazníků se tato skutečnost neprojevila.

Ovšem neopomím ani fakt, že plný požadovaný počet správných odpovědí, byl ve statistickém souboru pokryt více než 13%. Druhé nejčetnější zastoupení bylo v kategorii 3 správných odpovědí. 4 správné odpovědi byly zastoupeny 4,71% respondentů, a 2 správné odpovědi byly označeny 6,81% respondentů ze statistického celku.

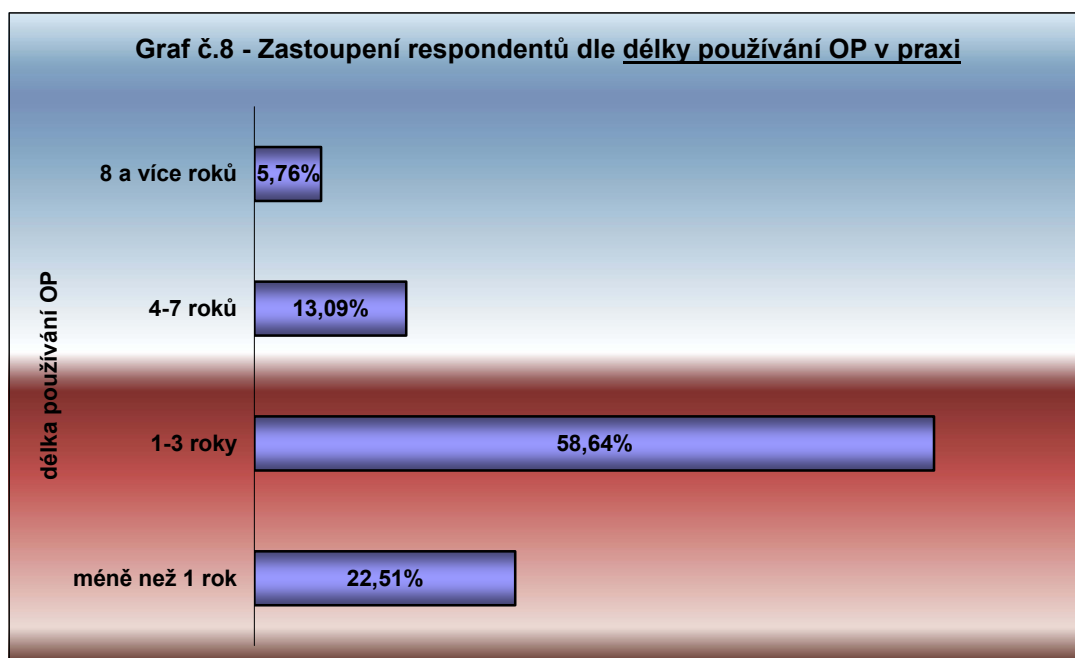


**Otázka č. 8: „Jak dlouho pracujete (Vy osobně) s metodou OP v praxi?
(mimo praxe přípravného studia na budoucí povolání)“**

délka/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
méně než 1 rok	43	22,51
1-3 roky	112	58,64
4-7 roků	25	13,09
8 a více roků	11	5,76
Celkem	191	100

Tab. 8. : Délka praxe používání OP v praxi

Délka praktického užívání postupů ošetrovatelského procesu v praxi, s výjimkou praxe v rámci přípravného studia na budoucí povolání se ve vyšší nadpoloviční míře ukázala jako časový úsek 1-3 roky. Tento výsledek koreluje s předchozími otázkami (konkrétně s ot. č. 1, 2, 3, 4). Druhým čítným zastoupením je časový úsek kratší než 1 rok (22,51%), následuje položka 4-7 roků – zastoupena v 13,09%, 8 a více roků praktického užívání ošetrovatelského procesu je označeno 5,76% z celku.



Otázka č. 9: „Domníváte se, že ošetrovatelský proces je přínosem-zkvalitněním ošetrovatelské péče?“

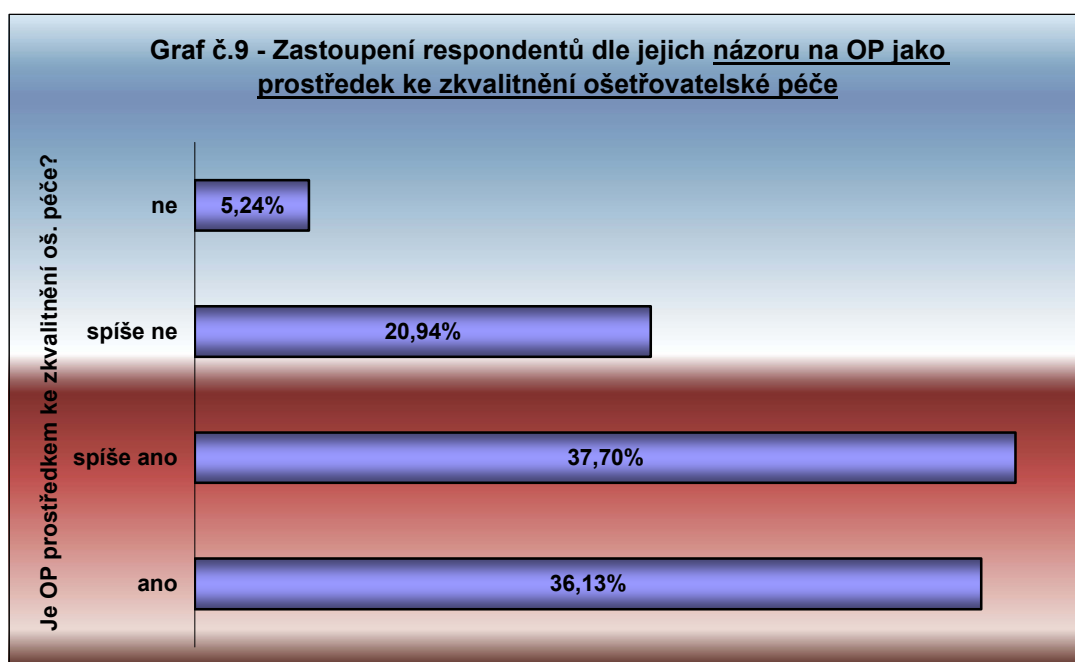
odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	69	36,13
spíše ano	72	37,70
spíše ne	40	20,94
ne	10	5,24
Celkem	191	100

Tab. 9. : Přínos OP pro ošetrovatelskou praxi – názor

Otázka č. 9 se zabývala názorem na ošetrovatelský proces jako prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Převládající názor v 37,70% byl, že ošetrovatelský proces je prostředkem ke zkvalitnění ošetrovatelské péče z pohledu možných odpovědí: spíše ano. Zcela určitě je prostředkem ke zkvalitnění oš. péče, tedy odpověď: ano, uvedlo 36,13% respondentů. Odpověď: spíše ne, uvedlo 20,94%, razantní odpověď: ne, označilo 5,24% respondentů ze statistického souboru.

Předpokládala jsem, dle pracovní hypotézy, že většina dotázaných, bude vnímat ošetrovatelský proces jako prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

V tomto případě se tedy má pracovní hypotéza zcela nepotvrdila.



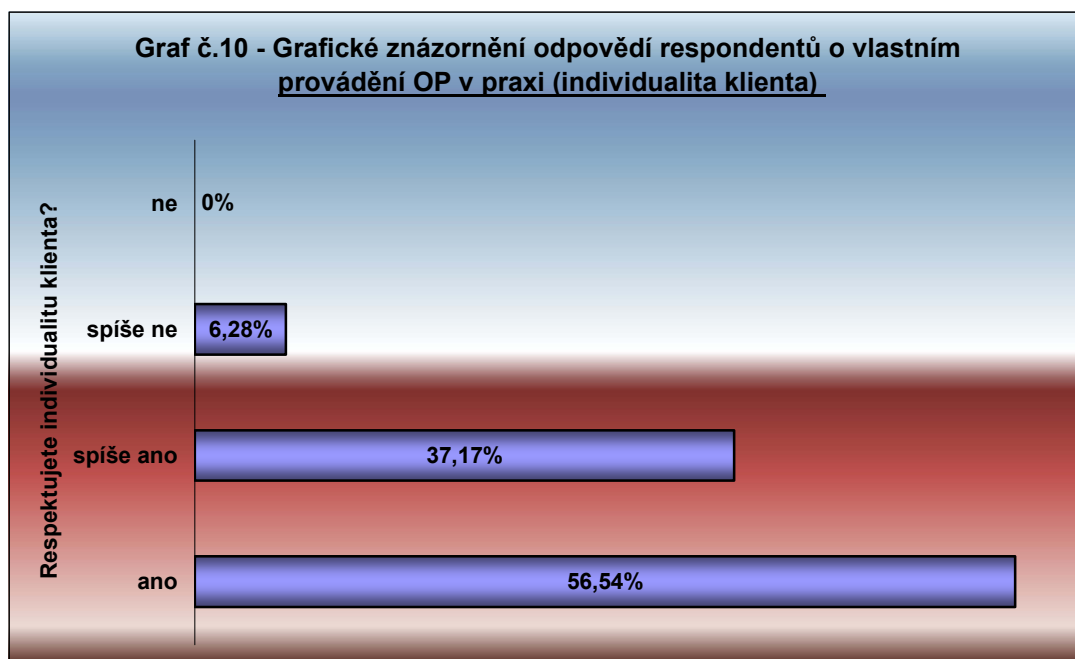
Otázka č. 10: „Provádíte OP individuálně? (Je každý klient pro Vás individualitou při promýšlení a následné aplikaci OP)?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	108	56,54
spíše ano	71	37,17
spíše ne	12	6,28
ne	0	0,00
Celkem	191	100

Tab. 10. : Individualita klienta při OP

Klienta jako individualitu při aplikaci celého ošetrovatelského procesu chápe 56,54% respondentů. Individualita klienta byla ze stran respondentů chápána i jako ne zcela individuální a ne zcela globální celými 37,17% (odpověď: spíše ano). Odpověď spíše ne, uvedlo 6,28% respondentů. Zcela zamítavá odpověď v oblasti chápání individuality klienta ve statistickém souboru nebyla zastoupena.

Pracovní hypotéza na tuto otázku se potvrdila, předpokládala jsem, že individualita klienta bude při promýšlení a následné aplikaci OP respektována.

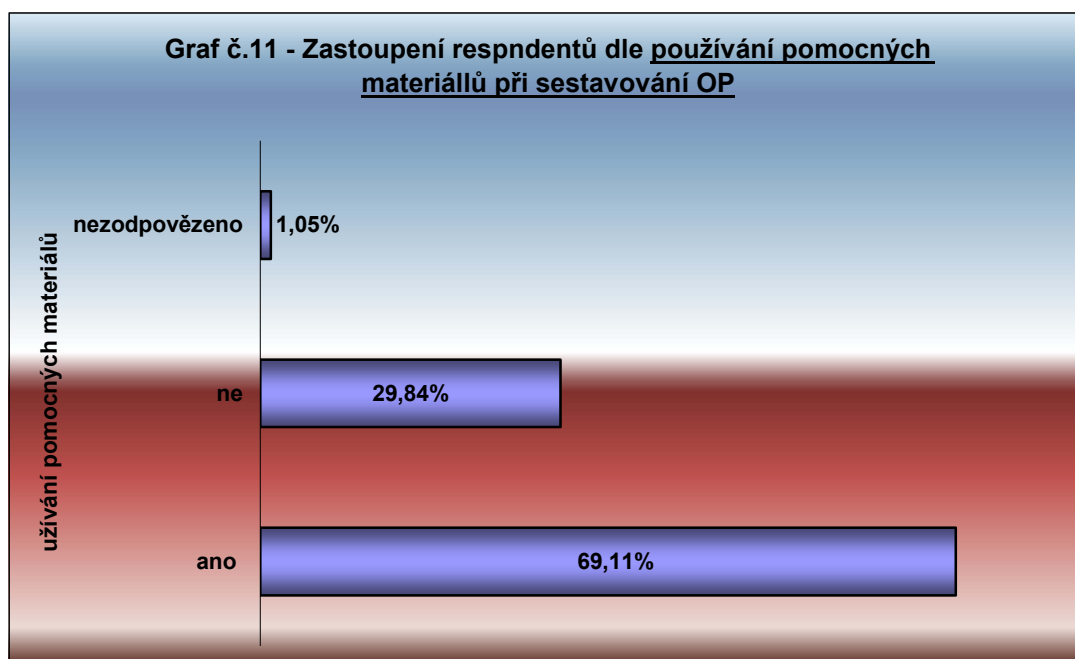


Otázka č. 11: „Pracujete při sestavování OP s pomocnými materiály (manuály, standardy, knihy,...)?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	132	69,11
ne	57	29,84
nezodpovězeno	2	1,05
Celkem	191	100

Tab. 11. : Pomocné materiály

S pomocnými materiály pracuje při sestavování ošetřovatelského procesu 69,11% respondentů. Zamítavou odpověď uvedlo 29,84% dotazovaných. Na otázku neodpovědělo 1,05% respondentů, v absolutní četnosti vyjádřeno: 2 respondenti.



Otázka č. 12: „ Máte dostatek materiálního a časového zázemí pro písemné zpracování OP?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	43	22,51
ne	148	77,49
Celkem	191	100

Tab. 12. : Zázemí pro písemné zpracování OP

Otázkou číslo 12 a 13 jsem chtěla zjistit okolnosti, které podmiňují názor na ošetřovatelský proces v praxi. Z pilotní studie bylo zřejmé, že faktory, které ovlivňují ošetřovatelský proces, spadají do kategorie materiálního a časového zázemí.

Otázka č. 12 brala v úvahu svým charakterem spíše písemné zpracování OP v závislosti na již zmiňovaném materiálním a časovém zázemí. Nedostatek časového a materiálního zázemí uvedlo 77,49% respondentů, s nedostatkem se nepotýká pouhých 22,51% respondentů ze statického souboru oslovených.

Ve své pracovní hypotéze jsem vycházela z osobního poznatku, že nedostatek předkládaného zázemí bude zmiňován a bude negativně ovlivňovat ošetřovatelský proces, což se potvrdilo.



Otázka č. 13: „ Máte dostatek materiálního a časového zázemí pro realizaci OP?“

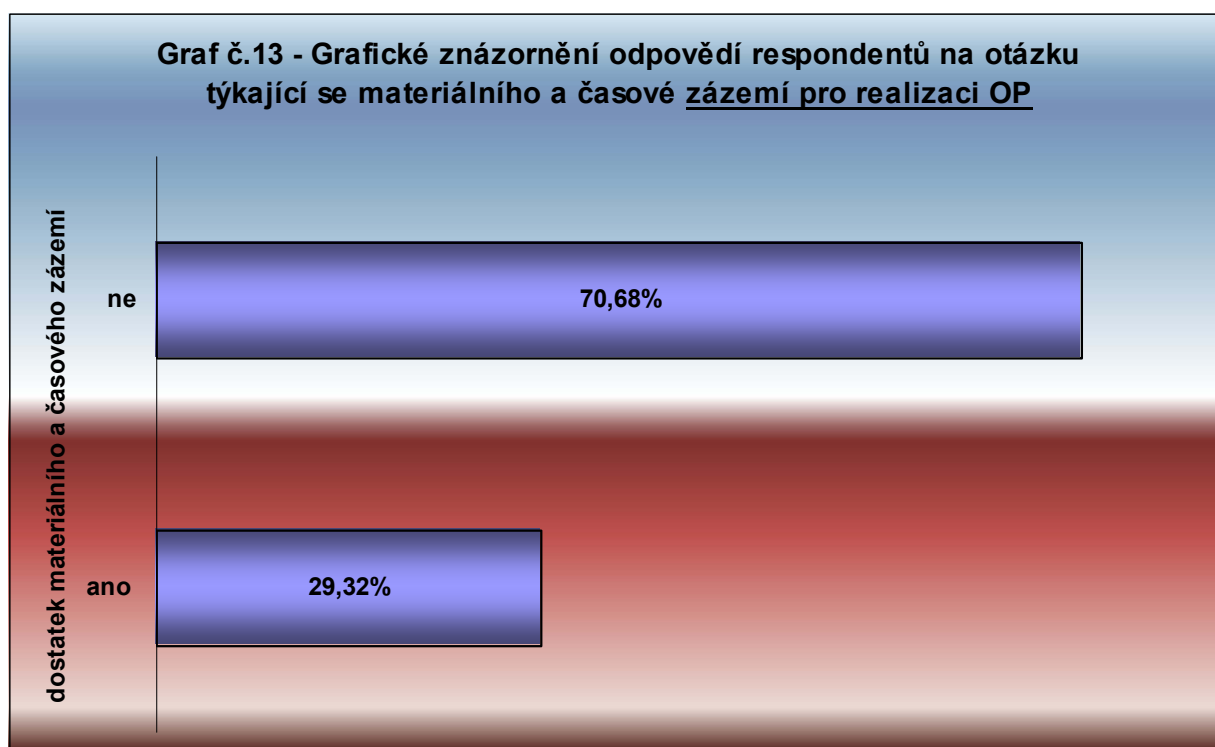
odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	56	29,32
ne	135	70,68
Celkem	191	100

Tab. 13. : Zázemí pro realizaci OP

Otázka č. 13 brala v úvahu svým charakterem položení otázky realizaci OP v závislosti na materiálním a časovém zázemí.

Dobré časové i materiální podmínky pro realizaci OP pocítuje 29,32% dotázaných. Převažující počet, byl počet respondentů, kteří pocítují spíše nedostatek zázemí pro realizaci OP.

Pracovní hypotéza se tedy i v této položce dotazníku potvrdila, předpokládala jsem, že jedním z negativních aspektů pro realizaci OP bude materiální a časová tíseň dotazovaných.



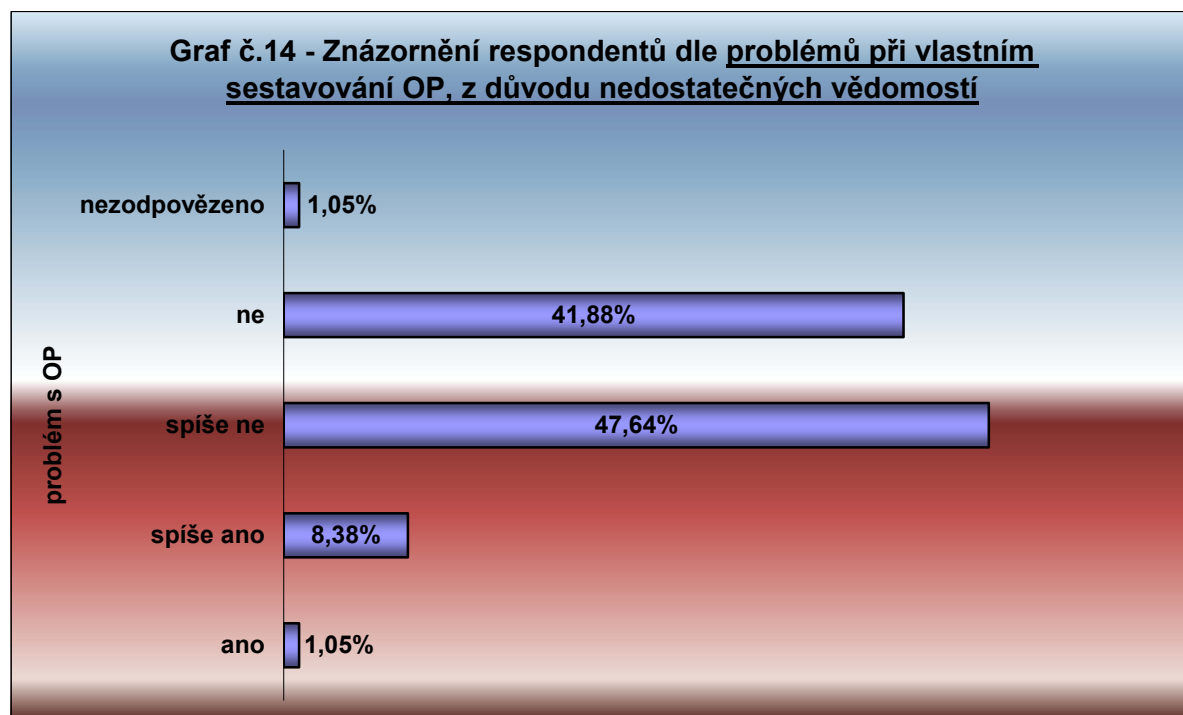
Otázka č. 14: „ Domníváte se, že Vy osobně, máte problém se sestavováním OP z důvodu nedostatečných vědomostí?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	2	1,05
spíše ano	16	8,38
spíše ne	91	47,64
ne	80	41,88
nezodpovězeno	2	1,05
Celkem	191	100

Tab. 14. : Problém se sestavováním OP

Položka v dotazníku s pořadovým číslem 14, se zabývala vlastním názorem respondentů na jejich potenciální problémy se sestavováním OP z důvodu vlastní nevědomosti.

Ve statistickém souboru převládal názor, že problém při sestavování OP spíše jednotlivý respondent nemá (47,64%). Odpověď ne (znamenající v kontextu otázky, že problém se sestavováním OP oslovený respondent nemá), uvedlo 41,88% dotázaných. Nezanedbatelné se však stávají i odpovědi ano (mám problém) s četností 1,05%, a odpověď spíše ano, s četností 8,38%. Na otázku neodpovědělo 1,05% respondentů.



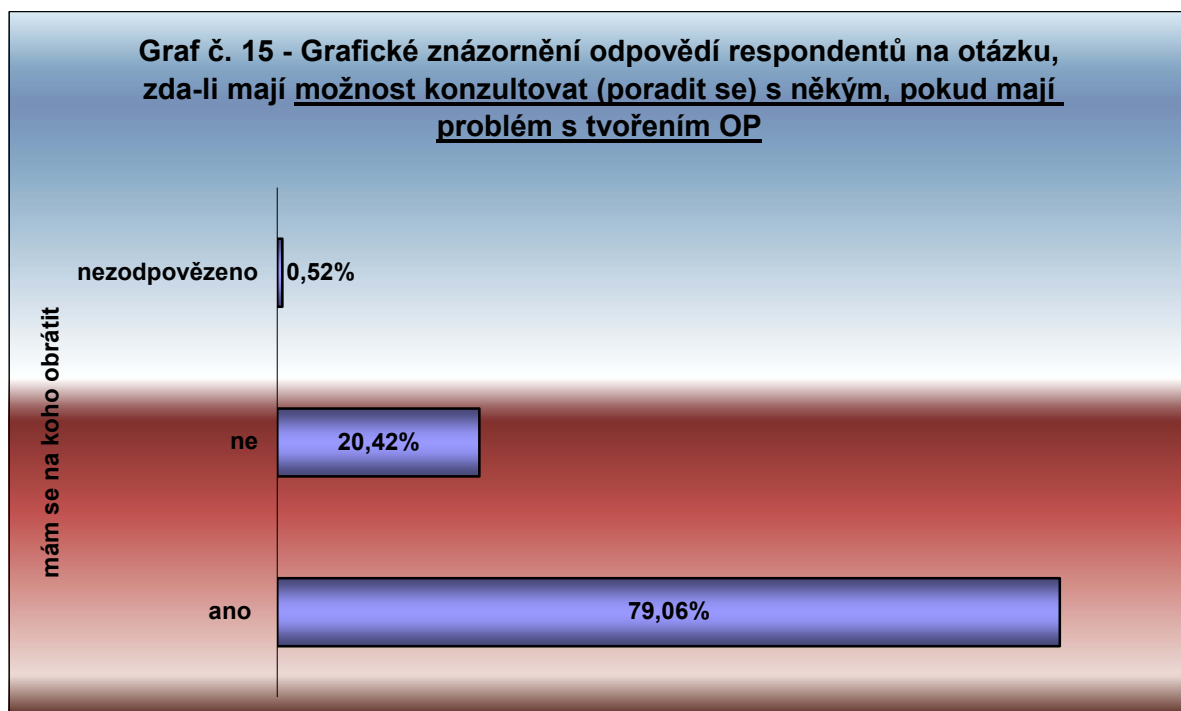
Otázka č. 15: „ Máte se na koho obrátit pokud máte problém s „tvořením“ OP?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	151	79,06
ne	39	20,42
nezodpovězeno	1	0,52
Celkem	191	100

Tab. 15. : Spolupráci při sestavování OP

Otázka č. 15. se týkala zjištění, zda-li jednotliví respondenti mají podporu v někom ze svých spolupracovníků, pokud mají problém s tvořením OP. Kladná odpověď se vyskytovala v necelých 80%, záporná v 20,42%, zbývající počet respondentů na otázku z neznámých důvodů neodpověděl.

Domnívám se, že tento výsledek je výsledkem v celku pozitivním, ovšem pokud otázku budeme vnímat v celém spektru odpovědí, alarmujícím výsledkem se jeví i počet necelých 21% dotázaných, kteří podporu z řad kolegů či nadřízených hledat nemohou.



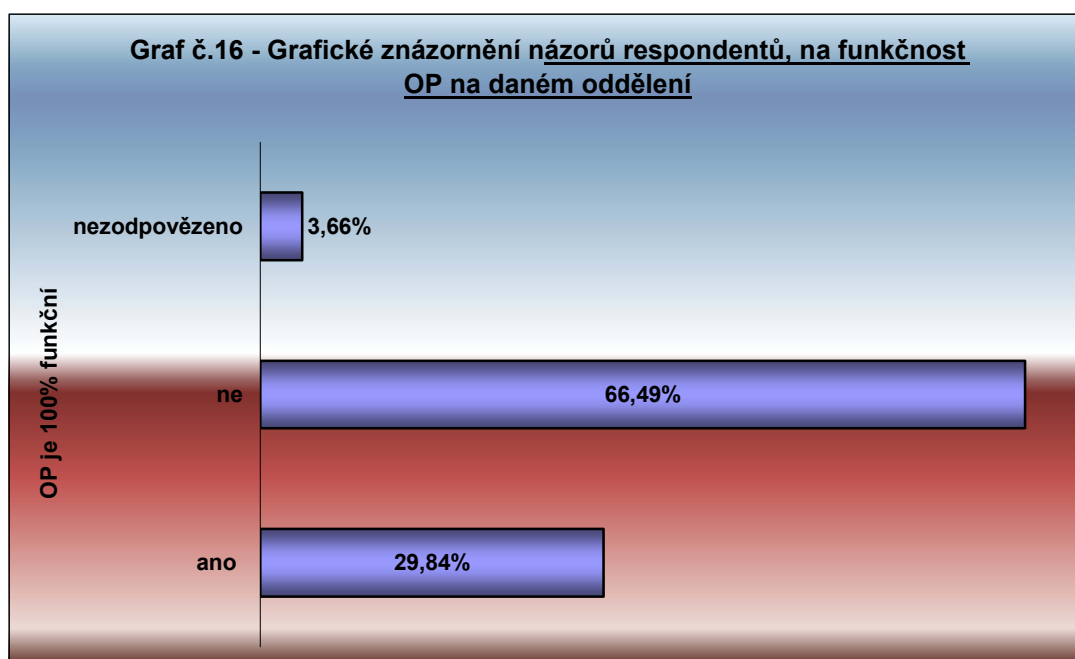
Otázka č. 16: „Myslíte si, že OP na Vašem oddělení je 100% funkční?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	57	29,84
ne	127	66,49
nezodpovězeno	7	3,66
Celkem	191	100

Tab. 16. : Funkčnost OP na oddělení

Nepočtenější odpovědi na otázku, zda-li je systém OP na daném oddělení plně funkční, dle názorů respondentů, byla ne (66,49%). Plně funkční systém označil zlomek 29,84% respondentů, odpověď nevedlo 3,66% dotazovaných.

Pokud respondenti označili odpověď ne, měli dále svoji odpověď rozvést. Ve většině případů se objevovaly tytéž názory: „málo času, nedostatek nižšího pomocného personálu, nedostatek materiálu, neochota spolupracovat týmově, ...“



Otázka č. 17: „ Jste přesvědčen/a, že OP na Vašem oddělení má nedostatky?

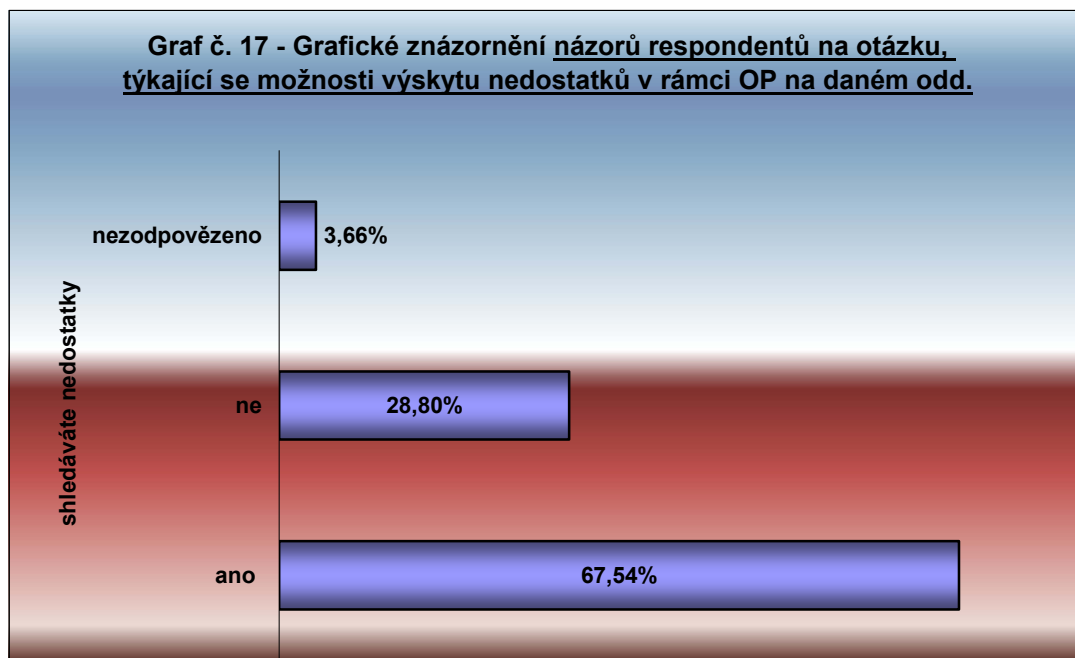
odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	129	67,54
ne	55	28,80
nezodpovězeno	7	3,66
Celkem	191	100

Tab. 17. : Nedostatky OP na oddělení

Nedostatky v oblasti OP na svém oddělení uvedla většina respondentů (67,54%), nedostatky neshledává 28,80% dotazovaných, na otázku nevedlo svou odpověď 3,66% respondentů.

Opět u otázky bylo možno rozvést svou odpověď, pokud daný respondent uvedl odpověď „ano“.

Opět se ve volném prostoru pro vlastní vyjádření objevily stejné názory jako u předchozí otázky (viz výše).



Otázka č. 18: „Máte zájem o prohlubování znalostí o OP (znalosti by byly zaměřeny specificky na problematiku Vašeho oddělení)?“

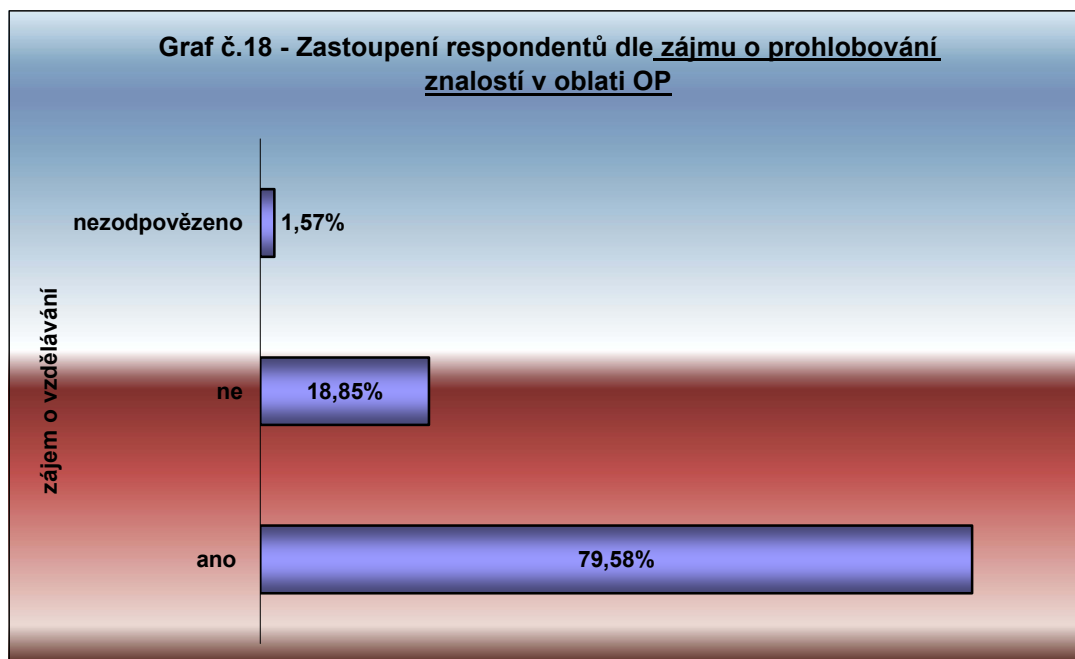
odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	152	79,58
ne	36	18,85
nezodpovězeno	3	1,57
Celkem	191	100

Tab. 18. : Zájem o znalosti o OP

Zájem o prohlubování svých vědomostí ve zmiňované problematice OP projevilo necelých 80% respondentů. Totální nezájem uvedlo 18,85% dotázaných, i přes fakt, že problematika by byla úzce specializována na dané oddělení, kde respondent pracuje a používá OP.

Odpověď ne, mne velmi zklamala, pokud bereme v úvahu celoživotní nutnost vzdělávání se v oblasti náplně našich profesních činností.

Na otázku neodpovědělo v absolutní četnosti vyjádřeno: 3 respondenti. Důvod jejich neuvedení odpovědi je mi též neznám.



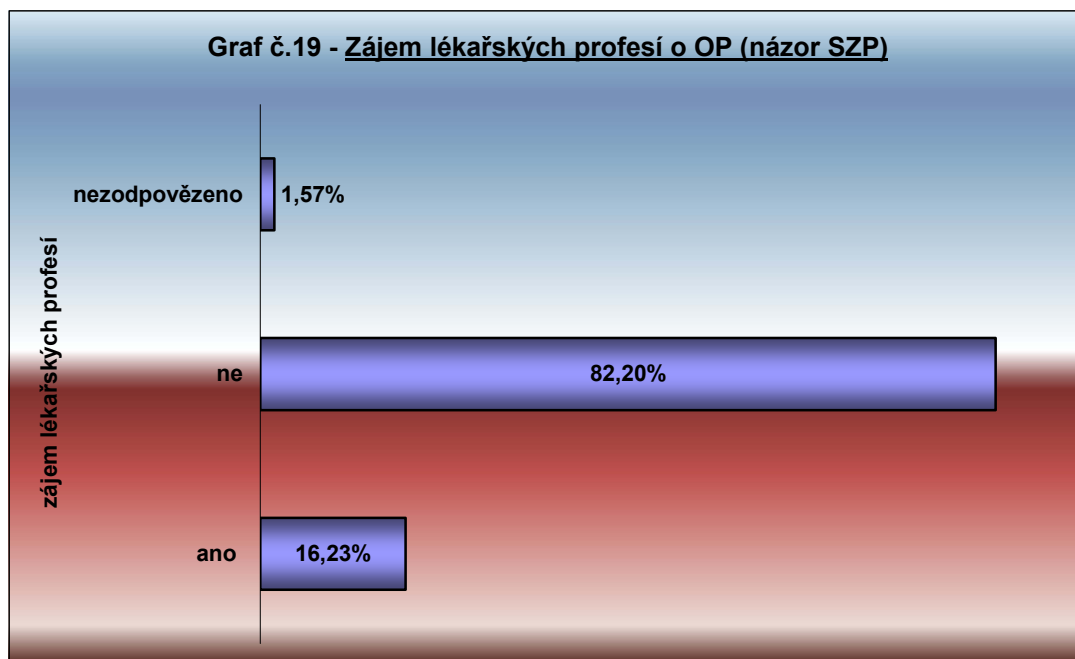
Otázka č. 19. „Myslíte si, že OP je věnována pozornost a uznání ze stran lékařských profesí?“

odpověď/četnost	Absol. čet.	Relat. čet. [%]
ano	31	16,23
ne	157	82,20
nezodpovězeno	3	1,57
Celkem	191	100

Tab. 19. : Zájem lékařských profesí o OP

Tuto otázku jsem respondentům položila spíše ze zvědavosti, možná z důvodu vlastních negativních zkušeností, možná také z důvodu toho, že si myslím, že problematika OP v praxi by si zasloužila jinou pozornost a uznání, hlavně z řad lékařských profesí.

Zápornou odpověď (tedy nezáměr a nepozornost o OP z řad lékařských profesí) uvedlo více než 82% respondentů. Naopak kladnou odpověď uvedlo něco málo přes 16% respondentů. Svou odpověď neuvádělo 1,57% respondentů ze statistického celku.



V závěru dotazníku jsem ponechala volný prostor k vyjádření vlastních myšlenek a názorů respondentů o dané problematice. Jen někteří tuto možnost využili a ze shrnutí daných výsledků vyplývá, že nejvíce respondenty „trápí“ nedostatek materiálního a časové zázemí pro přípravu i samotnou realizaci OP, nedostatek vlastních informací a vědomostí o OP, nespolupráce v oš. týmu, nezájem ze stran vedoucích pracovníků, neschopnost podpořit a vysvětlit správný postup z řad vedoucích pracovníků, nízká motivace ...

6 DISKUZE

Má diplomová práce se zabývá problematikou názorů na ošetrovatelský proces v praxi.

Mými hlavními cíly, které jsem si v úvodu zpracovávání diplomové práce zadala, bylo poodhalit dnešní názor zdravotnických pracovníků (všeobecných zdravotních sester) na zmiňovaný ošetrovatelský proces. Další položené cíle se týkaly zjištění, na jaké úrovni jsou teoretické vědomosti respondentů z této oblasti, a zda-li vnímají ošetrovatelský proces jako prostředek ke zkvalitnění následné ošetrovatelské péče a za jakých interních podmínek.

Data, která jsem získala z provedeného výzkumu jsou ve většině případů alarmujícími signály, svědčící pro nedostatečnou připravenost zdravotnických zařízení na tuto relativní „inovaci“, a to především ze strany personálního obsazení, potažmo nedostatečného materiálního a časového zázemí. Přítomnost nezájmu ze stran samotných zdravotních sester o prohlubování vědomostí v různých spektrech problematiky ošetrovatelského procesu a jeho implementace do efektivního systému péče o klienty, bylo bohužel nejedno negativní zjištění.

Statistický soubor složený ze zdravotních sester byl z pohledu věkového zastoupení převažující ve věkové relaci od 19-29 let, a to více než 78%. Toto věkové zastoupení se projevilo ve svých odpovědích i v dalších částech kontaktních položek dotazníku. Mám namysli kontaktní položky, které měly ve svém znění identifikovat respondenta.

Dominantní postavení z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání, zaujímalo dokončené středoškolské vzdělání, které se dle mého názoru mohlo pozitivně projevit do vnímání ošetrovatelského procesu, jako prostředku ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Opak se bohužel stal pravdou ...

Ošetrovatelský proces je respondenty, kteří tvořili statistický vzorek, tohoto statistického šetření, vnímán jako relativní prostředek, sloužící ke zkvalitnění ošetrovatelské péče (tuto odpověď uvedlo 37,70% respondentů). Odpověď, která tvrzení o prospěšnosti OP potvrzuje, byla zastoupena 36,13%, zpochybnění prospěšnosti OP v praxi uvedlo 20,94%, úplné zamítnutí OP uvedlo 5,24%. Tento výsledek ve mne osobně budí dojem nerovnovážnosti názoru, zda-li OP přináší prospěch či nepospěch pro Ošetrovatelskou praxi.

Domnívám se, a uvedenými odpověďmi potvrzují fakt, že převaha respondentů, nevnímá teorie OP jako inovaci, nýbrž jako relativní inovaci a to pouze v oblasti dokumentace fází OP.

Mé hypotézy se tedy v tomto úseku diplomové práce nepotvrdily. Předpokládala jsem, že respondenti, vnímají OP v nadpoloviční většině jako aktuálně vhodný prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Další otázka, která se zabývala funkčností OP, byla položena ve smyslu zachování identity – individuality klienta při plánování ošetrovatelské péče.

Individualita klienta je zachována a respektována v celých 56,54%, zcela zamítavá odpověď nebyla ve statistickém vzorku zaznamenána. Zbývající procentuální zastoupení bylo zahrnuto v relativních odpovědích (spíše ano, spíše ne).

Uvedený výsledek vnímám jako pozitivní. Individualita klienta, jako „příjemce“ poskytované péče, je základním stavebním kamenem pro funkční využívání OP v praxi. Předkládané hypotézy se potvrdily. Předpokládala jsem, že klient bude vnímán respondenty jako individualita, identita bude respektována.

Další kapitolou v oblasti statistického řešení byla oblast zjištění teoretických znalostí respondentů o OP. Předdesílám, že otázky, které byly respondentům pokládány, byly svým obsahem na základní bázi obtížnosti.

První teoretická otázka z celku, byla definice OP. Definovat – vybrat správnou odpověď pojmu OP, se prokázalo jako úkol nesnadný. Správnou odpověď uvedlo pouze 12,04% respondentů, chybná odpověď byla zastoupena v 87,96%. Z bližšího prozkoumání vybraných odpovědí (u této otázky mohlo být uvedeno více správných odpovědí – všechny byly správné), uvádím jako nejméně časté označení OP jako: „...série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráci při individuální ošetrovatelské péči...“.

Závěr této otázky nedokáže vysvětlit, z předchozích výsledků vyplývá individualita klienta, proto s určitostí tento výsledek nemohu objasnit.

Další otázka, která zkoumala stav teoretických vědomostí respondentů, byla z oblasti fází OP. Správnou odpověď uvedlo 76,44% respondentů, chybnou: 22,51%, zbývající procentuální část respondentů na otázku nevedlo svou odpověď.

Konstatuji, že v této oblasti respondenti teoretické vědomosti prokázaly a výsledek hodnotím kladně.

Poslední otázkou z této kapitoly, byla otázka týkající se na metody hodnocení klienta (počáteční hodnocení klienta). Z výsledku vyplývá, že otázka nebyla jasně respondentům vyložena, nebyla zcela dobře prezentována. Svou odpověď nevedlo 42,41% respondentů, společně s vyjádřením, že položené otázce nerozumí. V žebříčku druhou nejpočetnější odpovědí bylo uvedení 3 správných metod počátečního zhodnocení klienta (26,70%). Ovšem převládající je nezodpovězení otázky, z důvodu nepochopení. Tato skutečnost se bohužel neprojevila při pilotní studii, proto jsem otázku ponechala v totožném znění i pro definitivní verzi dotazníku.

Celkově mohu konstatovat, že teoretické vědomosti respondentů ze základní oblasti OP jsou méně než uspokojivé. Váhu tohoto výsledku umocňuje hlavně fakt, výsledek první otázky z této kapitoly. Domnívám se, že definice OP, popř. její případné odvození z nabízených variant je stěžejní znalostí.

Po charakteristice statistického souboru (věkové zastoupení), bych bývala předpokládala, že teoretické znalosti respondentů budou na lepší úrovni.

Pracovní hypotézy se tedy v tomto případě potvrdily, předpokládala jsem že teoretické znalosti respondentů nebudou vyhovující.

Určité spektrum otázek se týkalo faktorů, které dle názoru respondentů ovlivňují Oš. proces jako celek. Z pilotní studie byly předvybrány 2 stěžejní faktory – časový a materiální. V definitivní verzi dotazníku, mne zajímalo, na který úsek realizace OP mají vliv.

Z odpovědí vyplynulo, že materiální a časové zázemí je pro respondenty nevyhovující při písemném zpracování OP v 77,49%, dostačující je pro 22,51% respondentů. Tyto odpovědi dávám do souvislosti s vlastním podloženým názorem, že systém zdravotnictví, není ve většině případů materiálně, potažmo personálně na OP připraven.

Bohužel i fáze realizace oš. postupů (intervencí) dle OP, je negativně ovlivněna nedostatečným materiálním i časovým zázemím. Negativní zkušenost uvedlo více než 70% respondentů ve svých odpovědích. Jsem přesvědčena, že tato skutečnost je alarmující a zákonitě se musí projevit v celé funkčnosti OP na daném oddělení.

Hypotézy, které byly stanoveny k tomuto úseku práce se statistickým šetřením potvrdily. Předpokládala jsem, že časová a materiální tíseň bude uváděna jako převládající, a v dalších úsecích práce, jsem se přesvědčila o jejich negativním vlivu na systém funkčnosti OP.

K faktorům, které ovlivňují funkčnost systému OP, se vyjádřily i Staniční sestry příslušných oddělení, kde statistické šetření probíhalo. Ve své Metodice uvádím, že pro zjištění názorů, resp. pochopení postojů vedoucích pracovníků, jsem použila odlišnou formu dotazníku, která sloužila pouze k tomuto pohledu. Z důvodu předpokládaného nízkého statistického vzorku, neuvádím hypotézy k tomuto šetření, pouze využívám zmiňovaného pohledu vedoucích pracovníků.

V této části bych chtěla citovat převládající názor, který z těchto řad zazníval ...

Staniční sestry uváděly materiální zázemí v pořadí možných faktorů (celkem 6), ovlivňující funkčnost OP na 3. místě, ihned za časovým zázemím a vzdělaností zdr. sester. Následovaly faktory týkající se spolupráce oš. týmu, podpory z vedení nemocnic, a jiné.

Opět se potvrzuje hypotéza, která ze statistického šetření vyplývá: „částečná nepřipravenost systému zdravotnictví v ČR na funkční implementaci OP do klinické praxe“.

V dalších částech dotazníkové šetření, jsem respondentům pokládala otázku, která zjišťovala jejich názor na funkčnost OP na „jejich“ oddělení.

Z více než 66% respondenti uvedli, že systém OP není na „jejich“ oddělení funkční. Funkčnost uvedlo více než 29%, zbývající procentuální zastoupení neuvedlo svoji odpověď.

Potvrzující, kontrolní otázka, byla respondentům položena ihned následně. Tázala se na názor, zda-li OP na „jejich“ oddělení má dle jejich názoru nedostatky. Nedostatky shledává 67,54% respondentů, opačnou odpověď uvedlo více než 28% respondentů.

Respondenti měli možnost své odpovědi dále rozvést. Ve většině případů se objevovaly tytéž názory: „málo času, nedostatek nižšího pomocného personálu, nedostatek materiálu, neochota spolupracovat týmově, ...“

Zájem o prohlubování svých vědomostí ve zmiňované problematice OP projevilo necelých 80% respondentů. Totální nezájem uvedlo 18,85% dotázaných, i přes fakt, že problematika by byla úzce specializována na dané oddělení, kde respondent pracuje a používá OP.

Odpověď ne, mne velmi zklamala, pokud bereme v úvahu celoživotní nutnost vzdělávání se v oblasti náplně našich profesních činností. A pokud zmíníme i procentuální zastoupení odpovědí respondentů na otázku týkající se jejich potenciálního problému při sestavování OP z důvodu vlastní nevědomosti. Převládající odpovědí bylo, že respondenti spíše problém nemají a to v 47,64%.

Závěrem kapitoly „Diskuze“, mohu konstatovat, že uvedené odpovědi svědčí převážně pro nefunkční užívání OP na daných odděleních dle názorů jejich pracovníků (zdravotních sester). Rovněž se prokázalo nedostatečné materiální a časové zázemí pro funkčnost OP....

Výsledky se potvrdila převaha pracovních hypotéz.

Respondenti uváděli své odpovědi zcela anonymně.

S přihlédnutím na jejich možnou obavu z uvedení vlastních názorů před jejich vedením, byly spolu s dotazníky distribuovány i obálky, kam respondenti vyplněný dotazník vkládali a zalepovali.

7 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Z kapitoly „Výsledky výzkumu a jejich analýza“, mohu označit za stěžejní problematické oblasti daného tématu, především stav implementace ošetrovatelského procesu do systému současného zdravotnictví. Data, která jsem získala z provedeného výzkumu jsou ve většině případů alarmujícími signály, svědčící pro nedostatečnou připravenost zdravotnických zařízení na tuto relativní „inovaci“, a to především ze strany personálního obsazení, potažmo nedostatečného materiálního a časového zázemí.

Můj návrh na řešení zjištěných nedostatků u sledované skupiny všeobecných zdravotních sester nespočívá v pouhé kritice faktického stavu s nereálným pohledem na věc, či východiskem

Změna, která by v celkovém systému musela nastat, se musí týkat širokého rozpětí v různých úsecích zdravotní péče.

Domnívám se, že negativní názory, které ve statistickém celku nejpočetněji zaznívaly, byly v nadměře ovlivněny stavem systému zdravotnictví na daném oddělení. Mám na mysli nízké personální možnosti jednotlivých pracovišť se spojitostí časového a materiálního zázemí, nízká motivace personálu, široké rozpětí naplně činností všeobecných zdravotních sester, ...

Další kapitolou, která ovlivňuje užívání ošetrovatelského procesu na jednotlivých pracovištích, je nedostatečná povědomost o samotném ošetrovatelském procesu. Ošetrovatelský proces je respondenty, kteří tvořili statistický vzorek, tohoto statistického šetření, vnímán jako relativní prostředek, sloužící ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Zcela bezpochyby se do tohoto názoru promítly negativní již zmiňované faktory, které ovlivňují samotnou implementaci ošetrovatelského procesu, ale rovněž i ona nízká teoretická znalost respondentů z této oblasti.

Jsem názoru, že rizikové faktory, které můžeme nazvat faktory snadněji ovlivnitelnými (jedná se o nezáměr, nespolupráci v rámci ošetrovatelského týmu, neznalost, nízkou motivaci ...), bychom neměli podceňovat a věnovat jim maximální pozornost z hlediska možného východiska z dané situace. Vycházím z potvrzeného faktu, z výše uvedené kapitoly, kde byly ve většině případů přítomny u respondentů a také se potvrdil jejich nepříznivý dopad na názor o ošetrovatelském procesu a jeho následného funkčního využívání.

Faktory, jako jsou možnost personálního navýšení – delegování povinností, zlepšení materiálního a časového zázemí, se stávají v tomto úhlu pohledu prakticky neovlivnitelnými z mé strany. Stejně jako ekonomický aspekt věci, který se odráží právě v této problematice.

Snad jen díky včasné intervenci, řádné, progresivní a kontinuální edukaci zdravotníků, dokážeme v dlouhodobějším horizontu dosáhnout pozitivních změn v oblasti snadněji ovlivnitelných faktorů.

Edukaci, kterou nazývám progresivní a kontinuální si představuji, jako soubor opatření, napomáhající zdravotnickému personálu ke kvalitnějšímu vnímání možnosti řešení problémů klienta prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Předpoklady pro realizaci zmiňované edukace jsou komplexní záležitosti. Své postavení zde zaujímá aktivní zájem a spolupráce všech subjektů zdravotnictví, ekonomiky - na vládní i nevládní úrovni, a samozřejmě respekt a zájem ze strany samotných zdravotníků.

Kvalitní edukace, která je cílenou, je ovšem pojem relativní. Relativitě bychom mohli předejít systematickým auditem a srovnáním výsledků různých klinických pracovišť s implementací kvalitní péče o klienta. Tímto způsobem řešení bychom mohli konstatovat efektivitu či neefektivitu edukace, odhalit a odstranit negativní faktory a zařídit nápravu.

Neinformovanost, nezájem, konfrontace, kontroverze, které nabývají na četnosti, by se mohly stát pomocí těchto prostředků nápravy, fakty historickými.

Závěrem bych chtěla konstatovat, že problematiku řešitelnosti negativních názorů zdravotníků na ošetrovatelský proces vnímám jako sféru velmi rozsáhlou a vzájemně propojenou. Z tohoto důvodu se může jevit, mé zpracování kapitoly Návrhu na řešení zjištěných nedostatků, jako neosobní, ovšem opak je pravdou. Domnívám se totiž, že pouze komplexní návrh na řešení může být tím pravým. Proto jsem zmínila celou škálu faktorů (spolupráce mnoha struktur, ekonomika, vzdělávání, vnitřní audit, motivace, delegování povinností a náplně práce), které dle mého názoru vnášejí do zmiňované problematiky svůj osobní podíl spoluúčasti. Právě vzájemná koordinace celé infrastruktury, dle mého názoru může zaručit efektivnější využívání ošetrovatelského procesu v praxi a zlepšení komplexního názoru na tuto problematiku jak zkoumaného statistického souboru respondentů všeobecných zdravotních sester, tak i ostatních zdravotníků.

8 ZÁVĚR

Ošetrovatelský proces je v současné době vnímán jako kontroverzní téma, jak pro samotné zdravotníky, tak celkově pojato pro zdravotnická zařízení ...

V této práci jsem chtěla tedy alespoň část předkládané problematiky prostudovat blížeji a zjistit, jaké okolnosti mají (především) ze strany samotných zdravotníků vliv na tyto skutečnosti.

V úvodu práce jsem si stanovila 5 základních cílů, které se mi v průběhu zpracování problematiky podařilo splnit. Mé představy o daném tématu, jsem zformulovala do podob pracovních hypotéz, které se ve většině případů shodovaly s následným rozbohem a zjištěným konstatováním skutečností.

Následně, se téma Názor zdravotnických pracovníků na ošetrovatelský proces, potvrdilo dle výsledků mého dotazníkového šetření, jako téma velmi aktuální a značně zajímavé.

Po zpracování výsledků, mohu konstatovat, že ošetrovatelský proces, jeho funkčnost a kladný názor zdravotníků na užívání v klinické praxi je doprovázen mnoha nejasnostmi, pochybnostmi a „nedobrymi zkušenostmi“ ze stran samotných zdravotníků.

Z provedeného výzkumu vyplývá celá řada negativních faktorů, které potencují kontroverzní názor a pochybnosti o ošetrovatelském procesu.

Vycházím z výsledků v kapitole „Výsledky výzkumu a jejich analýza“, kde jsem dala do statického šetření otázky, které řešily názor, vztah a faktory, ovlivňující ošetrovatelský proces.

Z výsledku vyplývají i faktory, které je možno z mého pohledu operativně řešit kvalitní edukací a motivací zdravotníků, a eliminovat tak negativní postoj k inovacím, které s sebou ošetrovatelský proces přináší do klinické praxe.

Další řešení této situace jsem navrhla v kapitole Návrh na řešení zjištěných nedostatků, kde pojmám řešitelnost zmiňované problematiky jako komplexní systém opatření a inovace v mnoha směrech.

Domnívám se totiž, že pouze společné koordinované úsilí, může zlepšit současný kontroverzní vztah zdravotníků k ošetrovatelskému procesu.

Ve svém dotazníkovém šetření jsem velmi mírně poodhalila i další kapitoly názorů na ošetrovatelský proces v klinické praxi, a to z pohledu lékařských profesí. Jsem přesvědčena, že podpora a zájem ze strany lékařských profesí o ošetrovatelský proces (jako kompetenci zdravotních sester), mají vliv na pozitivní postoj z řad zdravotních sester.

Tuto problematiku bych navrhovala k dalšímu bližšímu statistickému šetření a k vyvození souvislostí ...

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- (1.) Archalousová, A. : Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. 1. vyd. Nukleus HK, 2005, 107 str.
- (2.) Archalousová, A. : Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. 1.vyd. Nukleus HK, 2003, 99 str.
- (3.) Červinková, E. a kol. : Ošetrovatelské diagnózy. 2. doplněné vydání. IDVZP v Brně, 2001, 165 str.
- (4.) Grohar – Murray, M. E. ; Dicroce, H. R. : Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. 1. vyd. Grada, 2003, 320 str.
- (5.) Hlaváčková, D. : Krizová připravenost ve zdravotnictví. 1. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2007, 198 str.
- (6.) Jarošová, D. : Teorie moderního ošetrovatelství. 1. vyd. ISV Praha, 2000, 133 str.
- (7.) Jobánková, M. : Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 3.nezměn. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 225 str.
- (8.) Marečková, J. : NANDA - domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 86 str.
- (9.) Marečková, J. : NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 80 str.
- (10.) Pavlíková, S. : Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Grada, 2006, 152 str.
- (11.) Pokorná, A. : Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 1. vyd. IDVZP v Brně, 2006, 86 str.
- (12.) Rozsypalová, M. : Sestry vzpomínají. 1. vyd. Grada, 2006, 86 str.
- (13.) Staňková, M. : České ošetrovatelství: 1, Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie. 1. vyd. IDVZP v Brně, 2002, 50 str.

- (14.) Staňková, M. : České ošetřovatelství: 11, Sestra – reprezentant profese. 1. vyd. IDVZP v Brně, 2002, 78 str.
- (15.) Staňková, M. : České ošetřovatelství: 3, Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. 1. vyd. IDVZP v Brně, 1999, 49 str.
- (16.) Staňková, M. : České ošetřovatelství: 4, Jak provádět ošetřovatelský proces. 1. vyd. IDVZP v Brně, 1999, 66 str.
- (17.) Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v Ošetřovatelském procesu. 2. nezměněné vyd. IDVZP v Brně, 2001, 186 str.
- (18.) Vašátková, I. : Nové trendy v ošetřovatelství. 1. vyd. Nukleus HK, 2000, 159 str.
- (19.) Vašátková, I. : Ošetřovatelská dokumentace v nemocnici. 1. vyd. IDVZP v Brně, 2001
- (20.) Vašátková, I. : Ošetřovatelská dokumentace. 1. vyd. Nukleus HK, 2005, 67 str.
- (21.) Vašátková, I. : Rok 200 přelom v ošetřovatelství?. 1 vyd. Nukleus HK, 2000, 86 str.
- (22.) Vondráček, L. : Ošetřovatelská dokumentace v praxi. 1. vyd. Grada 2003, 82 str.
- (23.) Zlámal, J. : Marketing ve zdravotnictví. 1. vyd. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 150 str.
- (24.) <http://sestra.org/NANDA#Taxonomie> **II** ze dne 17.1.2007

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Dotazník

Příloha č. 2 : Dotazník pro Staniční sestry

Příloha č. 3 : Seznam tabulek, grafů a obrázků

Příloha č. 4 : Souhlas s půjčováním práce

DOTAZNÍK

Vážená/ý slečno, paní, pane,
jsem studentkou navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství 1. LF UK.
Tento dotazník jsem sestavila za účelem získání informací pro vypracování mé
diplomové práce s názvem „Názory zdravotnických pracovníků na
ošetřovatelský proces v praxi“.

Pokud máte k danému tématu co říci, prosím Vás o vyplnění dotazníku.

Vaše sdělení, která zde uvedete, jsou zcela anonymní!

Zvolenou odpověď označte , vždy je možno označit pouze jednu odpověď,
pokud u otázky není uvedeno jinak.

Po vyplnění všech otázek, dotazník vložte do přiložené obálky a zalepte.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci.

Jana Popelková

1. KOLIK JE VÁM LET?

- A) 19 – 29 let
B) 30 – 39 let
C) 40 – 49 let
D) více než 50 let

2. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ ?

- A) středoškolské s maturitou
B) vyšší odborné
C) vysokoškolské

3. JAK DLOUHO PRACUJETE JAKO ZDRAVOTNÍ SESTRA?

- A) méně než 1 rok
B) 1 – 5 let
C) 6 – 10 let
D) 11 – 15 let
E) více než 16 let

4. JAK DLOUHO PRACUJETE NA TOMTO ODDĚLENÍ?

A) méně než 1 rok

B) 1 – 5 let

C) 6 – 10 let

D) více než 11 let

5. VYBERTE DEFINICI OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU (OP).

U této otázky můžete zaškrtnout i více odpovědí.

A) ...vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může

profesionálně ovlivnit zdr. sestra ...

B) ...logická metoda poskytování ošetrovatelské péče,

založená na 5-ti komponentách...

C) ...série vzájemně propojených činností, které se provádějí

ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráci při individuální oš.

péči...

6. SPRÁVNĚ SEŘAĎTE 5 FÁZÍ OP (od počáteční po finální).

Před odpověď napíšte číslovku pořadí od 1 – 5.

.....stanovení oš. diagnózy

.....plánování ošetrovatelské péče

.....zhodnocení klienta (sběr informací)

.....provedení navržených opatření (realizace)

.....hodnocení efektu poskytnuté péče

7. VYJMENUJTE ALESPŇ 5 METOD POČÁTEČNÍHO ZHODNOCENÍ KLIENTA.

(„kdo je můj nemocný“)

- A)..... C).....
B)..... D).....
E)

8. JAK DLOUHO PRACUJETE (VY OSOBNĚ) S METODOU OP V PRAXI ?

(Mimo praxe přípravného studia na budoucí povolání).

- A) méně než 1 rok
B) 1 – 3 roky
C) 4 – 7 roků
D) 8 a více roků

9. DOMNÍVÁTE SE, ŽE OŠETŘOVATELSKÝ PROCES JE PŘÍNOSEM – ZKVALITNĚNÍM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ?

Pokud zvolíte odpověď C či D, uveďte důvod Vaší odpovědi.

- A) ano
B) spíše ano
C) spíše ne
D) ne

10. PROVÁDÍTE OP INDIVIDUÁLNĚ ? (JE KAŽDÝ KLIENT PRO VÁS INDIVIDUALITOU PŘI PROMÝŠLENÍ A NÁSLEDNÉ APLIKACI OP)?

Pokud zvolíte odpověď C či D, uveďte důvod Vaší odpovědi.

A) ano

B) spíše ano

C) spíše ne

.....

D) ne

.....

11. PRACUJETE PŘI SESTAVOVÁNÍ OP S POMOCNÝMI MATERIÁLY (MANUÁLY, STANDARDY, KNIHY) ?

A) ano

B) ne

12. MÁTE DOSTATEK MATERIÁLNÍHO A ČASOVÁHO ZÁZEMÍ PRO PÍSEMNÉ ZPRÁCOVÁNÍ OP ?

A) ano

B) ne

13. MÁTE DOSTATEK MATERIÁLNÍHO A ČASOVÉHO ZÁZEMÍ PRO REALIZACI OP ?

A) ano

B) ne

14. DOMNÍVÁTE SE, ŽE VY OSOBNĚ, MÁTE PROBLÉM SE SESTAVOVÁNÍM OP Z DŮVODU NEDOSTATEČNÝCH VĚDOMOSTÍ ?

A) ano

B) spíše ano

C) spíše ne

D) ne

15. MÁTE SE NA KOHO OBRÁTIT POKUD MÁTE PROBLÉM S „TVOŘENÍM“ OP ? *Pokud zvolíte odpověď A, prosím uveďte danou osobu např. kolegyně, staniční sestra, sestra školitelka aj.*

A) ano

.....
B) ne

16. MYSLÍTE SI, ŽE OP NA VAŠEM ODDĚLENÍ JE 100% FUNKČNÍ?

A) ano

B) ne

17. JSTE PŘESVĚDČEN/A, ŽE OP NA VAŠEM ODDĚLENÍ MÁ NEDOSTATKY?

Pokud zvolíte odpověď A, rozved'te ...

A) ano

B) ne

18. MÁTE ZÁJEM O PROHLUBOVÁNÍ ZNALOSTÍ O OP ? (ZNALOSTI BY BYLY ZAMĚŘENY SPECIFICKY NA PROBLEMATIKU VAŠEHO ODDĚLENÍ).

A) ano

B) ne

19. MYSLÍTE SI, ŽE OP JE VĚNOVÁNA POZORNOST A UZNÁNÍ ZE STRAN LÉKAŘSKÝCH PROFESÍ ?

A) ano

B) ne

**CHTĚL/a BYSTE MI K DANÉ PROBLEMATICE JEŠTĚ NĚCO
SDĚLIT?**

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

.....

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji Vám mnoho úspěchů a
spokojenosti nejen v profesním životě.**

Jana Popelková

DOTAZNÍK PRO STANIČNÍ SESTRY

Vážené Staniční sestry,

dovolte mi, abych Vás touto cestou požádala o spolupráci.

Jako studentka navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství na 1. LF UK, zpracovávám diplomovou práci s tématem „Názory zdravotnických pracovníků na ošetrovatelský proces“.

Vyplněním tohoto dotazníku napomůžete k objasnění zmiňované problematiky.

Vaše odpovědi, názory, postoje, jsou zcela anonymní!

Zvolená odpověď může být pouze jedna, pokud u otázky není uvedeno jinak. Zvolenou odpověď prosím označte .

Vyplněný dotazník vložte do obálky a zalepte.“

Děkuji za Vaši spolupráci.

Jana Popelková

1. JAK DLOUHO JE OŠETŘOVATELSKÝ PROCES (OP) POUŽÍVÁN NA VAŠEM ODDĚLENÍ? Prosím vypište.

.....

2. JAKOU FORMU ORGANIZAČNÍ PRÁCE SESTER APLIKUJETE NA ODDĚLENÍ? Prosím vypište.

.....

3. JSTE JAKO STANIČNÍ SESTRA SPOKOJENA SE SOUČASNOU PODOBOU OP NA ODDĚLENÍ?

A) ano

B) spíše ano

C) spíše ne

D) ne

4. VYUŽÍVÁ VÁŠ TÝM PŘI SESTAVOVÁNÍ OP JIŽ ZPRACOVANÝ (částečně) SYSTÉM OŠ. PLÁNU? (např. zpracované charakteristické oš. dg. pro Vaše oddělení s prostorem pro případné individuální doplňky...).

Pokud volíte odpověď za B, prosím uveďte důvod!

A) ano

B) ne - PROČ?

.....
.....

5. SEŘAĎTE PODLE VAŠEHO NÁZORU NEJPODSTATNĚJŠÍ FAKTORY PRO FUNKČNÍ VYUŽÍVÁNÍ OP.

(Od nejpodstatnějšího po nejméně podstatný faktor).

Před položku vypište číslovku 1-6.

..... Materiální zázemí (prostorové uspořádání sesterny, pomůcky, ...)

..... Časové zázemí

..... Vzdělanost, znalost sester

..... Spolupráce oš. týmu

..... Podpora vedení odd. či nemocnice

..... Jiné *(zvolte a uveďte, pokud jste nenalezla faktor, který pokládáte za důležitý).*

6. JAKÉ JSOU DLE VAŠEHO NÁZORU NEJVĚTŠÍ ÚSKALÍ PRO FUNKČNÍ UŽÍVÁNÍ OP NA DANÉM ODDĚLENÍ?

.....
.....

7. JSTE PŘESVĚDČENA, ŽE OP ZKVALITŇUJE OŠ. PÉČI?

A) ano

B) ne

C) nevím

Následný volný prostor je určen k Vašemu vyjádření, pokud si přejete k dané problematice ještě něco říci ...

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji mnoho tvůrčích úspěchů v profesním životě.

Jana Popelková

Příloha č. 3 : Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek:

- Tab. 1. : Zastoupení respondentů podle věku
- Tab. 2. : Zastoupení respondentů podle vzdělání
- Tab. 3. : Zastoupení respondentů dle délky praxe
- Tab. 4. : Zastoupení respondentů dle praxe na příslušném oddělení
- Tab. 5. : Definice ošetrovatelského procesu
- Tab. 6. : Seřazení fází ošetrovatelského procesu
- Tab. 7. : Metody zhodnocení klienta
- Tab. 8. : Délka praxe používání OP v praxi
- Tab. 9. : Přínos OP pro ošetrovatelskou praxi – názor
- Tab. 10. : Individualita klienta při OP
- Tab. 11. : Pomocné materiály
- Tab. 12. : Zázemí pro písemné zpracování OP
- Tab. 13. : Zázemí pro realizaci OP
- Tab. 14. : Problém se sestavováním OP
- Tab. 15. : Spolupráci při sestavování OP
- Tab. 16. : Funkčnost OP na oddělení
- Tab. 17. : Nedostatky OP na oddělení
- Tab. 18. : Zájem o znalosti o OP
- Tab. 19. : Zájem lékařských profesí o OP

Seznam grafů:

- Graf č. 1 – Věkové zastoupení respondentů
- Graf č. 2 – Zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání
- Graf č. 3 – Zastoupení respondentů dle délky praxe
- Graf č. 4 – Zastoupení respondentů dle délky praxe na daném oddělení
- Graf č. 5 – Grafické znázornění odpovědí respondentů na znalostní otázku:
„Definice OP“
- Graf č. 6 - Grafické znázornění odpovědí respondentů na znalostní otázku:
„Seřazení fází OP“

- Graf č. 7 - Grafické znázornění odpovědí respondentů na znalostní otázku:
„Způsoby hodnocení klienta“
- Graf č. 8 - Zastoupení respondentů dle délky používání OP v praxi
- Graf č. 9 - Zastoupení respondentů dle jejich názoru na OP jako prostředek ke zkvalitnění ošetrovatelské péče
- Graf č. 10 - Grafické znázornění odpovědí respondentů o vlastním provádění Op v praxi (individualita klienta)
- Graf č. 11 - Zastoupení respondentů dle používání pomocných materiálů při sestavování OP
- Graf č. 12 - Grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku týkající se dostatku materiálního a časového zázemí pro písemné zpracování OP
- Graf č. 13 - Grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku týkající se dostatku materiálního a časového zázemí pro realizaci OP
- Graf č. 14 – Zastoupení respondentů dle problémů při vlastním sestavování OP, z důvodu nedostatečných vědomostí
- Graf č. 15 – Grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku, zda-li mají možnost konzultovat (poradit se) s někým, pokud mají problém s tvořením OP
- Graf č. 16 – Grafické znázornění názorů respondentů, na funkčnost OP na daném oddělení
- Graf č. 17 - Grafické znázornění názorů respondentů na otázku, týkající se možnosti výskytu nedostatků v rámci OP na daném oddělení
- Graf č. 18 – Zastoupení respondentů dle zájmu o prohlubování znalostí v oblasti OP
- Graf č. 19 – Zájem lékařských profesí o OP (názor SZP)

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1 : Maslowova hierarchie potřeb

Obrázek č. 2 : Ošetrovatelská diagnóza vs. lékařská diagnóza

Příloha č. 4

Souhlasím s půjčováním diplomové práce.

.....
Jana Popelková