

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lucie Karlíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lucie Karlíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES Z POHLEDU
VŠEOBECNÝCH SESTER**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Milan Priesol

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně, pouze za použití pramenů a literatury, uvedených v seznamu citované literatury.

V Plzni dne 17. 03. 2013

vlastnoruční podpis

Poděkování

Za vypracování bakalářské práce bych touto cestou ráda poděkovala Bc. Milanu Priesolovi a Mgr. Moučkové za přínosné rady, neméně svým přátelům a především své rodině, kteří se mnou po celou dobu studia a vypracovávání bakalářské práce měli úžasnou trpělivost.

Karlíková Lucie

OBSAH

ÚVOD	9
1 DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ A JEHO CÍLE	10
2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	11
2.1 Význam církve pro rozvoj ošetřovatelství	12
2.2 Válečné ošetřovatelství	12
2.3 Historie českého ošetřovatelství.....	13
2.4 Ošetřovatelství do roku 1918	14
2.5 Ošetřovatelství do roku 1945	14
2.6 Ošetřovatelství po roce 1945.....	14
3 VYBRANÉ HISTORICKY VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI OŠETŘOVATELSTVÍ	16
4 HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER.....	18
5 SOUČASNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
5.1 Metaparadigma ošetřovatelství	20
5.2 Konceptní modely.....	20
5.3 Ošetřovatelské teorie	21
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	22
6.1 Fáze ošetřovatelského procesu.....	22
6.1.1 Ošetřovatelská anamnéza	22
6.1.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy	24
6.1.3 Plánování ošetřovatelské péče	25
6.1.4 Realizace ošetřovatelské péče.....	25
6.1.5 Zhodnocení	25
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A DOKUMENTACE	27
8 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU	28
9 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....	30
10 KONCEPČNÍ MODEL Y	32
10.1 Humanistické modely	32
10.2 Modely interpersonálních vztahů	34
10.3 Systémové modely.....	34

10.4 Modely energetických polí.....	35
11. ORGANIZAČNÍ SYSTÉMY PRÁCE.....	36
11.1 Systém skupinové péče	36
11.2 Systém primárních sester	36
11.3 Týmová metoda.....	36
11.4 Case management.....	36
11.5 Funkční systém.....	37
12 RÁMCOVÝ STANDARD OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	38
12.1 Strukturální požadavky	38
12.2 Procesuální kritéria	38
12.3 Kritéria výsledku	39
13 JAK ZAVÉST OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DO PRAXE	40
13.1 Způsoby zavádění změny.....	40
14 ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	42
14.1 Ošetřovatelské standardy	42
15 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY	44
16 PRAKTICKÁ ČÁST.....	46
16.1 Cíl průzkumu.....	46
16.2 Hypotézy	46
16.3 Výzkumná metoda.....	46
16.4 Prezentace a interpretace získaných údajů	46
17 DISKUZE	66
ZÁVĚR	70
POUŽITÁ LITERATURA.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	75
SEZNAM GRAFŮ.....	76
PŘÍLOHY.....	77

Anotace:

Příjmení a jméno: Karlíková Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces z pohledu všeobecných sester

Vedoucí práce: Bc Milan Priesol

Počet stran: číslované: 59 , nečíslované: 25

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, komunikace v ošetrovatelství, potřeby pacienta, historie ošetrovatelství, zdravotní sestry

Souhrn: V teoretické části práce se zabývám historií ošetrovatelství, vzděláváním sester, ošetrovatelským procesem a jeho částmi, koncepčními modely, hodnocením kvality péče a interpersonálními vztahy. Pro praktickou část jsem zvolila kvantitativní výzkum, formou dotazníkové metody, které byly rozdány všem sestřím bez ohledu na nejvyšší možné vzdělání a na věkovou hranici.

Annotation:

Surname and name: Karlíková Lucie

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing process from the perspective of nurses

Consultant: Bc. Milan Priesol

Number of pages: numbered: 59 , unnumbered: 25

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 26

Keywords: nursing care, nursing trial, communication in nursing care, need patient, history nursing care, sick nurse

Summary: I pursue the history of nursing care, education of nurses, nursing care and its parts, conceptual models, evaluation of care quality and interpersonal relations in the theoretical part of the thesis. I have chosen quantitative research done by questionnaires, which were given to all nurses regardless of education and age, for my practical part.

ÚVOD

Ošetřovatelství je staré jako lidstvo samo. Pečovat se o druhé je vlastnost, která je člověku dána již při samém jeho zrodu. Aby však péče o druhé byla co možná nejlepší je potřeba ji vykonávat systematicky a komplexně. Dnešní ošetřovatelství vychází z holistického pojetí, to znamená, vidí člověka jako celek s jeho bio-psycho-sociální stránkou. Efektivní péče znamená aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby člověka ze všech těchto sfér.

Ošetřovatelský proces je pojem, který vznikl v padesátých letech dvacátého století. Pojem, za kterým se skrývá komplexní, plánovaná péče a individualizovaný přístup k ošetřování každého nemocného. Pokud vyslovíte mezi sestrami pojem ošetřovatelský proces, zcela jistě si za ním každá představí něco jiného. Některá za ním vidí jen byrokratický přístup k práci, v němž zcela pokulhává péče o pacienta a v němž je věnováno více času vypisování a sběru informací. Vnímají ho jako nutnou formalitu, která je zdržuje od práce. Jiné si myslí, že k realizaci ošetřovatelského procesu je nutné mít více personálu. Další mají představu, že sesterský záznam je vlastně ošetřovatelský proces. Neméně důležité je zmínit, že se sestry setkávají s nepochopením ze strany lékařů, kteří často vnímají stále sestru jako nástroj k vykonávání svých úkonů a sesterskou dokumentaci považují za méně důležitou. Staví sestru na pozici, v níž není schopna sama rozhodovat a myslet, natož pak edukovat pacienta, vyhledávat a uspokojovat jeho potřeby. Aby mohl být ošetřovatelský proces zaveden do praxe, je nutné se s ním seznámit a pochopit ho.

Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou, v níž se zabývám historií ošetřovatelství, současným ošetřovatelstvím, vysvětlením pojmu ošetřovatelský proces včetně všech jeho částí, způsobem zavedení ošetřovatelského procesu do praxe a hodnocením kvality a praktickou část, kde za použití kvantitativního výzkumu chci zjistit pohled všeobecných sester na ošetřovatelský proces. Cílem mé práce bude zjistit, zda sestry ošetřovatelský proces znají. Jestli pracují formou ošetřovatelského procesu a či vidí ošetřovatelský proces jako pozitivní nástroj ke zkvalitnění ošetřovatelské péče.

1 DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ A JEHO CÍLE

Ošetřovatelství je systém ošetřovatelských činností, které se týkají jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Je zaměřeno zejména na udržení a podpory zdraví, navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se také podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. (15)

Hlavním cílem ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby, které vznikly na základě změněného zdravotního stavu onemocněním. Dále pak pomáhat při předcházení nemocí uskutečňovanými přednáškami a besedami na téma např. na téma zdravá výživa. Získávat spoluobčany k aktivní účasti na péči o vlastní zdraví. Účastnit se na snižování negativního vlivu nemoci na celkový stav organismu nemocného. Tady pečovat o to, aby nemocní byli dobře ošetřeni. Pomáhat lidem tělesně a duševně postiženým. (15,16)

2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Současné moderní ošetřovatelství má své kořeny v minulosti. Abychom ošetřovatelství mohli rozvíjet, je třeba znát také jeho historii. První počátky ošetřovatelské péče sahají až do raného středověku a jsou spojeny s šířením křesťanství. Péče o člověka má však historii mnohem starší a setkáváme se s ní již v předkřesťanských kulturách. Před vznikem křesťanství si lidé předávali zkušenosti s léčbou a péčí o nemocné pouze ústně. Proti nemocem se využívalo pozorování vody, slunce a bylin a jejich účinků na lidský organismus. Křesťanství rozvoj ošetřovatelské péče podporovalo. Náboženská nařízení velmi ovlivnila lékařskou činnost. Mužské a ženské kláštery převzaly pěstování bylin a vyráběli z nich léky proti nemocem. Každý prostředek musel obsahovat náboženský prvek a ke zlepšení účinku byly odřikávány modlitby. Náboženství také zahrnovalo širokou škálu přesvědčení od nadpřirozených sil neživých předmětů jako talismanů, amuletů, uctívání bohů, předků, kteří mají osud lidí ve svých rukou. Magické praktiky vznikaly na základě nemoci, která potřebuje pomoc zvenčí. Postupně se tady přenesla péče o nemocné do mnoha náboženských řádů. Nemocní začali přicházet do chrámů, kde o ně pečovali lékaři-kněží. Ti se modlili za jejich vyléčení. Pokud se nemocní ošetřovali v domácnosti, pečovaly o ně matky nebo otroci. Kolem 11. Století se rozmáhá laická péče o nemocné a choré. Nemocní totiž rušili klášterní klid a tak se jejich péče začala předávat laikům. (7,13)

Na rozvoj ošetřovatelství také měli velký vliv války. Ve válkách byla totiž vždy zvýšená potřeba péče o nemocné a raněné. Mnoho ošetřovatelských tradic vzniklo právě z ošetřování raněných vojáků. Důležitým zlomem byla Krymská válka a vliv osobnosti Florence Nightingaleové, která zavedla spoustu ošetřovatelských praktik. (7)

Ve 12. Století se demografické a sociální složení společnosti začalo výrazně měnit právě na základě početných válek a pandemií. Mor přinesl smrt i stagnaci kulturního a intelektuálního života. Amulety, zaklínání, pověry a modlení nahradily účelná praktická a hygienická opatření. Temný evropský středověk znamenal na dlouhá staletí krok zpět. Péče o nemocné, chudé, staré a další potřebné lidi byla ve středověku pokládána za soukromou iniciativu ve smyslu zásady „Miluj bližního svého jako sebe samého“.

Ošetřovatelství se během vývoje dělí na tři hlavní linie:

Neprofesionální ošetřovatelství neboli laická péče – péče, kterou si poskytoval sám nemocný nebo mu ji poskytovali jeho blízcí na základě tradice.

Charitativní ošetřovatelství – poskytované zejména církevními řády v charitativních domech a bylo chápáno jako morální a humánní pomoc trpícímu člověku.

Profesionální ošetřovatelství neboli organizovaná léčebná péče – začalo se rozvíjet na konci 19. století s rozvojem medicíny. (7,13)

2.1 Význam církve pro rozvoj ošetřovatelství

Charitativní a řádové ošetřovatelství se označovalo jako ošetřovatelství laické. Křesťané věřili, že služba člověku je vlastně službou Bohu. Žili pokorným životem v chudobě, milosrdenství a pomoci bližnímu. Sdružovali se do skupin, aby následovali Kristovo učení. Z nich později začaly vznikat křesťanské řády, jejich posláním mimo jiné bylo i pečovat o nemocné. Ty položily základy klášterní medicíny. První kláštery začaly vznikat ve 4. století a mnoho příslušnic z římských společenských vrstev se zapojilo do péče o nemocné. Katolická církev se zaměřovala na ošetřování převážně v kláštorech a špitálech, protestantská se zaměřovala na ošetřování v komunitě a v rodině. Kláštery i špitály byly budovány převážně příslušníky panovnických rodů. Teprve později se k nim přidala šlechta a zámožní měšťané.

Charita byla ve středověku velmi rozšířená a zaměřovala se převážně na - chudé lidi, nemocné či jinak trpící. U nás byla po vzoru jiných zemí založena v roce 1922 také v původním Československu.

Diakonie od řeckého slova diakonein – sloužit, pomáhat, sahá až do raných křesťanských dob. Původně se takto označovali posluhovači u stolu, teprve později šlo především o služby sociální a správní. V 1. Století našeho letopočtu se vytvořil řád ženských posluhovaček – diakonek. Diakonky postupně zanikly, aby se později vrátily a pečovaly o nemocné lidi v nemocnicích i v jejich domovech. Diakonky musely být proškoleny lékařem teoreticky i prakticky a musely složit zkoušku z farmacie. Za svou práci nedostávaly žádné peníze, ale bylo o ně a jejich potřeby postaráno až do stáří. O to aby se diakonky staly tak známými se zasloužil německý pastor Theodor Fliedner, který práci diakonek organizoval a založil pro ně v roce 1833 mateřskou školu diakonek. V roce 1864 již pracovalo 430 proškolených diakonek na různých místech. (13)

Mezi další řády, které se věnovaly ošetřování nemocných, patřily například klarisky, alžbětinky, voršilky, Křižovníci s červenou hvězdou a další. (7)

2.2 Válečné ošetřovatelství

Ve starověku se o nemocné vojáky starali převážně otroci, teprve později začaly vznikat dobře organizované ošetřovatelské vojenské řády, které díky náboženským cílům a

vojenským způsobům, položily základ k mnoha ošetřovatelským tradicím. Patřila mezi ně morálka, uspořádání ošetřovatelských jednotek, vizity s lékaři. Zejména období Krymské války vedlo ke změně v kvalitě opatrovnictví. Myšlenku uplatnit ženy jako ošetřovatelky prosadil ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810-1881). Velkokněžna Anna Pavlovna (jeho švagrová) podporovala tuto činnost a vybavila sestry stejnokrojem, který dal základ pozdější sesterské uniformě. Mezi další významné osobnosti tohoto období patří Henry Dunant a Florence Nightingelová, kteří budou ještě zmíněni dále. (13)

2.3 Historie českého ošetřovatelství

První počátky organizovaného ošetřování nemocných můžeme sledovat již za vlády knížete Boleslava (935-967). V Praze vznikaly hospice, které se zaměřovaly na chudé a nemocné a sestry v nich poskytovaly charitativní pomoc. Tutéž úlohu sehrály i některé řády a kongregace, které ve službě potřebným viděly svou úlohu. Vedle klášterů se zakládaly špitály, jež však spíše než lékařskou pomoc, poskytovaly pomoc charitativní. Chudí, nemajetní a i nemocní zde získali obživu a teplou postel a sestry v nich poskytovaly charitativní pomoc. Tutéž úlohu sehrály i některé řády a kongregace, které ve službě potřebným viděly svou úlohu. Vedle klášterů se zakládaly špitály, jež však spíše než lékařskou pomoc, poskytovaly pomoc charitativní. Chudí, nemajetní a i nemocní zde získali obživu a teplou postel. První byl špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí). Byl určen jen dvanácti nemocným, o které pečovalo sedm žen. Později zakládané špitály jsou vždy spjaty s kaplí, kostelem nebo klášterem a také nesou jeho jméno. Pomoc zde poskytovaly osoby bez odborného vzdělání a ošetřovatelství mělo vysoce humánní charakter. Velkou postavou českého ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava II. Založila několik klášterů a také Řád křížovníků s červenou hvězdou.

Základy ošetřovatelství na Moravě jsou spojeny se založením prvního špitálu v Brně U svatého ducha, později nazývaného U svatého Jana Křtitele, který byl založen měšťanem Rudgerem a jeho chotí Hodavou v roce 1238. O založení dalších špitálů se zasloužily Eliška Rejčka (vdova po Václavu II. A Rudolfu Habsburském) a Eliška Přemyslovna (dcera Václava II.)

V roce 1348 byla Karlem IV. založena pražská univerzita, jež měla mezi svými fakultami i fakultu lékařskou. Členové univerzity svými písemnostmi ovlivnili širší rozvoj vzdělávání a vyvrátili hluboce zakořeněné představy obyvatelstva o zdraví, na které měla významný vliv církve.

V Praze byla svou charitativní činností známá oblast na Františku, kde od roku 1620 zajišťovali opatrovnictví Milosrdní bratři. Ti pečovali o všechny nemocné bez výjimky. Vychovávali si také sami vlastní ošetřovatele a nadané členy posílali na lékařská studia. V 17. století se již péče začíná specializovat pouze na nemocné. (13)

2.4 Ošetřovatelství do roku 1918

Nemocnice přestávají mít podobu azylových domů a stávají se zařízeními, ve kterých se provádí především léčebná činnost. Vznikají centralizované státní zdravotní správy, které dohlíží na dodržování zákonů o veřejném zdravotnictví. Budují se nemocnice, chorobince, nalezince. Vznikají první ucelené teorie o zdravotnictví. V nemocnicích však pracuje personál, který je přijat bez předchozího vzdělání. V té době se těmto opatrovníkům a opatrovníkům říkalo „hlídači“. Spali v pokojích s nemocnými, bez nároku na soukromý život. Nemocníci směli opustit jen na tzv. propustky. Za svou práci pobírali nepatrnou odměnu. Protože personál nemocnic pracoval za těchto podmínek, je jisté, že pracoval nedbale. Bylo tedy nutné, aby práci začal vykonávat vzdělaný personál. (7,13)

2.5 Ošetřovatelství do roku 1945

V době fašistické okupace bylo zoufale málo pracovních sil. Mezi český personál přibyl také německý a částečně se podařilo rozšířit jejich řady dobrovolnicemi. Na základě tohoto nedostatku, vydalo ministerstvo souhlas i s tím, aby byla otevřena další škola v Brně, Praze, Kroměříži a Olomouci. Funkce nemocnic se rozrůstaly a budovala se i oddělení sociálně zdravotních služeb, které tvořili významný článek mezi ústavní péčí a mimoústavní. Osobností, která stojí za zmínku této doby, byla diplomovaná sestra Raušová. Sledovala vývoj medicínských věd a také vznik nových pracovišť. Publikovala a uplatňovala zájmy sester. Zastávala funkci vedoucí sestry ošetřovatelské služby v nemocnici. To se ovšem změnilo po atentátu na Heydricha 27. 5. 1942, kdy ze strany fašistů došlo k zásahům jak ze strany civilního obyvatelstva, tak ze strany zdravotníků. (13)

2.6 Ošetřovatelství po roce 1945

Po roce 1945 se ještě více prohloubil nedostatek zdravotnického personálu, nemocnice byly zničené a zpustošené. Vysoké školy uzavřené, nedostatek škol pro

ošetřovatelky. Bylo však zapotřebí odborné přípravy k výkonu povolání. A tak sami nemocnice poskytovaly odborné rychlokurzy, alespoň pro základní vzdělání. V Ostravě se otevřela v roce 1945 Vyšší sociální škola, studium zde končilo maturitou. V roce 1947 již bylo 26 ošetřovatelských škol. Největší zlom znamenal komunistický převrat v roce 1948. Všechny ošetřovatelské školy byly sloučeny do středních zdravotnických škol a sestry si po dlouhá léta nesměly založit vlastní spolek, v té době byli totiž všichni hájeni Radou odborového hnutí, které hájilo všechny pracující společně. Až teprve v roce 1973 byl založen Československý spolek sester. Sestry měli také svůj odborný časopis Zdravotnická pracovnice, ten však po roce 1989 zanikl a od roku 1991 vychází modernější časopis Sestra. V období socialismu se do škol přijímali velice mladé studentky a práce sester se zaměřovala především na techniku. To znamená, veškeré učení se týkalo toho jak správně vykonávat diagnostické a léčebné úkony. Tehdy se příliš nekladl důraz na psychologii, etiku, ošetřovatelskou teorii. Avšak ani tato doba není zcela odsouzení hodná. Československý spolek sester pracoval velmi dobře, vzniklo spousty výzkumných prací. Také pomaturitní studia byla možná a specializační. Během následujících let se tvář ošetřovatelství mění. A nynější ošetřovatelství je již samostatný odborný obor. (13)

3 VYBRANÉ HISTORICKY VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI OŠETŘOVATELSTVÍ

Florence Nightingalová

Narodila se 12. května 1820 ve vlivné anglické rodině. Vystudovala ošetřovatelství a touto činností se zabývala po celý svůj život. V roce 1853 se stala vrchní sestrou Ústavu pro nemocné šlechtičny. Zasloužila se o vznik signalizačního zařízení, teplé tekoucí vody v každém patře nemocnice, umístování pacientů dle typu chorob, vymyslela také výtah pro jídlo, který dovážel jídlo z kuchyně přímo na oddělení. Podporovala vzdělávání sester. Její rodina však nepodporovala ji. Sestry v té době neměly moc dobrou pověst a navíc se neslušelo, aby ženy z „lepších“ rodin pracovaly. Florence však vytrvala. Nejvíce ji proslavila Krymská válka. V říjnu 1854 se Florence vydává s 38 ošetřovatelkami do Turecka. Proti úmrtnosti vojáků bojuje hlavně pomocí hygienických opatření. Dále pak žádá adekvátní osvětlení, lepší stravu, pravidelné větrání, zaměřuje se na psychickou stránku nemocných a na jejich sociální pohodu. Všemi těmito zásahy zmenšila úmrtnost vojáků z 42% na pouhé, dvě procenta. Do povědomí se dostala jako „dáma s lampou“. Tuto přezdívku získala od vojáků., které tak kontrolovala na svých nočních obchůzkách. V roce 1860 Florence zakládá vůbec první ošetřovatelskou školu v Anglii. Florence také vydává mnoho knih, ve kterých se zaměřuje na práci sestry. Celý svůj život byla Florence zastáncem zlepšování péče. Jako uznání její práce obdržela od královny Viktorie Červený kříž a jako první žena britský řád za zásluhy pro britské impérium. Na počest jejího narození je 12. květen den Mezinárodního ošetřovatelství.(13,25)

Henri Jean Dunant

Narodil se v Ženevě 8. května 1828 v bohaté rodině. Zasloužil se o založení Červeného kříže. Všechny jeho myšlenky vznikly po shlédnutí bitvy u Solferina, kdy se zapřísáhl, že dokáže zřídít organizovanou pomoc. Získal Nobelovu cenu míru. Zemřel v roce 1910 v sanatoriu.(13)

Nikolaj Ivanovič Pirogov

Profesor a lékař, narozen 13. listopadu v Moskvě. Zasloužil se o uplatnění žen jako ošetřovatelek, ale především měl zásluhy v medicíně. Vydal mnoho publikací, kterými se zasloužil o rozvoj chirurgie.(13)

Theodor Fliedner

Narodil se 21. ledna 1800. V roce 1836 se svou ženou založil Porýnsko-Vestfálský spolek pro vzdělávání žen v ošetřovatelství. Dále pak založil spolek pro vzdělávání žen i při místní nemocnici. Na svých cestách se zasloužil o založení několika špitálů. Získal čestný doktorát univerzity v Bonnu.(13)

Anežka Přemyslovna

Dcera Přemysla Otakara I. V roce 1232 založila špitál sv. Františka a poblíž něj dva kláštery, mužský a ženský. Do kláštera sama vstoupila a stala se jeho představenou. Podle názvu sv. Klára si říkají klarisky. Založila špitální bratrstvo, které bylo uznáno jako samostatný řád Řád křížovníků s červenou hvězdou. Vypracovala pravidla pro ošetřování nemocných. Považuje se za patronku českého ošetřovatelství. (13)

4 HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Vzdělávání sester prošlo dlouhou etapou. Ve středověku sestry-ošetřovatelky nezískávaly moudrost učením, nýbrž předáváním si zkušeností z generací, na generace. Protože v této době se spíše než o léčebnou činnost jednalo spíše o činnost charitativní, ani toho nebylo zapotřebí. V první polovině devatenáctého století sice již vznikaly například chudobince nebo špitály, ale i zde se ošetřovalo bez přítomnosti lékaře a tak vzdělání nebylo zapotřebí. Teprve ve druhé polovině devatenáctého století je již v nemocnicích péče medicínská. Aby však lékař mohl provádět svou práci, potřeboval k ní nutně někoho, kdo mu bude nápomocen. První ošetřovatelská škola na světě byla založena v Londýně a to Florence Nightingalovou. U nás se tímto vlivem a vlivem tehdejšího emancipačního hnutí žen otevřela také ošetřovatelská škola v Praze v roce 1874. Svou činnost sice po sedmi letech ukončila, přesto však měla nemalý význam. V období válek se zdravotnické školství nijak nerozvíjelo. Teprve po válce začalo opět růst. V Praze byla v roce 1946 otevřena Vyšší ošetřovatelská škola, která se soustřeďovala na výuku práce sestry v terénu a řídicí funkci. Ovšem tyto pozitiva se měla změnit ihned po socialistické revoluci v roce 1948. Školy byly po vzoru Sovětského svazu sloučeny s rodinnými a sociálními a přejmenovány na SZŠ tedy střední zdravotnické školy. Nároky na vzdělávání však s rozvojem ošetřovatelství narůstaly a tak v roce 1960 začalo vysokoškolské studium sester a bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V roce 1991 dochází k další změně, vzniká Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, který se v roce 2003 stává opravdovým centrem pro vzdělávání v oboru ošetřovatelství a přejmenovává se na Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů. Po roce 1989 na vzdělání nelékařských zdravotníků jsou kladeny stále vyšší nároky. V roce 2000 byla v Mnichově vypracována evropská strategie, která vymezuje směry v oborech ošetřovatelství a porodní asistence. V roce 2001 začal fungovat centrální systém registrace sester. Zákon 96/2004 Sb. definuje pojem celoživotního vzdělávání a jmenuje aktivity, které jsou za něj považovány. Vzdělávací aktivity upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb., ve znění vyhlášky č. 381/2008 Sb. tato vyhláška stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo bez odborného dohledu zdravotnických pracovníků.(4,13)

Aby sestry byly profesionálními pracovníky ve svém oboru pomáhají jim k tomu tyto atributy:

Pevné zaujetí pro službu

Službu, kterou sestra poskytuje lidem, lze považovat za prioritní. Sestra by k lidem měla přistupovat s úctou, vážit si jich i sama sebe. Měla by mít snahu vždy udržet jejich zdraví. A ošetřovat je podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Ošetřovatelská péče, kterou poskytne je podstatou ošetřovatelství.

Víra v důstojnost a hodnotu každého člověka

Tento atribut se zakládá na židovsko-křesťanské filosofii, která hlásá posvátnost lidského života a každého jedince. Ošetřovatelství na každého jedince pohlíží jako na jednu bytost, bez ohledu jaké je rasy, vyznání, společenského postavení a tak dále. Hlavní prioritou je zdravotní stav každého jedince.

Vůle vzdělávat se

Tento atribut odráží filosofii severoamerické společnosti, která hlásá, nutnost celoživotního vzdělávání sestry. Sestry by se měly snažit zvyšovat svoji kvalifikaci a doplňovat své vzdělání o nové poznatky. Současně by měly testovat ošetřovatelskou praxi a přispívat tak k teoretické bázi ošetřovatelství.

Samostatnost v rozhodování

Dnešní ošetřovatelství klade důraz na samostatnost sester v rozhodování. V praxi to znamená, že by se sestry měly snažit samostatností k edukaci všeobecné veřejnosti na udržování zdraví a předcházení nemocem. Vhodná edukace je totiž vždy lepší, než nákladná následná péče v období nemoci. (6)

5 SOUČASNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Současné (moderní) ošetřovatelství má svoji vlastní koncepci, je realizováno formou ošetřovatelského procesu a vychází z vědeckých poznatků.(Plevová a kol. 2011, str. 58). (13) Jeho charakteristickými rysy je hlavně poskytování aktivní ošetřovatelské péče a individualizované péče formou ošetřovatelského procesu. Dále pak poskytování péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, preventivní charakter péče a holistický přístup k nemocnému. Termín holismus je odvozený z řeckého slova holos tedy úplný, celý. Termín holismus uvedl poprvé J. H. Smuts, státník a voják na jihu Afriky ve své knize Holismus a evoluce. Holistická filosofie se tedy zabývá celistvostí, přičemž porucha v jedné z částí celku znamená poruchu celku. Z hlediska ošetřovatelství vidí člověka jako bytost s bio-psycho-sociální stránkou. *Holismus je základem ošetřovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru.*(Mastiliaková, 1999, str. 63). (13) Moderní ošetřovatelství se tedy zaměřuje na člověka se všemi jeho potřebami. Na sestřách je tyto potřeby vyhledávat a řešit. *Jsme částmi celku a jsme celek, který má své části – jsou jimi: tělo, emoce a mysl. Soulad těchto částí je smyslem osobního růstu i terapie – léčby.*(Kutnohorská, 2009, str. 94). (8) (8,12,13)

5.1 Metaparadigma ošetřovatelství

Metaparadigma je nejširší, nejglobálnější pohled určité disciplíny na zkoumání určitého problému anebo jevu. Mohli bychom jej tedy nazvat předmětem příslušné disciplíny, který ji charakterizuje, tzn. to, čím se příslušná disciplína zabývá, co řeší. (Kubicová, 2009). (1)

Základními pojmy metaparadigmatu jsou člověk, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. (1)

5.2 Koncepční modely

Koncepční modely nám zdůrazňují činnost, ukazují jakým směrem se ubírat při řešení některých otázek a problémů. *Koncepční modely též definují ošetřovatelství a pak specifikují cíle ošetřovatelských činností a charakterizují i ošetřovatelský proces.* (PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., RN.). (22) Součástími koncepčních modelů jsou tři části a sumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Hlavními jednotkami je cíl ošetřovatelství, klient, role sestry, zdroj klientových těžkostí, ohnisko zásahu, způsob zákroku a výsledky aktivity

sestry. Konceptní model se soustřeďuje na ty oblasti, které autor považuje za důležité a ty, které jsou méně důležité, vylučuje. (12)

5.3 Ošetřovatelské teorie

Teorie jsou prohlášení, které objasňují nějaký jev a lze je empiricky testovat. Dělí se podle obsahu a podle rozsahu. Podle obsahu se dělí na popisné, ty popisují konkrétní jev, vysvětlující, v němž se popisují vztahy mezi jevy a prediktivní, které předvídají účinek jednoho jevu na druhý. Podle rozsahu se dělí na velké, střední a dílčí. Tvoří základ vědeckého poznání. Rozdíl mezi konceptním modelem a teorií je, že konceptní modely jsou obecnější a teorie konkrétnější. V praxi se uplatňují přes ošetřovatelský proces. (22)

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je komplexní individualizovaná péče o člověka. Představuje určitý návod, jak ošetřovatelskou péči provádět. Součástí ošetřovatelského procesu je ošetřovatelský model. Ošetřovatelský model představuje uspořádání poskytované ošetřovatelské péče. A měl by být vždy volen podle osobitých potřeb pacienta. Ošetřovatelský model nám vlastně zdůrazňuje cíl a zaměření péče. Tak lze u pacienta dosáhnout kontinuity péče. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti částí. (26)

6.1 Fáze ošetřovatelského procesu

- a) Ošetřovatelská anamnéza- základní informace o nemocném
- b) Stanovení ošetřovatelské diagnózy- zformulovaný problém s uvedením příčiny
- c) Plánování ošetřovatelské péče- stanovení cíle, který vede k odstranění, či zmírnění problému
- d) Realizace ošetřovatelské péče- ošetřovatelské intervence
- e) Zhodnocení – ukazuje nám, zda byl problém vyřešen (11)

6.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

(„kdo je můj nemocný“?)

Je zhodnocení nemocného, které lze získat na základě pozorování, rozhovoru, testování, měření. Vždy nežli začneme nemocného hodnotit, je důležité vytvořit vhodnou atmosféru. Pacientovi se představíme a oslovujeme ho celým jménem včetně titulu. Seznámíme ho se zdravotnickým zařízením, sdělíme mu, kdo se o něho bude starat, popřípadě ho představíme dalším pacientům na pokoji a poskytneme mu čas přizpůsobit se nové situaci. V průběhu hospitalizace se provádí tři typy hodnocení.

Vstupní hodnocení, do něhož spadá odběr ošetřovatelské anamnézy, subjektivní hodnocení nemocného sestrou a změření objektivních hodnot. Při odběru ošetřovatelské anamnézy nejprve zjistíme základní údaje. To znamená identifikační údaje jako je, jméno, věk, důvod přijetí, pojišťovna, nejbližší příbuzní, stav a tak dále. Informace o současném zdravotním stavu a celkové anamnestické údaje o nemocném jako je fyzikální hodnocení nemocného, sociální hodnocení nemocného, psychologické hodnocení a medicínskou problematiku.

Průběžné hodnocení, které zachycuje nové informace v průběhu ošetrovatelského procesu.

Závěrečné hodnocení, které sestra předává při převzetí pacienta do domácí péče nebo při překladu.

Všechny tyto údaje sestra získává sběrem informací. Zdrojem informací může být nemocný, kterého hodnotíme na základě pozorování nebo rozhovorem. Tyto informace jsou nejdůležitější a také nejpřístupnější. Dalším zdrojem je pak zdravotnická dokumentace, další členové zdravotnického týmu, příbuzní, spolupacienti a měřicí techniky a škály.

Při pozorování bychom měli dbát zásad správného pozorování, to znamená, aby pozorování bylo cílevědomé a systematické. Nenápadné, například při hodnocení dechové frekvence pacienta neuvědomujeme o měření dechu, aby výsledky nebyly zavádějící. Pokud to lze, pak si výsledky potvrdit přímým měřením a v neposlední řadě objektivní, tedy aby sestra do pozorování nevnášela žádné osobní postoje k nemocnému. Výsledky pozorování by vždy měly být zaneseny do zdravotnické dokumentace. Zaměřujeme se především na celkový stav nemocného, chování nemocného a stavu vědomí, úroveň soběstačnosti, spánku, funkce smyslových orgánů, objektivních příznaků, čímž je například myšleno dýchání, bolest, stav kůže atd. A reakce nemocného na terapii.

Při rozhovoru si sestra upřesňuje informace získané z dokumentace a při pozorování. Rozhovor nám upřesňuje a doplňuje anamnestické údaje a objektivizuje údaje o subjektivních potížích a příznacích. Cílem rozhovoru je dále nemocného uklidnit, poučit a získat ho k následné spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu. Uspokojuje jeho potřebu sociálního kontaktu a zajišťuje mu pocit bezpečí.

Aby rozhovor byl účinný, je třeba vytvořit příjemné klima v soukromí, dohodnout se na délce hovoru, dívat se pacientovi do tváře, otázky bychom měli klást srozumitelné a krátké, mluvit přiměřeně nahlas. Být trpělivý. Také vhodná úprava zevnějšku a naše vystupování přispívá k úspěšnosti hovoru. Pacienta často oslovujeme předem dohodnutým oslovením, jinak vždy příjmením. (18,19,26)

Ošetrovatelské úkony bez patřičné komunikace značí nezájem. (PhDr. Ilona Plevová, 2011, str. 81). (14)

6.1.2 Stanovení ošetrovatelské diagnózy

(„co ho trápí“?)

Ošetrovatelská diagnóza se stanovuje na základě získaných informací a jsou to všechny potřeby a problémy, které může ovlivnit ošetrovatelská péče. Jsou to všechny oblasti, které sestra může ovlivnit svými kompetencemi a popisuje jak současné zdravotní obtíže, tak i obtíže, které teprve mohou nastat. Vždy stanovujeme ošetrovatelskou diagnózu podle závažnosti. To znamená, jako prioritní stavíme tu, kterou je třeba řešit nejdříve. *Ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka.* (Doc. PhDr. Marta Staňková. CSc., 1999, str. 24). (19) Ošetrovatelská diagnóza není kopií lékařské diagnózy. (18,19)

Diagnostický proces se skládá ze čtyř částí. V první části si sestra utřídí získané informace, ve druhé části si stanoví zdravotní problémy a potřeby ošetrovatelské péče. Ve třetí fázi naformuluje ošetrovatelské diagnózy a ve čtvrté je seřadí podle stupně závažnosti. Při formulaci ošetrovatelské diagnózy vždy určíme problém, příčinu, z níž plyne a její projevy. Ke konci formulujeme žádoucí výsledek řešení problému. Diagnóza může být aktuální nebo také potencionální, či kombinací obou takzvaná kombinovaná.

Ošetrovatelskou diagnózu si sestra může zformulovat sama, moderní ošetrovatelství se však opírá o snahu jednotného označování sesterských diagnóz tak, jak je tomu v medicíně. Nejznámějším systémem je systém NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Americká asociace pro ošetrovatelské diagnózy. Jednotná taxonomie se zatím však užívá jen v některých evropských zemích. (19)

Znění ošetrovatelské diagnózy dle NANDA:

Ošetrovatelská diagnóza je klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo hrozící zdravotní problémy/životní procesy. Ošetrovatelské diagnózy jsou určující pro výběr ošetrovatelských intervencí, zaměřených k dosažení cílů a výsledků, za něž je zdravotní sestra zodpovědná. (str. 13). (2)

6.1.3 Plánování ošetrovatelské péče

(„co pro něj mohu udělat“?)

Při plánování ošetrovatelské péče sestra rozhoduje o tom, co pro pacienta může udělat, co mohou udělat ostatní a co pro navrácení zdraví může udělat pacient sám. Nejprve si stanoví cíle ošetrovatelské péče a očekávané výsledky a potom navrhne intervence (zásahy), kterými chce stanovených cílů dosáhnout. (18)

Cíl ošetrovatelské péče vždy směřuje k nemocnému a vyjadřuje následný žádoucí stav. Pokud je to možné měl by se sám pacient účastnit stanovených cílů a cíle by měly odrážet, co pacient může udělat sám a co můžeme očekávat od ošetrovatelské péče. Součástí cíle je časový plán, tedy doba za jakou předpokládáme splnění cíle. Cíl by měl být konkrétní a měřitelný. Měl by být jasný a srozumitelný a hlavně reálný. (19)

6.1.4 Realizace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský tým pod vedením primární nebo skupinové sestry. Realizace ošetrovatelské péče propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v celek. Sestra při realizaci maximálně spolupracuje s pacientem. Ošetrovatelská péče se poskytuje podle předem stanoveného plánu a její provedení se dokumentuje. Plán se může upravovat podle aktuálního stavu pacienta. Při poskytování plánované péče se mohou vyskytnout situace, kdy je nutné provést péči neplánovanou i tato péče musí být zaznamenána a informována primární nebo skupinová sestra. *Péče poskytovaná v rámci ošetrovatelského procesu je založena na zhodnocení potřeb pacienta a využití specifických znalostí sestry v ošetrovatelství.* (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., 1999, str. 54) Rozdílem mezi dřívějším poskytováním péče a nynějším poskytováním péče je, že pacient je do péče aktivně zapojen. Sestra vhodnou edukací rozvíjí schopnost sebezpěče pacienta i laickou péči rodiny a nejbližšího okolí. Takto poskytovanou péči pacienti i rodina vnímají pozitivně, neboť nejsou pouze příjemci péče, ale sami se na ní podílí. (19)

6.1.5 Zhodnocení

(„byla péče účinná“?)

Hodnocení poskytované péče nám ukazuje, jestli poskytnutá péče byla účinná. Hodnocení provádí jak sestra, tak pacient. Sestra efekt poskytnuté péče zhodnocuje na základě objektivních hodnot a pacient subjektivně vyjadřuje svoje pocity. V případě, že cíle nebylo dosaženo, tak ošetrovatelský plán změníme. Vhodné je o výsledcích diskutovat

s ostatními členy zdravotnického týmu. Pokud má být hodnocení kvalitní a účinné mělo by se porovnávat s minulým hodnocením. Sestra by měla sledovat, jak se pacientův stav vyvíjí a průběžně upravovat plán podle aktuálního stavu nemocného. Pokud ke zlepšení nedochází, je třeba najít příčinu. (19)

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES A DOKUMENTACE

K rysům moderního ošetřovatelství, které přijala Česká asociace sester, patří nejen zavádění ošetřovatelského procesu do všech sfér péče o nemocného i zdravého jedince, ale také kvalitní ošetřovatelská dokumentace. (Hilda Vorlíčková, Růžena Wágnerová Česká asociace sester, 2002, str. 14). (3)

Ošetřovatelská dokumentace slouží k zajištění kontinuity péče. Jako doklad, že péče byla poskytnuta dle ordinací, jako doklad, že byla správná a to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a vzhledem ke stanoveným standardům. Dále slouží jako podkladový materiál pro vědu a výzkum.

Všechny záznamy v dokumentaci musí být čitelné, pravdivé a průkazné. Ošetřovatelská dokumentace musí být vždy opatřená datem, časem, jmenovkou a podpisem. Musí být srozumitelná. Vedená v českém jazyce. Musí být jednoduchá, věcná, vždy dostupná, stručná, bez zbytečných zkratk a pravidelně doplňovaná. Kontrolu ošetřovatelské dokumentace provádí nadřízený pracovník. (24)

Pokud sestra zaznamenává ošetřovatelský plán do dokumentace, vždy by měla prodiskutovat s ostatními členy týmu, jakým způsobem zápis bude prováděn, které informace se budou zaznamenávat například, zda se bude zapisovat, že péče byla poskytnuta podle plánu, kolik místa bude potřebovat na záznam a jak bude časově zaznamenáván. To znamená či v průběhu nebo až nakonec směny. První zhodnocení sestra provádí vždy do 24 hodin po přijetí a do té doby by mělo být zdokumentováno. (19)

8 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Komunikace v ošetřovatelském procesu tvoří velmi důležitou složku. Získáváme tak informace o pacientovi. Komunikace může být buď verbální, anebo neverbální. Za verbální komunikaci považujeme rozhovor. Při rozhovoru ve zdravotnickém zařízení by sestry měly dodržovat určité zásady. Velmi důležitý je individuální přístup k nemocnému. Závisí na věku, vývojové úrovni, kultuře. Měly by respektovat kulturní rozdíly. Hovor začít neformálně. Vyhnout se otázkám typu: „proč“, neboť mohou vyvolat výčitky. Vyhnout se zdravotnickému žargonu, nespěchat, neuhýbat od tématu, zachovávat úctu a sledovat neverbální komunikaci.

Neverbální komunikace zahrnuje vše, co chceme sdělit, beze slov. Neverbální projevy pacienta, sestře mnohdy poví více, než pacient sám. Můžeme sledovat gesta, pohyby, pohledy, výraz obličeje, postoj těla a jiné.

Součástí komunikace s pacienty je aktivní naslouchání. *Naslouchání je aktivní proces, který vyžaduje cílevědomé úsilí potlačit vlastní potřeby a reakce.* (Nichols, 2005, str. 41). (14) Pokud správně nasloucháme, nejde nám jen o to, co slyšíme, jde především o to, co nám tím chce pacient sdělit. Pokud nám pacient neustále opakuje, že se mu tady nelíbí, že by raději odešel domů, měli bychom se na tyto slova zaměřit. Za těmito slovy se možná skrývají pacientovi obavy z vyšetření, léčby, výkonů. Tím, že budeme pacientovi naslouchat, vytvoříme podmínky pro další rozhovor. Dáváme pacientovi najevo, že jsme ochotni mu pomoci. A prostor, aby se nám mohl svěřit.

Naslouchat můžeme třemi způsoby. Ušima, kdy se soustředíme na pacientův projev, tón hlasu, odmlky, rychlost mluvy. Očima, kdy u pacienta sledujeme neverbální projevy a srdcem, kdy jsme schopni zapojit do hovoru emoce. (23)

Další z komunikačních schopností je empatie. *Empatie se skládá ze dvou složek* (Kristová, Tomašková, 2002): (14)

Poznávací složka- předpokládá schopnost sestry rozpoznat, v jakém duševním stavu se pacient nachází, jakou má náladu, co potřebuje, co očekává a jaký je jeho způsob myšlení
Emocionální složka- představuje vcítění se do psychického stavu pacienta

Komunikace nás přibližuje k pacientovi a pacienta k nám. (14)

Neméně významnou součástí hovoru je mlčení. Při mlčení dáváme pacientovi prostor, aby si mohl utřídit myšlenky. Rozhodnout se. Přizpůsobit se nové situaci. Aby byl schopen dále pokračovat v hovoru. Nalezl nové otázky, které chce položit. Pacienta do hovoru nenutíme. Mlčením nám pacient může dát najevo i šok z velmi nepříjemné zprávy.

Také při intimních otázkách, dochází při hovoru často k mlčení. Pokud nastane hluboké ticho, je to většinou v případech, kdy už všechny otázky byly položeny, vše zodpovězeno a nazýváme ho tichem úzdravným. (23)

9 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Protože moderní ošetřovatelství považuje člověka za komplexní a holistickou bytost, tak také vychází z holistické filosofie, že potřeby jedince musí být v rovnováze. Potřeby ve zdravotnictví, tedy i v ošetřovatelském procesu lze rozdělit na biologické, psychologické, sociální a duchovní. Sestra se je snaží aktivně vyhledávat ve všech oblastech a uspokojovat je. (14)

Pojem potřeby člověka

Potřeba v životě každého člověka znamená, že mu něco chybí. Něco co je pro jeho život nezbytné. Neuspokojené potřeby člověka jsou pro něj psychicky frustrující. To jak jsou uspokojovány či neuspokojovány tvoří chování člověka. Jednáme-li tak, abychom potřebu uspokojili, dostaneme se na její psychologickou úroveň, tedy psychickou odezvu. Každá potřeba vyplývá z něčeho co se děje v okolí jedince. Během celého života člověka se jeho potřeby mění. Některé potřeby mají všichni lidé společné, patří mezi ně například potřeba dýchání, jídla, potřeba spánku a tak dále. Jiné potřeby jsou dány životem jedince. Přesto způsob uspokojení potřeby je u každého člověka jiný.

Potřeby lze uspokojovat dvěma způsoby. Způsobem žádoucím, kdy jsou potřeby uspokojovány tak, aby neškodily nám ani jiným, nebo nežádoucím, kdy mohou škodit nejen nám nebo okolí, ale jejich uspokojení vede někdy i k porušení zákona.

Podle Maslowa a jeho hierarchie hodnot je nižší potřeba vždy uspokojována dříve, nežli potřeba vyšší. Na prvním místě Maslowovi Hierarchie hodnot stojí fyziologické potřeby člověka. To znamená, že pokud člověk nemá uspokojeny fyziologické potřeby, těžko bude přemýšlet například o seberealizaci. Vždy je tedy na prvním místě uspokojování potřeb nižších před vyššími. Mezi nižší potřeby řadí Maslow fyziologické potřeby a potřebu bezpečí. Mezi vyšší pak potřebu sounáležitosti, uznání a seberealizace.

Potřeby nemocného člověka

Každý kdo přijde do zdravotnického zařízení je zde proto, aby mu byla stanovena diagnóza, nebo proto, aby jeho onemocnění bylo léčeno. V případě uspokojování fyziologických potřeb pacienta ve zdravotnickém zařízení je hodnocení uspokojení potřeby pacienta vždy subjektivní záležitostí. To znamená, že ačkoliv sestra objektivně vidí, že se

pacient najedl, nemusí to pacient tak vnímat. Proto je důležité s pacientem vždy komunikovat.

Potřeby pacienta jsou ovlivněny mnoha faktory. Prvním faktorem je nemoc, dále pak osobnost pacienta, mezilidské vztahy, vývojové stádium a v neposlední řadě okolnosti, za kterých nemoc vznikla.

Znalost potřeb pacienta při práci sestry

Pokud sestra pochopí sama sebe a své potřeby, snáze bude uspokojovat potřeby pacientů. Pokud pochopí potřeby pacienta, lépe pochopí i chování pacienta v určité situaci a nebude ho odsuzovat. Základní potřeby člověka jsou podkladem pro ošetřovatelský proces a jsou základem při hodnocení nemocného, plánování ošetřovatelského procesu i intervencí sestry. Lze je využít při edukaci nemocného. (20)

10 KONCEPČNÍ MODELY

Vznik koncepčních modelů lze zařadit do doby kdy poprvé Florence Nihtingelová začala uplatňovat své myšlenky týkající se ošetrovatelství. Jsou jakýmsi návodem, který nám pomáhá určit, na jaké věci se máme zaměřit, čeho si máme všímat. Koncepční modely definují osobu v holistickém pojetí, definují prostředí se všemi jeho vnějšími a vnitřními vlivy, zdraví, které každá kultura vnímá jinak nebo jako projev adaptace či maladaptace a ošetrovatelství, které člověka vede ke znovuzískání schopnosti sebezpěče.

Modely lze rozdělit do čtyř skupin:

- a) Humanistické modely
- b) Modely interpersonálních vztahů
- c) Systémové modely
- d) Modely energetických polí (21)

10.1 Humanistické modely

Vizionářský model Nightingalové - 1859

Florence Nightingalová jako první vytvořila teorii ošetrovatelství a tu publikovala. Zaměřovala se především na vztah člověka, jeho zdraví a prostředí. Sestra byla hlavním aktérem intervencí upravujících prostředí, tak aby vedlo ke zlepšení zdraví člověka. Nevýhoda tohoto modelu pro současné ošetrovatelství je v tom, že pouze všichni z okolí byli aktivní a pacient sám byl pasivní. Dnes tento model lze využít k úpravě prostředí z hlediska stimulů, neboť nevhodné prostředí může být deprivující.

Prostředí člověka dělila na fyzikální, psychologické a sociální prostředí. Fyzikální prostředí zahrnovalo čistotu, vzduch, světlo, hluk, lůžkoviny, zápach, ventilaci, dietu.

Psychologické prostředí zahrnovalo komunikaci, rozmanitost prostředí, edukaci.

Sociální prostředí zahrnovalo, v jaké žije rodině, komunitě, jaké má zázemí, jaká je prevence chorob, důležité bylo znát i údaje o úmrtí. (10,21)

Teorie základní ošetrovatelské péče Virginia Handerson – 1955

Autorka definice ošetrovatelství:

„Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo uzdravení či klidné smrti, které by

vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. Sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“

Model Virginie Handerson zahrnuje 14. základních potřeb pacienta, které mu sestra pomáhá uspokojovat. Za pacienta rozhoduje pouze v případě úplné závislosti. Poskytování péče probíhá ve třech fázích: nejprve sestra zjistí, ve kterých potřebách pacient potřebuje pomoci, péči si naplánuje a zrealizuje ji, poté vše zapíše do plánu a postup dále upraví podle stavu pacienta, v posledním kroku pacienta edukuje a také jeho rodinu.

14. základních potřeb dle Handersonové zahrnuje normální dýchání, dostatečný příjem potravy a tekutin, vylučování, pohyb a udržování vhodné polohy, spánek a odpočinek, vhodný oděv, oblékání a svlékání, udržování fyziologické teploty, udržování upravenosti a čistoty těla, odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých, komunikace s ostatními osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů, vyznávání vlastní víry, smysluplná práce, hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace, učení, objevování nového, zvědavost vedoucí k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení. (21)

Model životních aktivit Nancy Roper - Winifred Logan - Alison Tierney 1976

Dvanáct denních aktivit života, jako projev lidských potřeb, manifestují se určitým typem chování, které je u každého jedince jiné a vedou k němu různé příčiny jako vývojové stadium, sociální vlivy a jiné.

Mezi dvanáct denních aktivit života patří, udržování bezpečného prostředí, komunikace, dýchání, jídlo a pití, vylučování, osobní hygiena a oblékání, kontrola tělesné teploty, pohyb, práce a hry, projevy sexuality, spánek, umírání.

Mezi další modely patří například:

- a) Teorie deficitu sebezpečí Dorothea Elisabeth Orem – 1970
- b) Teorie transkulturní péče Madeleine Leininger – 1980
- c) Teorie lidského bytí Rosemarie Rizzo Parse – 1992 (21)

10.2 Modely interpersonálních vztahů

Psychodynamické ošetřovatelství Hildegard E. Peplau – 1952

Peplauová charakterizuje ošetřovatelství jako „umění, které hojí“. Chápe ho jako interpersonální proces, kdy ohniskem zásahu se stává pacient, který je schopen novému učení a vytváření pozitivních změn. Vztah mezi sestrou a pacientem rozděluje do několika fází:

- a) Orientační fáze – kdy sestra zjišťuje informace o pacientovi
- b) Identifikační fáze – kdy dochází ke vztahu mezi sestrou a klientem a jeho formování
- c) Exploitační fáze – kdy se realizuje plán a za aktivní účasti pacienta vede k cíli
- d) Rezoluční fáze – kdy jsou potřeby pacienta uspokojeny a zásahů ze strany sestry již není zapotřebí (10)

Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon – 1987

Model je zaměřený na zdravotní stav pacienta, které může být buď funkční, nebo dysfunkční. Je tvořen dvanácti vzorci zdraví, ze kterých pokud sestra některý najde jako dysfunkční, se tvoří ošetřovatelská diagnóza a následně se pokračuje v dalších krocích ošetřovatelského procesu.

Mezi další modely interpersonálních vztahů patří:

- a) Teorie ošetřovatelského procesu Ida Jean Orlando – 1961
 - b) Model umění pomoci Ernestine Wiedenbach – 1964
- (21)

10.3 Systémové modely

Systémový model Betty Neuman – 1974

Model se zaměřuje na celého klienta, který se skládá ze čtyř proměnných fyziologické, psychické, sociokulturní, vývojové, což Neumanová „klientův systém“. Zaměřuje se hlavně na to, aby se snížily rizikové faktory jako stres a jiné nepříznivé podmínky, které by mohli ovlivnit nepříznivě jeho zdravotní stav.

Další systémové modely:

- a) Model behaviorálního systému Dorothy E. Johnson – 1959
- b) Systém teorie a cíle Imogene King – 1971
- c) adaptační model Callista Roy – 1976

10.4 Modely energetických polí

Teorie čtyř konzervačních principů MyraEstrin Levine – 1967

- a) Princip zachování energie
- b) Princip zachování strukturální integrity
- c) Princip zachování osobní integrity
- d) Princip zachování sociální integrity

Sestra musí identifikovat problémové oblasti, které z těchto principů vycházejí, dbát na jejich obnovení a následné udržení.

Mezi další jmenovaný model energetických polí lze zařadit:

- a) Model jednotných lidí Martha E. Rogers – 1979

(21)

11. ORGANIZAČNÍ SYSTÉMY PRÁCE

Aby mohl být ošetrovatelský proces účinný a mohl se aplikovat do praxe, je třeba zavést do praxe některý z následujících systémů práce.

11.1 Systém skupinové péče

Skupinová péče znamená, že se jedna zvolená sestra v průběhu směny stará o jí svěřenou skupinu nemocných. Je odpovědná za vedení jejich dokumentace a jejich předání další skupinové sestře na konci směny.

11.2 Systém primárních sester

Po přijetí pacienta na oddělení je pacientovi přidělena jedna sestra, primární sestra, která za pacienta nese odpovědnost po celou dobu pobytu v nemocnici. Primární sestra za pomoci dalších členů ošetrovatelských pracovníků u pacienta zajišťuje celkovou péči. Primární sestra vede dokumentaci pacienta od samého začátku až do konce. Plánuje u něj ošetrovatelskou péči a pravidelně ji doplňuje a obnovuje. Úzce spolupracuje s pacientem i jeho rodinou a zajišťuje případnou další ošetrovatelskou péči po propuštění do domácího ošetření. Když je ve službě, vždy pečuje o stejné nemocné. Pokud ve službě není, předá pacienta sekundární sestře. Na poradách ošetrovatelského týmu zastupuje své nemocné.
(17)

11.3 Týmová metoda

O pacienta se stará tým, který je sestaven z odborníků různé kvalifikace. Vedoucím je všeobecná sestra. Stará se o činnost týmu a je za ni zodpovědná. Dále pak dohlíží na to, aby poskytovaná ošetrovatelská péče byla v souladu s péčí lékařskou. Každodenní porady ošetrovatelského týmu by měly být samozřejmostí. Nevýhodou této metody je, velká vytíženost vedoucího pracovníka.

11.4 Case management

Je metoda, která je v překladu zaměřená na případ. Pacienti se přiřazují podle určitého kritéria, například diagnózy. Péče u nich se nevztahuje jen na dobu hospitalizace, ale navazuje i po návratu domů. Tímto způsobem je zajištěna kontinuita péče. Veškerou

odpovědnost má sestra, která dohlíží na to, aby u pacienta bylo dosaženo výsledků vedoucích k vytyčenému cíli.

11.5 Funkční systém

Zaměřuje se na vykonávání zadaných úkonů členy ošetrovatelského týmu, pro ošetrovatelský proces nevhodná metoda pro svou rozptýlenost péče. (13)

12 RÁMCOVÝ STANDARD OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Uvedený rámcový standard ošetřovatelského procesu je schválený a doporučený Radou pro rozvoj ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví ČR a je základní metodickou normou pro poskytování ošetřovatelské péče. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., 1999, str. 22). (18)

12.1 Strukturální požadavky

Ošetřovatelský proces by měly provádět dostatečně vzdělané sestry. Měl by být realizován systémem primárních sester nebo systémem skupinové péče. U každého pacienta je vedena samostatná ošetřovatelská dokumentace, která je součástí dokumentace zdravotnické. Základními složkami je ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče.

12.2 Procesuální kritéria

Ošetřovatelskou péči plánuje u nemocného jeho sestra, která na její realizaci dohlíží po celou dobu hospitalizace. Na základě zhodnocení pacienta a ve spolupráci s ním stanoví sestra potřeby pacienta, stanoví ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces musí splňovat tyto požadavky:

- a) Shromážděné údaje jsou přístupny všem členům zdravotnického týmu a jsou vedeny v ošetřovatelské dokumentaci.
- b) Ošetřovatelská diagnóza vychází ze zdravotního stavu pacienta a z odebrané ošetřovatelské anamnézy.
- c) Plán péče musí obsahovat cíl a řešení.
- d) Ošetřovatelské intervence vedou pacienta k sebepěči.
- e) Hodnocení nám dovoluje měnit plán ošetřovatelské péče vedoucí k dosažení cílů podle aktuálního stavu pacienta.
- f) Za jeho realizaci odpovídá vedoucí sestra.
- g) Do ošetřovatelské péče jsou aktivně zapojeni i studenti.

12.3 Kritéria výsledku

Pacient tedy zná plán ošetrovatelské péče a je do něj zapojen. Měl by být spokojen a neměl by mít výhrady. Je dostatečně informován, musí všemu rozumět. Pacient má pocit bezpečí a jistoty.

Tento rámcový standard poskytuje návod jak zpracovat ošetrovatelský proces, jak by měl vypadat, aby splňoval všechna kritéria v poskytování péče touto formou a aby mohl správně fungovat. (18)

13 JAK ZAVÉST OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DO PRAXE

Ošetrovatelský proces v praxi je změna. Změna v celém systému práce. Jak již bylo zmíněno lze ho aplikovat do praxe dvěma možnými systémy práce. Systémem skupinové péče nebo systémem primárních sester. V současné době však stále na některých pracovištích převládá funkční systém práce. Aby ošetrovatelský proces mohl být zaveden do praxe, musí nutně dojít ke změně.

Počáteční odpor by nositele změny neměl odradit, neboť každá změna vyvolá vlnu odporu. Velmi důležitá je komunikace. K tomu, aby zavádění změny mohlo být úspěšné je zapotřebí komunikovat. Vysvětlit proč je změna výhodná a zapojit do tohoto procesu příjemce změny, v tomto případě sestry. Pokud pochopí výhody změny a její potřebu, lépe se s ní vyrovnají a přijmou ji. Neochota komunikovat, odpovídat, vysvětlovat a vyvíjet nátlak na sestry, nepovede k přijetí změny. Je potřeba, aby sestry spolupracovaly, ne aby se stavěly na odpor. Důležitá je rychlost a připravenost. Zpočátku je nutné věci kontrolovat a doladovat. (5)

Pokud na oddělení chcete zavést ošetrovatelský proces je třeba, si tedy získat ochotu sester k zavedení nového způsobu, zajistit odbornou přípravu, dohodnout se sestrami, aby samy vymyslely postup, jak by proces mohl fungovat, neboť budou mít pocit, že se na jeho zavedení podílí a není jim nařízen shora. Mělo by být vytvořeno podpůrné prostředí. Mělo by být dopředu jasné, jak se bude postupovat při zavádění ošetrovatelského postupu. Sestry by měly mít možnost si ošetrovatelský proces vyzkoušet. Dopředu by se podstatné změny měly konzultovat s lékaři. Bez jejich podpory zavedení nového systému půjde velmi pomalu. Způsob nové práce by měl být vyzkoušen. (18)

13.1 Způsoby zavádění změny

Příkaz

Příkaz, je metoda zavedení změny „shora-dolů“ tzn. poslouchat příkazy vyšší autority. Tento způsob předpokládá, že se pracovníci přizpůsobí změně, neboť ve většině, případech, jim hrozí sankce při neuposlechnutí. Tento způsob změny, k zavádění ošetrovatelského procesu je zcela nevhodný, neboť hrozí návrat k původnímu způsobu práce.

Vysvětlené nařízení

Vysvětlené nařízení, kdy se předpokládá, že se lidi rozhodnou sami na základě podaných informací o prospěchu metody. Také tento způsob, je způsob metody „shora-dolů“ a není vhodný.

Dobrovolné rozhodnutí

Dobrovolné rozhodnutí, tento způsob je vhodný k zavedení ošetrovatelského procesu, neboť samy sestry se na změně podílí, navrhuji možnosti zavedení změny a akceptují ji. Nový způsob práce považují za svůj nápad a tak se mu lépe přizpůsobí. (18)

14 ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., 1998, str. 6) Kvalitní zdravotní péče je ovlivněna hodnotami dané společnosti a tím kdo kvalitu definuje. Kvalitní zdravotní péči lze charakterizovat tím, že ve zdravotnickém zařízení existuje koncepce ošetrovatelství. Péče se poskytuje formou ošetrovatelského procesu, do kterého jsou zapojeni pacienti. Aktivně vyhledává a uspokojuje pacientovi potřeby. Na ošetrovatelském procesu se podílí celý zdravotní tým, který si stanoví reálné cíle, dodržuje etický kodex, péče je vědecky podložená a existuje účinná mezioborová spolupráce. Právě na tyto oblasti se pak zaměřuje hodnocení kvality péče, které se zpravidla vyjadřuje ve standardech.

14.1 Ošetrovatelské standardy

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné (kvalitní) ošetrovatelské péče. (Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., 1998, str. 10) Vymezují úroveň péče, která má být poskytnuta. Pokud standardy nejsou dodržovány, pak péče o pacienta přestává být kvalitní a může ho ohrozit. Ošetrovatelské standardy zároveň chrání sestru, neboť prostřednictvím jich, se může hájit. Ošetrovatelské standardy se dále dělí na strukturální, procesualní a standardy hodnocení výsledků. Ošetrovatelské standardy centrální a lokální.

Strukturální standardy

Jsou zaměřeny na strukturu, to znamená, že určují, jaké by mělo být vybavení jednotek, hygienické a technické prostředky, personální vybavení. Určují požadavky na úroveň poskytovaných služeb.

Proceduální standardy

Týkají se ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Dělí se na standardy ošetrovatelských postupů a standardy ošetrovatelských činností.

Standardy hodnocení kvality

Standardy hodnocení kvality, sledují celkové hodnocení kvality poskytované péče, které lze označit jako ošetrovatelský audit.

Centrální standardy

Vydává Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy. Určují základní cíle oboru. Nejsou označovány jako standard, ale směrnice. Centrálním standardem je například etický kodex.

Lokální standardy

Jsou vypracované konkrétním zdravotnickým zařízením, popřípadě jednotkou zdravotnického zařízení, nesmějí být v rozporu se standardem centrálním.

Ošetřovatelský audit

Hodnocení plnění standardů nebo celkové hodnocení kvality ošetřovatelské péče.

(17)

15 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY

Spolupráce sester a lékařů

Ošetrovatelský proces není pouze práce sestry, ošetrovatelský proces je práce týmová a podílí se na něm všichni zdravotničtí pracovníci, včetně lékařů. Bohužel mnohdy dochází ke konfliktům mezi sestrami a lékaři. Sestry si často stěžují na špatný přístup lékařů. Stěžují si, že je lékaři přehlížejí, jejich práci nedokážou docenit, nejsou schopni pochválit je. Přes veškeré snahy upevnit pozici sestry jako kvalifikovaného pracovníka ve své profesi je lékaři na mnohých pracovištích stále vidí jen jako podřízeného pracovníka, který je nucen plně respektovat jejich příkazy a plnit je. Někteří lékaři ošetrovatelský proces odmítají, sesterské diagnózy neakceptují, a proto je odmítají řešit. Prioritní je pro ně pouze diagnóza lékařská.

Pracoviště, na kterých vládne tato napjatá atmosféra, však není vhodné k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Kvalita odváděné práce se tak snižuje, neboť sestry nemají dostatečnou motivaci ke své práci a raději se podřídí způsobu práce, který vyžaduje lékař. Jejich samostatné myšlení a kreativita jsou lékaři zpochybňovány a stále je staví do pozice podřízeného, který je nucen plně akceptovat každé rozhodnutí lékaře. Ne vždy však rozhodnutí autority je to nejsprávnější rozhodnutí a je zcela zřejmé, že každý kdo vykonává svou práci svědomitě, ji vykonává dobře.

Vztahy mezi sestrami

Aby ošetrovatelský proces mohl plně fungovat, nezáleží však jen na vztahu sestra – lékař. Také vztahy mezi sestrami jsou důležitou složkou v utváření ošetrovatelského procesu. Často mezi sestrami dochází ke konfliktům z různých příčin. Nesnášenlivost, pomluvy, závist. Tohle vše vede k rivalitě mezi sestrami. Soupeřením o lepší místo v kolektivu, či snaze přiblížit se blíže autoritám, ve smyslu donášení lživých informací, nelze dosáhnout úspěchů týmové práce. Ženy také mnohem častěji než muži v konfliktních situacích déle setrvávají. *Ženy, mají menší tendenci než muži spolupracovat a je u nich veliké nebezpečí, že upadnou do oboustranné „pasti“ vzájemné nekooperace a nedůvěřivosti vůči spolupracovníci při konfliktu.* (Křivohlavý, 2002, str. 104). (13)

Ani v tomto případě, nebude ošetrovatelský proces na pracovišti fungovat, neboť bez vzájemné spolupráce ho nelze uplatnit. (13)

Týmová spolupráce

Pokud má ošetrovatelský proces fungovat, je tedy nutné, aby všichni zdravotničtí pracovníci spolupracovali a stal se z nich tým.

Znaky týmové spolupráce:

- a) *Tým má jasné vědomí sebe samého jako skupiny.*
- b) *Tým vstupuje do pozitivní interakce s nečleny týmu.*
- c) *Tým vytváří pozitivní předpoklady a přesvědčení.*
- d) *V týmu probíhá jasná komunikace.* (PhDr. Ilona Plevová, 2011, str. 103)

Jedině týmová spolupráce povede k vytyčeným cílům, v tomto případě, k vytvoření hodnotného ošetrovatelského procesu. (13)

Závěr

Pojem ošetrovatelský proces vznikl v padesátých letech dvacátého století. Vzhledem, k novému pojetí ošetrovatelství to však již pojem není. Je to způsob práce, díky němuž dostává zcela nový směr. Je to komplexní péče o pacienta, kterého vidí jako holistickou bytost se všemi jeho potřebami. Cílem je udržovat a upevňovat zdraví člověka. Podporovat ho, aby se sám podílel na péči o své zdraví. Edukovat ho v předcházení nemocí.

Ošetrovatelský proces je týmová spolupráce všech zdravotnických pracovníků. Díky němu jsme schopni péči plánovat a vytvořit kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci. Jsme schopni se kromě správného vykonávání ošetrovatelských úkonů zaměřit na pacienta a jeho potřeby ve všech sférách jeho života.

Ošetrovatelský proces je návodem, jak postupovat, na co se zaměřit. Jeho prostřednictvím získáme o pacientovi cenné údaje, dokážeme pacienta diagnostikovat, péči si naplánovat, určit cíle a vhodné zásahy a svou práci i stav pacienta vyhodnotit.

Na základě ošetrovatelského procesu dále pak můžeme svou práci vést podle platných standardů a jsme schopni ji kontrolovat prováděnými audity.

Ošetrovatelský proces upevňuje vztahy mezi všemi pracovníky zdravotnického týmu a mezi pracovníky zdravotnického týmu a pacienty.

Zavést ošetrovatelský proces do praxe je jistě i přes veškeré snahy nelehkým úkolem, přesto by jeho tvorba ve všech zdravotnických zařízeních měla být prioritou mezi vytyčenými cíli.

16 PRAKTICKÁ ČÁST

16.1 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu v mé práci bude zjistit, jestli sestry ošetrovatelský proces znají. Jestli pracují formou ošetrovatelského procesu a či vidí ošetrovatelský proces jako pozitivní nástroj ke zkvalitnění péče.

16.2 Hypotézy

H 1: Většina sester zná ošetrovatelský proces.

H 2: Většina sester pracuje formou ošetrovatelského procesu.

H 3: Většina sester vidí v ošetrovatelském procesu pozitivní nástroj ke zkvalitnění péče.

16.3 Výzkumná metoda

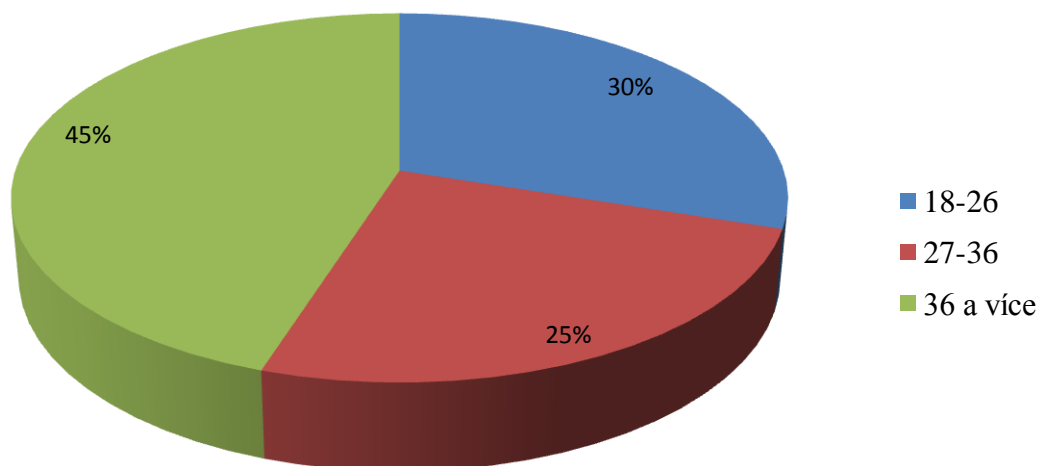
Pro svoji práci byl zvolen kvantitativní výzkum za použití dotazníkové formy. Otázky v dotazníku měly pouze jednu správnou odpověď, kterou sestry měly zakroužkovat. V některých případech byl sestrám dán prostor, aby se mohli sami, vyjádřit k tématu. Dotazník byl anonymní. Šetření bylo určeno všem sestrám, všech věkových skupin, bez ohledu na nejvyšší dosažené vzdělání. Před výzkumným šetřením jsem provedla pilotní studii na svém oddělení a rozdala jsem 10 dotazníků našim sestrám. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z nichž se vrátilo 80. Výzkumné šetření probíhalo v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, v městské nemocnici v Duchcov a.s. Vita.

16.4 Prezentace a interpretace získaných údajů

Výzkumné šetření bylo vyhodnoceno v procentech a zaznamenáno do grafů, ke kterým byly přidány popisky.

Graf č. 1

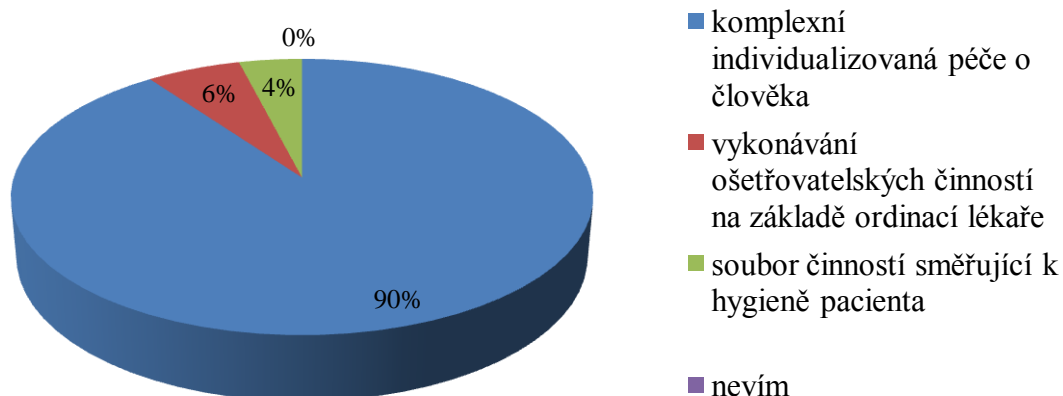
Věk tázaných sester



Z výzkumného šetření vyplývá, že ve věku 18-26 let bylo 24 (30%) sester, ve věku 27-36 let bylo 20 (25%) sester a ve věku 36 a více let bylo 36 (45%) sester. Většina tázaných sester byla tedy ve věku 36 a více let.

Graf č. 2

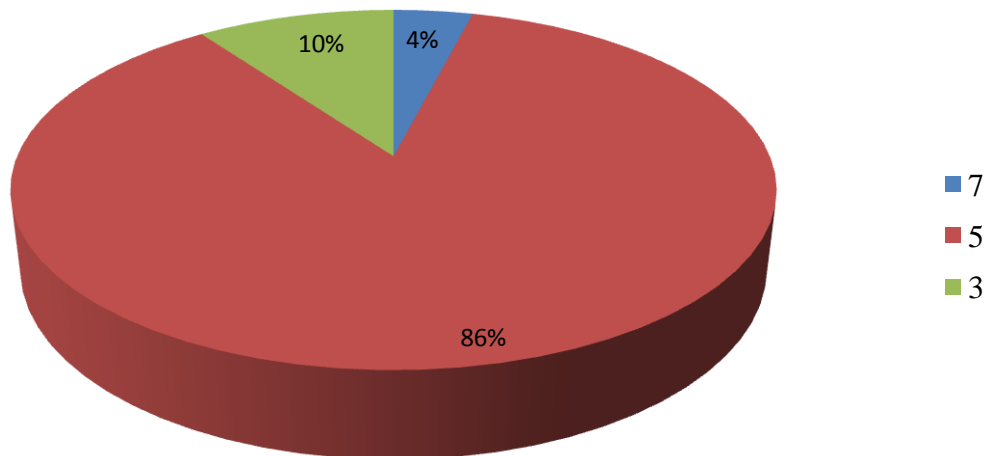
Pojem ošetrovatelský proces



Z výzkumného šetření vyplývá, že převážná většina sester tedy 72 (90%) sester si myslí, že ošetrovatelský proces je komplexní individualizovaná péče o člověka, jen 5 (6%) sester se domnívá, že ošetrovatelský proces je vykonávání ošetrovatelských činností na základě ordinací lékaře a pouze 3 (4%) sestry si o ošetrovatelském procesu myslí, že je to soubor činností směřující k hygieně pacienta. Žádná ze sester neodpověděla nevím. Převážná většina sester tedy odpověděla správně.

Graf č. 3

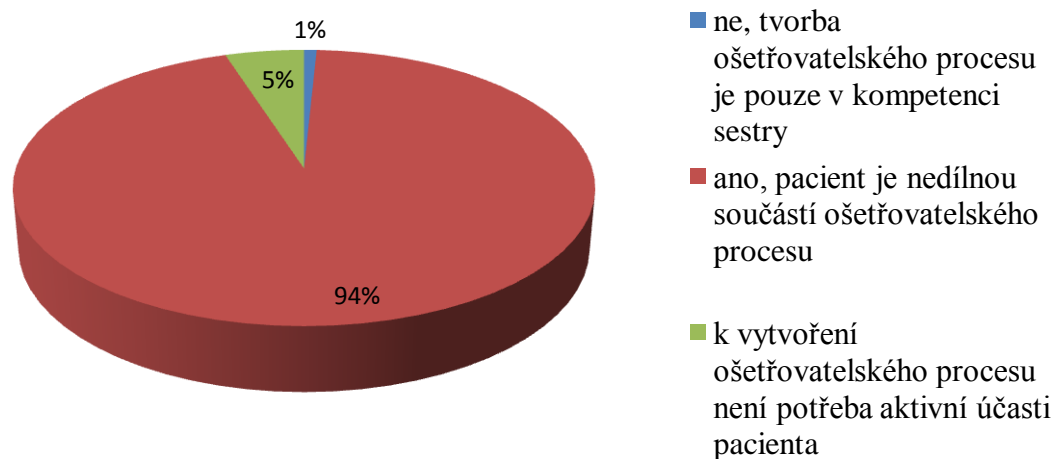
Fáze ošetrovatelského procesu



Z výzkumného šetření vyplývá, že 69 (86%) sester si myslí, že ošetrovatelský proces má pět fází, 8 (10%) si myslí, že má fáze tři a pouze 3 (4%) sestry si myslí, že má fázi sedm. Opět převážná většina sester odpověděla správně.

Graf č. 4

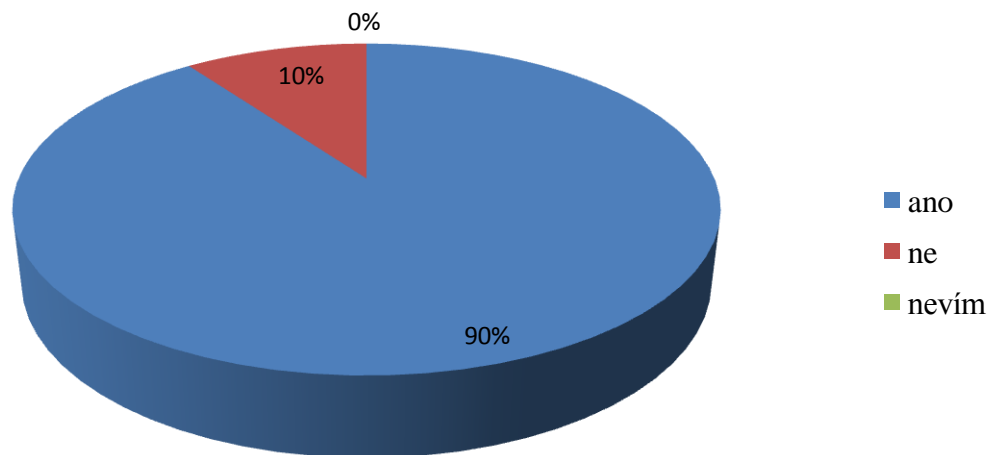
Ošetrovatelský proces a podíl pacienta na něm



Z uvedeného grafu vyplývá, že 75 (94%) sester si myslí, že je pacient nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, 4 (5%) sestry si myslí, že není potřeba aktivní účasti pacienta a pouze 1 (1%) sestra je přesvědčena, že ošetrovatelský proces je pouze v její kompetenci. V jediném případě při vyhodnocování dotazníku jsem našla připomínku sestry, že pacient nemůže být vždy součástí ošetrovatelského procesu a to i přesto, že je u něj vykonáván a to v případě, že mu to nedovoluje stav vědomí. I z tohoto grafu je patrné, že většina sester odpověděla správně.

Graf č. 5

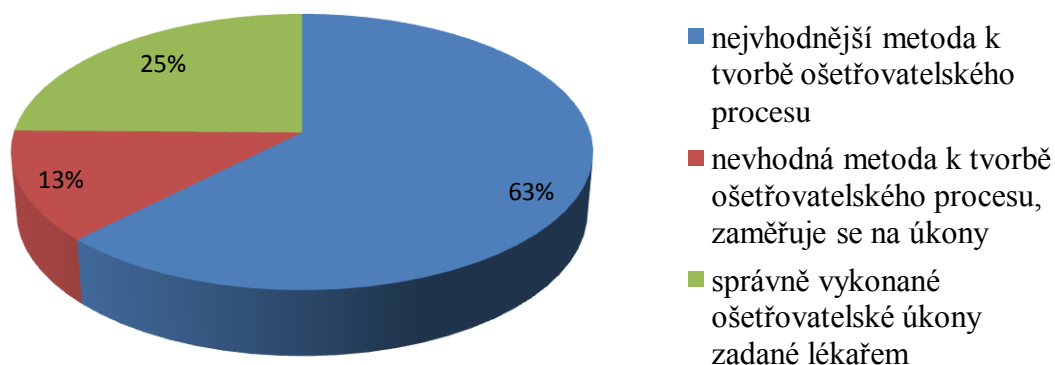
Ošetřovatelský proces a stanovení ošetřovatelské diagnózy



Zda je součástí ošetřovatelského procesu i stanovení ošetřovatelské diagnózy odpovědělo 72 (90%) sester, že ano, pouze 8 (10%) si myslí, že ne. V tomto případě také sestry odpověděly správně.

Graf č. 6

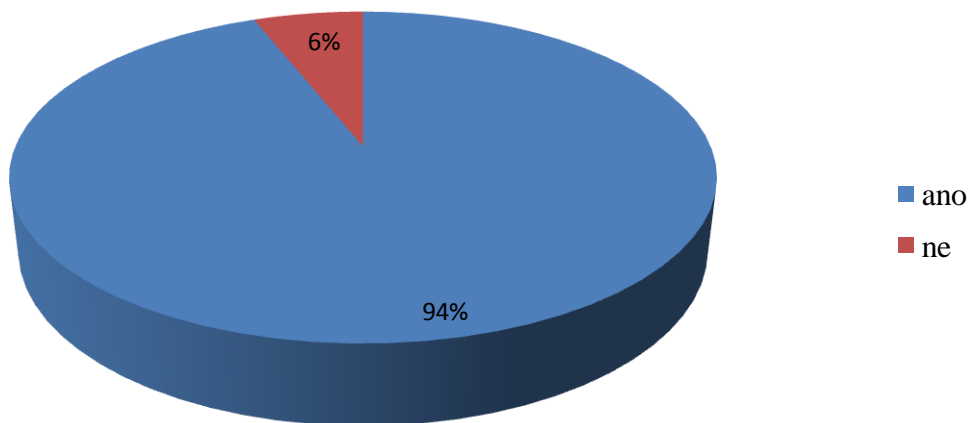
Pojem funkční péče



Z tohoto grafu vyplývá, že většina sester tedy 50 (63%) předpokládá, že funkční metoda je vhodná k tvorbě ošetrovatelského procesu, 20 sester tedy 25% si myslí, že jsou to správně vykonané úkony zadané lékařem, pouze 10 (13%) sester zadrželo funkční péči jako nevhodnou metodu při tvorbě ošetrovatelského procesu. V tomto případě je evidentní, že sestry pojem funkční péče neznají a z jejich odpovědí vyplývá, že si spíše pod tímto pojmem představují kvalitně provedený ošetrovatelský proces.

Graf č. 7

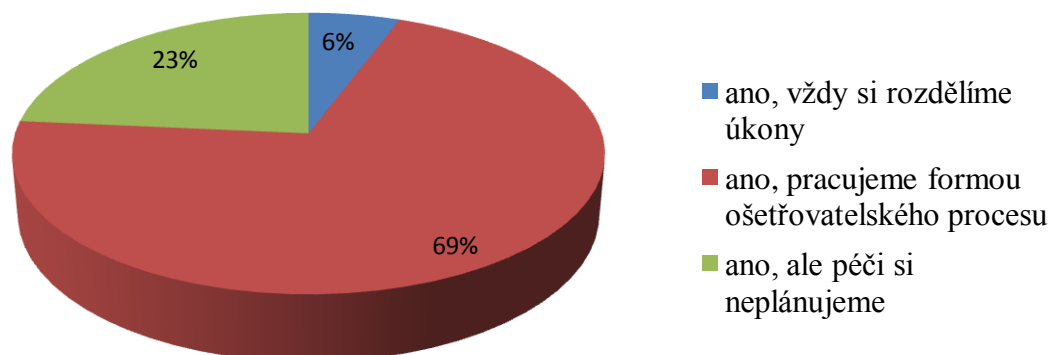
Ošetrovatelský proces a řádně vedená dokumentace



Jak vyplývá z uvedeného grafu 75 (94%) sester uvádí, že ano, jen 5 sester tedy 6% si myslí, že není podstatná. I zde je odpověď sester správná. Kvalitně vedená dokumentace je součástí ošetrovatelského procesu.

Graf č. 8

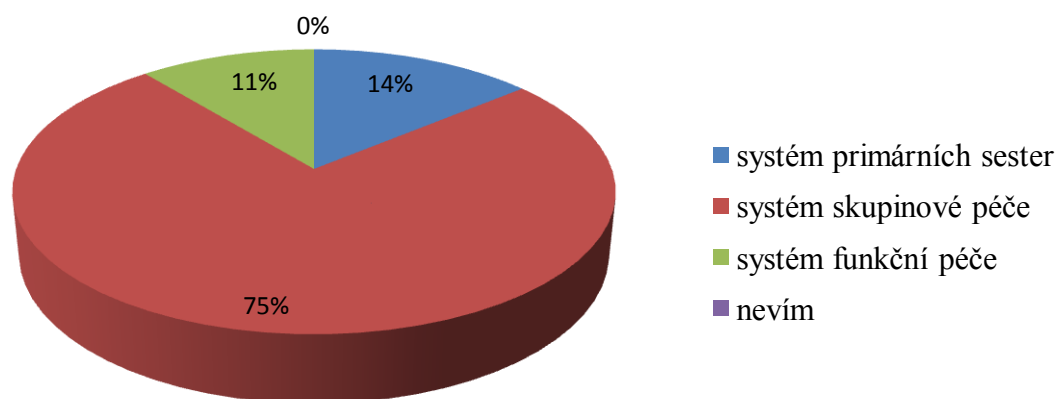
Ošetřovatelský proces na Vašem oddělení



55 (69%) sester uvádí, že pracují formou ošetřovatelského procesu, 18 (23%) uvádí, že pracují formou ošetřovatelského procesu, ale péči si neplánují a 7 (9%) uvádí, že pracují formou ošetřovatelského procesu, nicméně jejich představa ošetřovatelského procesu spočívá v rozdělení si ošetřovatelských úkonů.

Graf č. 9

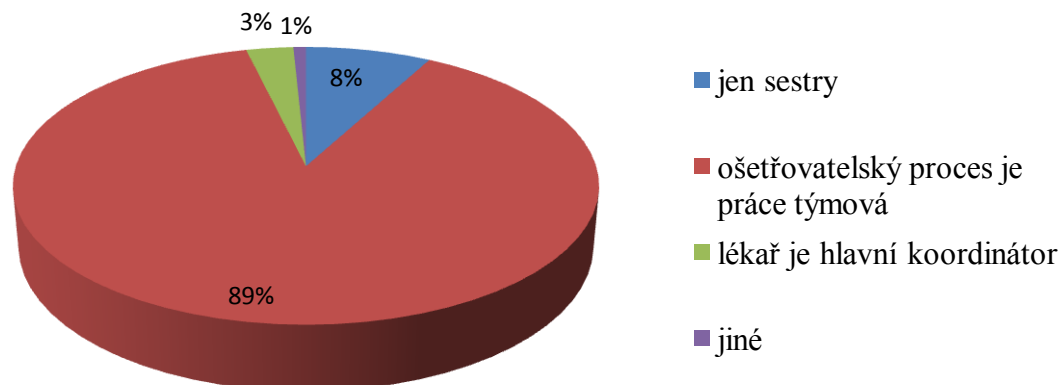
System péče při realizaci ošetrovatelského procesu



Na tomto grafu lze vyčíst, že 60 (75%) sester realizuje ošetrovatelský proces formou skupinové péče, 11 (14%) realizuje ošetrovatelský proces formou primárních sester, jen 9 (11%) sester realizuje podle nich ošetrovatelský proces formou funkční péče, tedy zcela nevhodnou metodou pro jeho tvorbu.

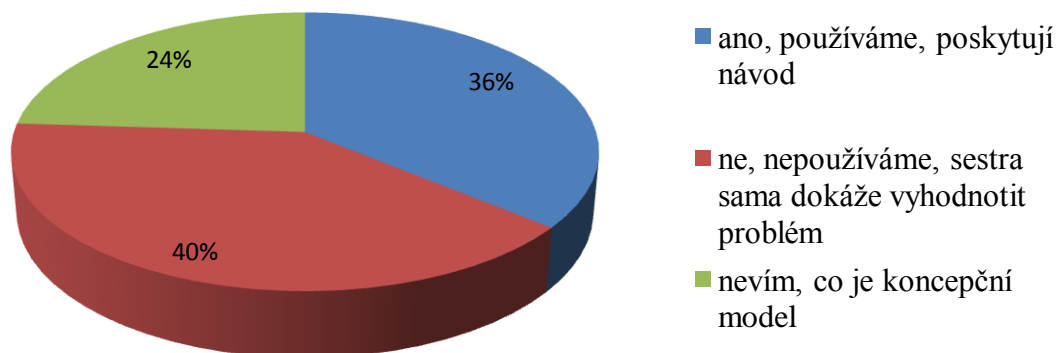
Graf č. 10

Ošetrovatelský proces a jeho aktéri



Z grafu vyplývá, že 71 (89%) sester uvádí, že ošetrovatelský proces je práce týmová, 6 sester tedy 8% uvádí, že na ošetrovatelském procesu se podílí pouze sestry, 2 (3%) si myslí, že hlavním koordinátorem je lékař, pouze jedna sestra (1%) si myslí, že jediným kdo se podílí na tvorbě ošetrovatelského procesu, je pacient.

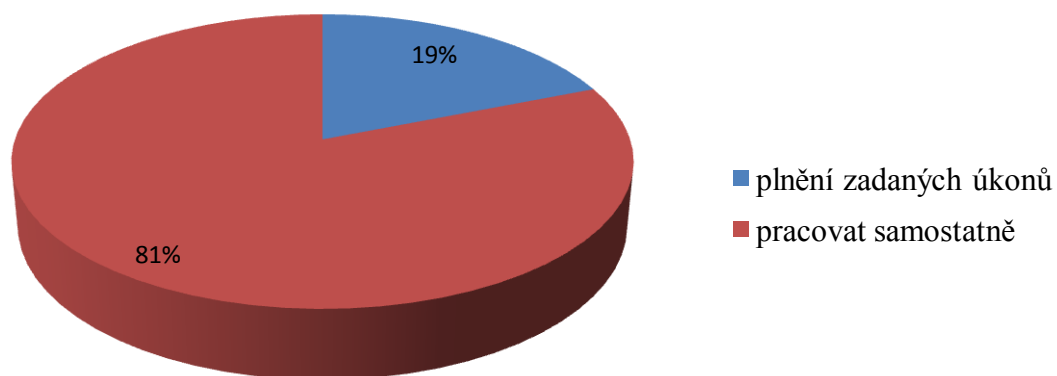
Koncepční modely a jejich přínos



Při vyhodnocení v tomto grafu lze vidět, že 32 (40%) sester koncepční model nepoužívá neboť, uvádí, že sama dokáže vyhodnotit problém, 29 (36%) sester koncepční model používá při vyhodnocování na co se u pacienta zaměřit a 19 (24%) sester vůbec neví, co koncepční model znamená.

Graf č. 12

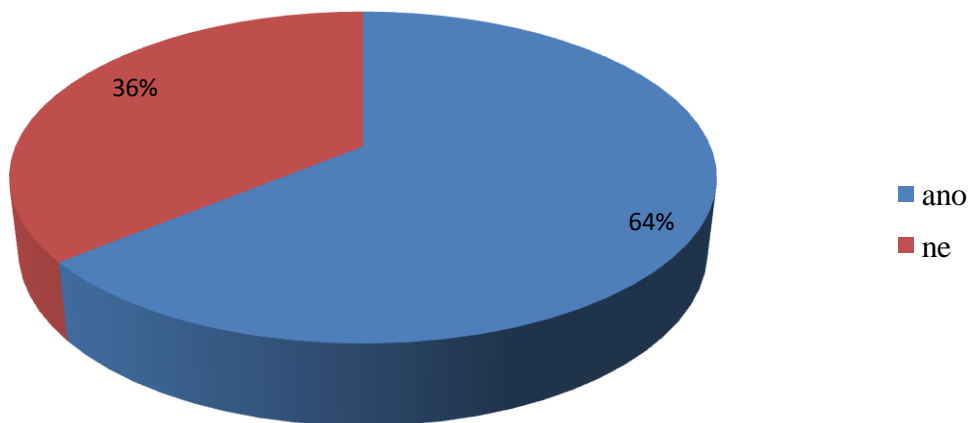
Samostatnost při práci



K tomuto grafu lze říci, že převážná většina sester 65 (81%) raději pracuje samostatně. Jen 15 (19%) sester volí raději plnění zadaných úkonů.

Graf č. 13

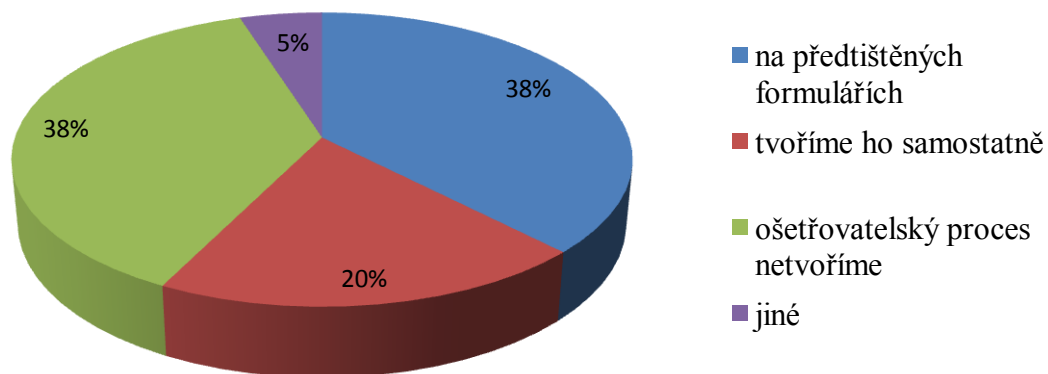
Konzultace s nadřízenými při tvorbě ošetrovatelského procesu



Z grafu lze vyčíst, že 51 (64%) sester konzultuje s nadřízenými návrhy ohledně ošetrovatelského procesu, 29 (36%) sester s nadřízenými návrhy nekonzultuje.

Graf č. 14

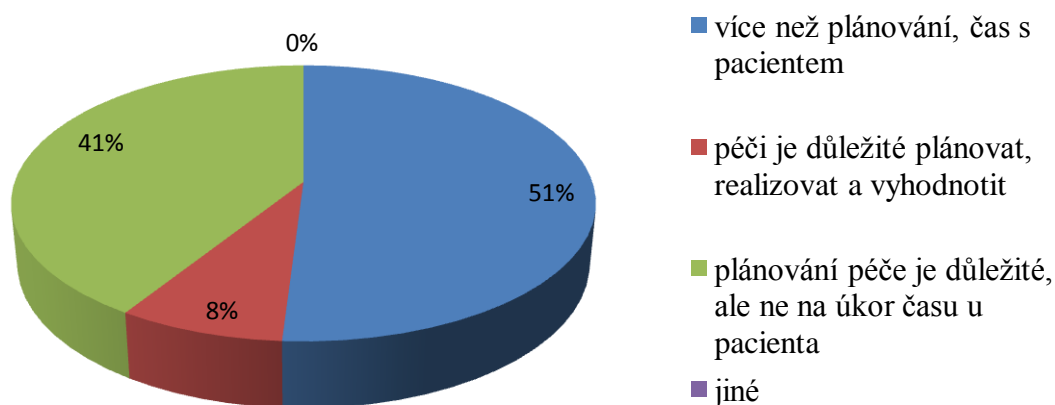
Styly zápisů ošetřovatelského procesu



Ve výše uvedeném grafu je patrné, že 30 (38%) sester ošetřovatelský proces zapisuje pomocí předtištěných formulářů, stejný počet sester ošetřovatelský proces vůbec netvoří, 16 (20%) sester tvoří ošetřovatelský proces samostatně, pouze 4 (5%) sestry pracují jinak.

Graf č. 15

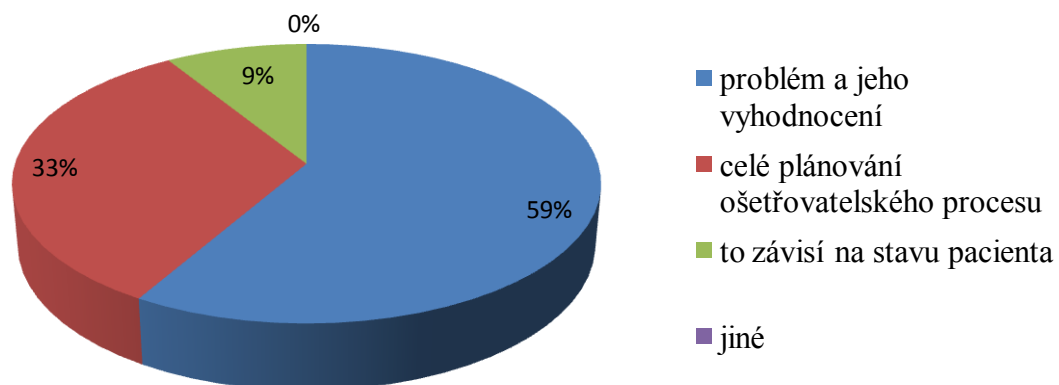
Důležitost plánování péče nebo preference času s pacientem



Jak je z grafu patrné 41 (51%) sester bude raději trávit čas s pacientem než plánovat péči. 33 (41%) sester si myslí, že je důležité péči plánovat, ale nesmí být čas plánování péče na úkor péče o pacienta. Jen 6 (8%) sester si myslí, že je důležité péči plánovat, realizovat a vyhodnocovat. Ani jedna ze sester neměla jiný názor.

Graf č. 16

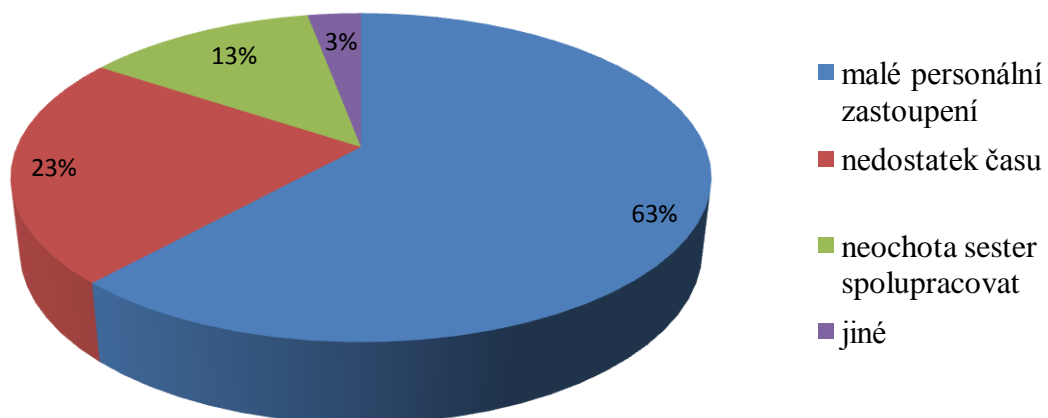
Preference zápisů do ošetrovatelské dokumentace



Podle uvedeného grafu si 47 (59%) myslí, že by se měl zapisovat problém a jeho vyhodnocení k lepšímu či horšímu. 26 (33%) je toho názoru, že by se měl zapisovat celý ošetrovatelský proces, 7 (9%) si myslí, že by zápisy měly vycházet pouze z konkrétního stavu pacienta, žádná ze sester nenavrhla jiný způsob.

Graf č. 17

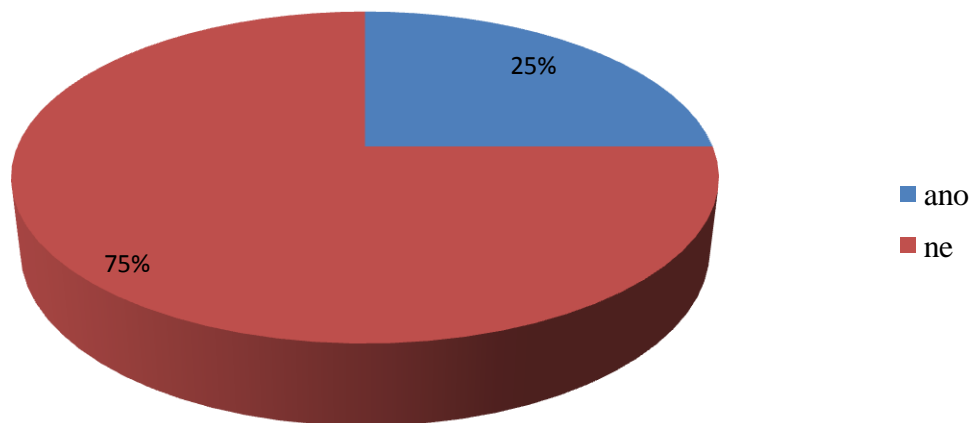
Co nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu



Podle sester nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu malé personální zastoupení a to u 50 (63%) sester, dále nedostatek času u 18 (23%) sester, 10 (13%) si myslí, že je to neochota sester spolupracovat a pouze dvě sestry (3%) odpověděly, že příčinou je špatný systém zdravotní péče a nedostatek financí nemocnic.

Graf č. 18

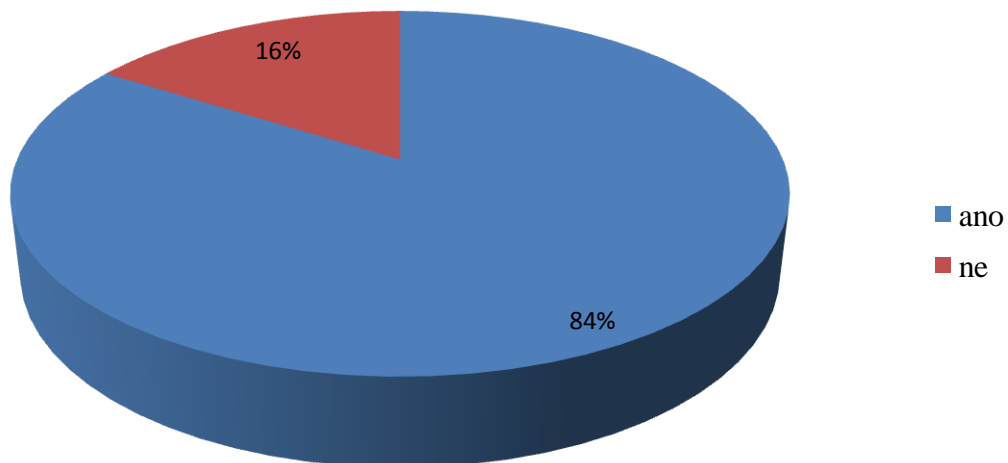
Motivace k práci formou ošetrovatelského procesu



Ve výše uvedeném grafu pouze 20 (25%) sester uvádí, že má motivaci k práci formou ošetrovatelského procesu a tou je podle nich, zlepšení pacientova stavu. Naproti tomu 60 (75%) sester motivaci k práci formou ošetrovatelského procesu nemá.

Graf č. 19

Ošetrovatelský proces a kvalita péče



V posledním z výše uvedených grafů lze vyčíst, že 67 (84%) sester je přesvědčeno, že stejně kvalitně by mohla být poskytnuta péče i bez tvorby ošetrovatelského procesu. Pouze 13 (16%) sester si myslí, že by nemohla být poskytnuta stejně kvalitní péče.

17 DISKUZE

V této bakalářské práci bylo mým cílem zjistit, jestli sestry znají ošetrovatelský proces, jestli pracují formou ošetrovatelského procesu a zda v něm vidí přínos či nikoliv. Ke zjištění mého cíle jsem si stanovila tři hypotézy. První hypotéza zněla, že většina sester zná ošetrovatelský proces. K první hypotéze se vztahovaly otázky 2-7. Otázka číslo 1 byla doplňující otázkou pro všechny stanovené hypotézy. Hypotéza číslo jedna, se potvrdila. Otázky 2-7 jsem pojala jako otázky znalostní. V převážné většině znalostních otázek sestry odpověděly správně. Pouze v jedné z otázek chybovaly. Tato otázka se vztahovala k pojmu funkční péče. Tento pojem byl sestřím znám pouze v 10 (13%) z dotázaných osmdesáti sester. Předpokládám, že sestry tento pojem spíše vnímaly jako správně provedený ošetrovatelský proces.

Druhá hypotéza zněla, že většina sester pracuje formou ošetrovatelského procesu. K této hypotéze se vztahovaly otázky 8-12. Hypotéza, se potvrdila. Většina sester pracuje formou ošetrovatelského procesu. 55 (69%) sester uvedlo, že si péči plánují, realizují a vyhodnocují jí na základě stanovené diagnózy, sestry také v převážné většině uvedly, že ošetrovatelský proces provádí formou skupinové péče, dále se shodují na tom, že ošetrovatelský proces je práce týmová. Tato kritéria splňují, že sestry opravdu formou ošetrovatelského procesu pracují. Vyhovuje jim pracovat samostatně, spíše nežli plnit zadané úkony.

Třetí hypotéza zněla, že většina sester vidí v ošetrovatelském procesu pozitivní nástroj ke zkvalitnění péče. Bohužel tato hypotéza se nepotvrdila.

V otázce číslo 14 byly sestry dotázány, jakým způsobem zapisují ošetrovatelský proces a zajímala mě z toho důvodu, že jsem chtěla vědět, či je ze zápisů opravdu potvrzena návaznost péče. V odpovědích 30 (38%) sester uvedlo, že ošetrovatelský proces zapisují na předem předtištěných formulářích, stejný počet sester uvedl, že ošetrovatelský proces netvoří, pouze zapíše do dokumentace problém a jeho vyhodnocení. Jen 16 (20%) sester uvedlo, že ošetrovatelský proces tvoří samostatně. 4 (5%) uvedly jiný způsob zápisu.

Proto, že mě tyto odpovědi zaujaly, získala jsem různé typy ošetrovatelských plánů, abych se přesvědčila, jak je ošetrovatelský plán zapisován. V jednom z ošetrovatelských plánů byly zapisovány pouze intervence u pacienta, bez tvorby ošetrovatelských diagnóz, natož pak jejich vyhodnocení. Intervence provedené u pacienta však nic nevypráví o jeho stavu a ani ho nijak neřeší. Tím méně pokud je při realizaci ošetrovatelského plánu uváděno například i mytí a dezinfekce pomůcek. Jestliže jsou sestry touto formou zápisů

přesvědčeny, že provádí ošetřovatelský proces, pak se nedivím, že se k němu staví tak negativním způsobem. Tato realizace ošetřovatelského plánu nemá vůbec nic společného s tvorbou ošetřovatelského procesu a tím se z ní stává jen pouhý přebytečný list papíru. Druhý získaný plán ošetřovatelské péče se sice již blížil k ošetřovatelskému plánu, jak by měl vypadat, chybělo v něm však zhodnocení péče. Navíc formulace ošetřovatelských diagnóz byla v některých případech nepřesná. O stejné problematice se zmiňuje i Mynaříková Eva ve svém zpracování Ošetřovatelský proces, ošetřovatelská dokumentace, kde poukazuje na chyby v ošetřovatelských plánech. (Mynaříková. Eva. 2008). (9). Ani v tomto případě tedy nebyla prokázána tvorbou ošetřovatelského plánu návaznost péče. Jistě je přínosné zapsat intervence u pacienta, jakými dosáhnu cíle, pokud však péči nevyhodnotím, pak je celý zápis neúplný a pro sestry ani jiné členy zdravotnického týmu nemá význam. Oba tyto záznamy byly sice doplněny o každodenní záznam sester, ten se však, zcela lišil od předtištěných plánů a navíc se k nim nevztahoval. Pokud tyto plány srovnám s rámcovým standardem schváleným a doporučeným Radou pro rozvoj ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky pak tyto plány nesplňují ošetřovatelský proces, jak ho ve své příručce pro sestry uvádí Doc. PhDr. Marta Staňková. CSc. (Doc. PhDr. Marta Staňková. CSc., str. 23). (18) Prováděný ošetřovatelský proces se sestrami může tedy zdát demotivující, zvláště pokud jsou vzdělány jak ho tvořit.

Ovšem i kdyby sestry chtěly tvořit ošetřovatelský proces, mnohdy k tomu nedostanou ani možnost. Během své praxe jsem se několikrát setkala s tím, že ačkoliv jsem se snažila konzultovat stav pacienta s nadřízeným, nebyly mé názory brány v potaz a intervence u pacienta mi byly nařizeny bez ohledu na stávající stav pacienta. Jestliže máme tvořit ošetřovatelský proces, měly by i naše postřehy být akceptovány. Přitom sestry uvádí, že s nimi nadřízení konzultují návrhy spojené s tvorbou ošetřovatelského procesu a to 51 (64%) sester. Otázkou tedy je, zda i sestrami navržené návrhy jsou schopny akceptovat, nebo sestry ošetřovatelský proces provádí pouze jako příkaz ze shora a tudíž považují tvorbu ošetřovatelského procesu za zbytečnou. Bohužel jsem neměla možnost získat zápisy sester, které uvádí, že ošetřovatelský proces tvoří samostatně.

V otázce číslo 15 sestry byly dotázány, zda si myslí, že je plánování péče důležité nebo by raději před plánováním péče tento čas věnovaly pacientovi. 41 (51%) sester se raději než plánování péče bude věnovat pacientovi, 33 (41%) si myslí, že plánování péče je důležité, ale nesmí jí být věnováno více času než pacientovi. Jen 6 (8%) sester bez výhrad souhlasí s tím, že je péči důležité si nejprve naplánovat, zrealizovat a poté vyhodnotit. S tím také souvisí otázka číslo 16, ve které sestry byly dotázány, co by podle nich mělo být

zapisováno do dokumentace. Sestry převážně preferují uvádět do dokumentace problém a jeho vyhodnocení k lepšímu či horšímu a to 47 (59%) sester. Sestry jsou tedy schopny uvést do dokumentace problém, který pak vyhodnotí dle aktuálního stavu pacienta, nicméně také ušetří čas. To také potvrzuje 17. otázka, kde sestry měly odpovědět, co si myslí, že nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu 30 (38%) sester odpovědělo, že nedostatek času, 37 (46%) sester uvádí, že malé personální zastoupení. Chybou v tomto případě podle mě jsou ošetrovatelské plány, které sestry tvoří. Proto také sestry při zápisech do ošetrovatelské dokumentace raději volí uvést právě stávající problém u pacienta a poté ho vyhodnotit a to 47 (59%) sester. Problém pokud přetrvává, pak dále předávají sestře přebírající službu a ta pokračuje v realizaci intervencí dle svého uvážení, které vedou k odstranění problému. Tímto způsobem je zajištěna návaznost péče. Jistě by tedy bylo vhodné, pokud by samy sestry měly možnost podílet se na tvorbě ošetrovatelských plánů. Tvorba potencionálních rizik u pacienta, je pro sestry také demotivující, neboť utvořené diagnózy z nich plynoucí nikdo nebere v potaz. Tím nezpochybnuji důležitost potencionálních rizik, nicméně jsem přesvědčena, že pokud příkladně pacient má zavedenou nitrožilní kanylu, předpokládá zkušená sestra, že u něho může vzniknout flebitida a vhodnými intervencemi se bude snažit tomuto stavu předejít, aniž by potencionální rizika psala do dokumentace. Také sestavování ošetrovatelských diagnóz ztrácí v některých případech smysl. Z plánů, které jsem získala, jsem zjistila, že předtištěné diagnózy nejsou vždy správně formulované. A ačkoliv se vztahují k diagnóze lékařské a jsou v nich uvedeny nejčastější možné problémy u pacienta, přeci jen neobsáhnou veškeré diagnózy, tedy problémy, které by mohly nastat. I z tohoto důvodu se přikláním k názoru sester, že je vhodné zapisovat do dokumentace právě nastalý problém a jeho vyhodnocení. Více tedy preferuji, vlastní zápisy sester, jednoduchým způsobem. Tedy problém a vyhodnocení. Tím sestry ušetří čas a bude zajištěna i návaznost péče. Jistě je přínosné zapisovat, jaké intervence u pacienta provedu, tedy si péči plánovat, nicméně si myslím, že sestry jsou schopny tyto intervence vykonat i bez písemné formy. Z odpovědí sester na tyto otázky, lze usuzovat, proč nemají k ošetrovatelskému procesu sestry motivaci. Vidí v tvorbě ošetrovatelského procesu, nebo spíše doplňování předtištěných formulářů jen ztrátu času. Času, který by mohly věnovat pacientovi. Jsem přesvědčena, že to není však vinou sester, že se tak negativně staví k plánování péče. Problém vidím v tom, jakým způsobem jsou sestry k této práci nuceny a za jakých podmínek ji musí vykonávat. Tím myslím právě sesterské zápisy a předtištěné formuláře. Pouze 20 (25%) sester uvádí jako motivaci k tvorbě ošetrovatelského procesu zlepšení pacientova stavu. Důkazem je

odpověď sester i na poslední otázku, zda si sestry myslí, že pacientovi mohou poskytnout stejně kvalitní péči i bez tvorby ošetrovatelského procesu a u které 67 (84%) sester odpovědělo, že ano.

Otázka číslo 1 byla doplňující otázkou ke všem stanoveným hypotézám a položila jsem jí proto, že jsem chtěla zjistit, která skupina sester nejvíce zná ošetrovatelský proces a dokáže si na něj utvořit názor. 36 (45%) sester bylo ve věku 36 a více let, 24 (30%) sester bylo ve věku 18 až 26 let a 20 (25%) sester bylo mezi 26 až 35 lety. Největší skupinu tedy tvořily sestry ve věku 36 let a více. Je tedy pravdou, že osobní zkušenosti sester a délka praxe přispívají k větší znalosti ošetrovatelského procesu a k utvoření názoru si na něj. Bohužel i přesto, že sestry ošetrovatelský proces znají a pracují formou ošetrovatelského procesu, vnímají ho negativně.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem si stanovila tři hypotézy. První dvě hypotézy se potvrdily. Cílem bylo zjistit, jestli sestry znají ošetrovatelský proces a jestli pracují jeho formou. Při vyhodnocování se potvrdilo, že sestry ošetrovatelský proces znají. Potvrzení této hypotézy jsem předpokládala již při jejím stanovení. Důvodem k mému předpokladu bylo nové pojetí ošetrovatelství a změna ve výuce na zdravotních školách, kde jsou sestry s ošetrovatelským procesem seznámeny. Nemalý význam přikládám tomu, že i vyškolené sestry dále předávají informace sestrám, které ještě byly vyučovány k tomu, aby perfektně zvládaly úkony, které měly předem stanoveny. A kdy se péče o pacienta více zaměřovala na jejich provedení než na pacienta samotného. Dnešní sestry se již zaměřují vedle správně provedených úkonů také na potřeby pacienta. Jsou schopny stanovit si u něj ošetrovatelské diagnózy, péči si naplánovat, určit cíle, vhodné intervence a poté vyhodnotit. Při své práci jsou schopny používat ošetrovatelské modely, které jim usnadňují zaměřit se na priority a zlehčují jim správné vytvoření ošetrovatelského plánu. Dokáží pracovat samostatně.

Také druhá hypotéza se potvrdila, převážná většina sester pracuje formou ošetrovatelského procesu. To znamená, že tvoří ošetrovatelský plán a pracují formou péče, která je vhodná k realizaci ošetrovatelského procesu. Veliký problém, který jsem však shledala, je styl zápisů ošetrovatelských plánů. Zajímalo mě, jaké jsou ošetrovatelské plány, které sestry tvoří. Získala jsem proto některé ošetrovatelské plány z různých nemocnic, abych si utvořila náhled na jejich tvorbu. Ošetrovatelské plány, které jsem získala, mě však nemile překvapily. Přesto, že je utvořen rámcový standard k jejich tvorbě, dle mého názoru nesplňují jeho kritéria. Víím, že různá zařízení nebo jednotky ošetrovatelské péče mají vlastní standardy, vždycky by však měly vyhovovat standardu rámcovému. Po shlédnutí těchto ošetrovatelských plánů mi však mnohdy unikla podstata věci, kterou ošetrovatelský plán má splňovat a tou je diagnostika problémů u pacienta, plánování péče, realizaci a její vyhodnocení. Tímto způsobem by měla být docílena kontinuita péče. Ošetrovatelské plány jsou však neúplné anebo naopak jsou v nich uváděny věci, které není nutno do ošetrovatelských plánů uvádět. Pokud jsou sestry nuceny zpracovávat ošetrovatelské plány na základě těchto předtištěných plánů, není vůbec překvapivé, že se k tvorbě ošetrovatelského plánu a vůbec ošetrovatelského procesu staví tak negativně jak potvrdila hypotéza tři, že sestry nevidí přínos v ošetrovatelském procesu. Sestry sice uvádí, že při tvorbě ošetrovatelských plánů mohou ve většině případech konzultovat návrhy s nadřízenými, přesto však, jak se potvrdilo, tyto návrhy nejsou

akceptovány. Kámen úrazu vidím především v tom, že sestry mají pocit, že doplňování těchto plánů je především zdržuje od práce. Přikláním se k názoru sester, že pokud mám vyplňovat již předepsané plány tímto způsobem, ztrácí celý ošetřovatelský proces smysl. Myslím si, že daleko pozitivněji by sestry realizaci ošetřovatelského procesu vnímaly kladně, pokud by měly větší prostor k tvorbě vlastních plánů, nebo pokud by byly aktivněji zapojeny do návrhů, jak by tyto plány měly vypadat. Samozřejmě v souladu s plány dle rámcového standardu. Další chybou je, že sestry jsou sice seznámeny s ošetřovatelským procesem na školách, v praxi však jim nikdo nedává dále prostor k tomu, aby ho pochopily. A aby jeho tvorba pro ně znamenala přínos v péči o pacienta. Dnešní zdravotnictví klade důraz na kontinuální vzdělávání sester, jsou pro ně pořádány semináře na různá témata, a přestože sama pracuji ve zdravotnictví, nikdy jsem neměla možnost zúčastnit se semináře na téma ošetřovatelský proces. I z tohoto důvodu si myslím, že se sestry k němu staví negativně.

Konečným výstupem celé mé práce je, že tvorba ošetřovatelského procesu v našich podmínkách je pro sestry demotivující. Tvorbu ošetřovatelského procesu mají jako nařízení shora, musí vyplňovat plány, které vytvořily jejich nadřízení a nikdo se jich neptá na jejich názory. Ošetřovatelské plány tak pro sestry znamenají jen další byrokratickou složku dokumentace, ke které se staví negativně, neboť ji vnímají jako nutnou formalitu pro splnění kritérií, které vyhodnocují kvalitu péče na základě jich utvořených.

Ošetřovatelský proces je jistě přínosem. V managementu každé plánování znamená snížení rizik. A nové pojetí ošetřovatelství samo znamená mimo jiné management. Kvalitně naplánovaná péče znamená snížení rizik u pacienta, to znamená předcházení problémů a řešení problému právě nastalých. Jestliže ale sestry budou nadále vyplňovat formuláře, bez možnosti tvořit samostatně ošetřovatelský proces, bez možnosti vyjádřit se k němu, bez motivace a bez ocenění jejich práce, bude naše ošetřovatelství, co se týče ošetřovatelského procesu ještě dlouhou dobu „v plenkách“.

POUŽITÁ LITERATURA

1. CSISCO, Matej. *Metaparadigma ošetrovatelství*. Sestra [online] 2011. č. 8. [cit. 10. 12. 2012]. Mladá fronta a.s./Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. Dostupný z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/metapadigma-oseetrovatelstvi-460963>. ISSN 1214-7664
2. DOENGES, E. Maryllin a MOORHOUSE, F. Marry. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing.a.s., 2001. str. 568. ISBN 80-247-0242-8
3. HEŘMANOVÁ, Jana., POSKOČILOVÁ, Květa a VONDRÁČEK, Jan. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2002. str. 392. ISBN 80-247-0278-9
4. HUBOVÁ, Vilma., MICHÁLKOVÁ, Helena. *Vzdělávání všeobecných sester*. Sestra [online] 2012. č. 2. [cit. 19. 12. 2012]. Mladá fronta a.s. / Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. Dostupný z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/historie-vzdelavani-vseobecnych-sester-463433>. ISSN 1214-7664
5. JERIOVÁ, Iva a SVATOŠ, Vladimír. *Jak zavádět změnu*. Interní časopis Eurotel [online] 2004. [cit. 12. 11. 2012]. Dostupný z WWW: akord-ot.cz/nase-publikace/jak-zavadet-zmenu-geriova-i-svatos-v-interni-casopis-eurotel-2004-28-2279374774.htm
6. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 2010. str. 248. ISBN 978-80-7367-684-1
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2010. str. 206. ISBN 978-80-247-3224-4
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2009. str. 176. ISBN 978-80-247-2713-4
9. MYNAŘÍKOVÁ, Eva. Ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace.[online]. 2008.[cit.15.3.2013].Dostupný z WWW:http://www.fno.cz/documents/2008_02_21_012.pdf
10. MODEL FUNGUJÍCÍHO ZDRAVÍ-Eamos. *Vybrané koncepční modely v ošetrovatelství*. [online].[cit.03.01.2013].Dostupný z WWW:http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/10.htm

11. NEJEDLÁ, Marie., SVOBODOVÁ, Hana a ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetřovatelství III*. Praha: Informatorium. 2004. ISBN 80- 73333-030-X
12. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kocke*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. str. 144. ISBN 978-80-247-1918-4
13. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011. str. 288. ISBN 978-80-247-3557-3
14. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011. str. 244. ISBN 978-80-247-3558-0
15. ROZSYPALOVÁ, Marie a ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetřovatelství I*. Praha: Informatorium. 2002. str. 231. ISBN 80-86073-96-3
16. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Brno: IDVPZ. 1998. str. 50. ISBN 80-7013-263- 9
17. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Brno: IDVPZ. 1998. str. 48. ISBN 80-7013-270-1
18. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 3. Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: IDVPZ. 1999. str. 49. ISBN 80-7013-282-5
19. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 4. Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno: IDVPZ. 1999. str. 66. ISBN 80-7013-283-3
20. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. 2001. str. 185. ISBN 80-7013-324-4.
21. TONDROVÁ, Irena. *Modely ošetřovatelství*. Výukový materiál on- line [online] 2009. [cit.10.11.2012].http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/modely_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf
22. TÓTHOVÁ, Valerie. *Koncepční modely a teorie ošetřovatelství*. on-line [online] [cit. 18.11.2012]Dostupnýz WWW:http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm
23. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing.a.s., 2006. str. 144. ISBN 80-247-1262-8

24. VONDRÁČEK, Lubomír a WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2008. str. 88. ISBN 978-80-247-2763-9
25. WIKIPEDIE. *Florence Nightingalová*. On-line [online] 2012. [cit.10.01.2013]. Dostupný z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingalov%C3%A1
26. WORKMAN, Barbara A. a BENNET Clare. L. *Key nursing skills*. I.K. International Publishing House Pvt Ltd., 2005. str. 360. ISBN-13: 9788188237203

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 2 – Získané ošetrovatelské plány

Příloha č. 3 – Povolení k výzkumu

SEZNAM GRAFŮ

- Graf. č. 1 Věk tázaných sester
- Graf. č. 2 Pojem ošetrovatelský proces
- Graf. č. 3 Fáze ošetrovatelského procesu
- Graf. č. 5 Ošetrovatelský proces a podíl pacienta na něm
- Graf. č. 6 Ošetrovatelský proces a stanovení ošetrovatelské diagnózy
- Graf. č. 7 Pojem funkční péče
- Graf. č. 8 Ošetrovatelský proces a řádně vedená dokumentace
- Graf. č. 9 Ošetrovatelský proces na Vašem oddělení
- Graf. č. 10 Ošetrovatelský proces a jeho aktéři
- Graf. č. 11 Koncepční modely a jejich přínos
- Graf. č. 12 Samostatnost při práci
- Graf. č. 13 Konzultace s nadřízenými při tvorbě ošetrovatelského procesu
- Graf. č. 14 Styly zápisů ošetrovatelského procesu
- Graf. č. 15 Důležitost plánování péče nebo preference času s pacientem
- Graf. č. 16 Preference zápisů do ošetrovatelské dokumentace
- Graf. č. 17 Co nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu
- Graf. č. 18 Motivace k práci formou ošetrovatelského procesu
- Graf. č. 19 Ošetrovatelský proces a kvalita péče

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,

jsem studentka Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií a provádím výzkum na téma Ošetrovatelský proces z pohledu všeobecných sester. Víím, že v dnešní době nemá nikdo času nazbyt, přesto bych Vás chtěla poprosit, zda by, jste mi nevěnovali trochu svého času a vyplnili mi tento stručný dotazník. Dotazník je součástí bakalářské práce na již zmíněné téma. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas i ochotu, díky níž budu moci dokončit svou práci.

S přáním pěkného dne Karlíková Lucie

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 - 26
- b) 27 – 36
- c) 36 a více

2. Co je ošetrovatelský proces?

- a) komplexní individualizovaná péče o člověka
- b) vykonávání ošetrovatelských činností na základě ordinací lékaře
- c) soubor činností směřující k hygieně pacienta
- d) nevím

3. Kolik fází má ošetrovatelský proces?

- a) 7
- b) 5
- c) 3

4. Podílí se pacient na tvorbě ošetrovatelského procesu?

- a) ne, tvorba ošetrovatelského procesu je pouze v kompetenci sestry
- b) ano, pacient je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu
- c) k vytvoření ošetrovatelského procesu není potřeba aktivní účasti pacienta

5. Je součástí ošetrovatelského procesu stanovení ošetrovatelské diagnózy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Co si představujete pod pojmem funkční péče?

- a) je to, nejvhodnější metoda k tvorbě ošetrovatelského procesu
- b) zaměřuje se na vykonávání ošetrovatelských úkonů zadaných členy ošetrovatelského týmu, nevhodná metoda k tvorbě ošetrovatelského procesu
- c) správně vykonané ošetrovatelské úkony zadané lékařem

7. Je součástí ošetrovatelského procesu řádně vedená dokumentace?

- a) ano
- b) ne

8. Pracujete na Vašem oddělení formou ošetrovatelského procesu?

- a) ano, na začátku každé směny si rozdělíme přesně úkony, které budeme vykonávat
- b) ano, pracujeme formou ošetrovatelského procesu, péči plánujeme, realizujeme a vyhodnocujeme na základě předem stanovené ošetrovatelské diagnózy
- c) ano, ale péči si předem neplánujeme

9. Jakým systémem péče realizujete ošetrovatelský proces?

- a) systém primárních sester
- b) systém skupinové péče
- c) systém funkční péče
- d) nevím

10. Kdo z ošetrovatelského personálu se na tvorbě ošetrovatelského procesu podílí?

- a) ošetrovatelský proces je pouze v kompetenci sestry
- b) ošetrovatelský proces je týmová práce
- c) lékař je hlavním koordinátorem ošetrovatelského procesu
- d) jiné.....
- d) jiné.....

11. Používáte při zhodnocení pacienta koncepční modely a vidíte v nich přínos?

- a) ano koncepční modely používáme, poskytují nám návod na co se u pacienta zaměřit
- b) ne, koncepční modely nepoužíváme, sestra sama dokáže vyhodnotit problém u pacienta
- c) nevím co je koncepční model

12. Vyhovuje Vám spíše plnit zadané ošetrovatelské úkony, nebo pracovat víceméně samostatně a péči si rozplánovat?

- a) plnit zadané úkony
- b) pracovat samostatně

13. Konzultují s Vámi nadřízení pracovníci návrhy spojené s tvorbou ošetrovatelského procesu?

- a) ano
- b) ne

14. Jakým stylem zapisujete ošetrovatelský proces?

- a) na předem předtištěných formulářích
- b) ošetrovatelský proces tvoříme samostatně
- c) ošetrovatelský proces netvoříme, pouze stanovíme ošetrovatelský problém, vyhodnotíme výsledek a zapíšeme do dokumentace
- d) jiné.....

15. Je podle Vás plánování péče důležité, nebo dáváte přednost před plánováním péče času strávenému s pacientem?

- a) více než plánování péče trávím čas s pacientem
- b) péči je důležité nejprve naplánovat, zrealizovat a poté vyhodnotit
- c) plánování péče je důležité, nesmí být však více času věnováno jí, než péči o pacienta
- d) jiné.....

16. Co si myslíte, že by se mělo zapisovat do ošetrovatelské dokumentace?

- a) problém a jeho vyhodnocení k lepšímu, či horšímu
- b) celé plánování ošetrovatelského procesu, se všemi jeho částmi
- c) to závisí od stavu pacienta
- d) jiné.....

17. Co nejvíce ztěžuje realizaci ošetrovatelského procesu?

- a) malé personální zastoupení
- b) nedostatek času

c) neochota sester vzájemně spolupracovat

d) jiné.....

18. Máte motivaci k práci formou ošetrovatelského procesu?

a) ano, jakou, prosím vypište.....

b) ne

19. Myslíte si, že lze stejně kvalitně poskytnout péči pacientům bez tvorby ošetrovatelského procesu?

a) ano

b) ne

Poznámka k vyplnění dotazníku: v dotazníku zakroužkujte vždy jednu odpověď, popřípadě doplňte vlastními slovy, kde je uvedeno jiné.

Plán ošetřovatelské péče – Průjem u dětí

Ošetřun	Ošetřovatelská diagnóza	Či, očekávané výsledky	Ošetřovatelský záznam	Hodnocení	Datum
	1. Změna ve výprazdnování z důvodu onemocnění	Dítě má pravidelnou tvorovou stolici	Sleduji dehydraci, sílci, množství a střísní Dítě na epizodu slabší stavy Věnuji pozornost event. zvracení spojenému s výjivy Kontroluji v souvislosti s tvorbou nové výjivy Sraz se bude dítě stálo na bláto Sraz se bude komunikovat reakce nové podněty Přesvědčil jsem rodiče o důležitosti pozorování Udržuji kůži dítěte a vědomí od hlazení Časné vynechání, oči mádla Udržuji oční příděle, nosní, bez zácpy Udržuji oční příděle, nosní, bez zácpy		
	2. Strach z důvodu neznámého prostředků	Dítě verbalizuje své strach strach Je přítomná, nebo odstraňuje Já dítěle metoda s postupem k zájmu			
	3. Porucha každé integrity - Časné stolice - zavedení infekční kachexie				
	4. Dehydratace při čerstvých a objemných stolicích	U dítěte je přítomná výživa tekutina virovovské			
	5. Infekce z důvodu: - celkové onemocnění - zavedení iv, penic, kalculu 5. Růžka poškození z důvodu: - intenzivní terapie - ATB terapie	Slav dítě se svou nutriční a stavu k vytržení infekčních článků U dítěte nedojde k rozvoji infekce			
	7. Nedostatek informací	Dítě je dle věku strach strach in čtení			
	8. Riziko poranění z důvodu: - časté stolice - dehydratace - zmatkovat	Dítě je bez poranění			
	9. Údlost z důvodu onem. střev	Dítě je v rámci bolesti, nebo v rámci bolesti	Udržuji dítě v rámci bolesti, nebo v rámci bolesti Udržuji dítě v rámci bolesti, nebo v rámci bolesti		

Realizace ošetrovateľského plánu

Ošetrovateľská péče	Ošetrovateľská péče							Ošetrovateľská péče	Ošetrovateľská péče						
	DEC	BER	DEC	GEN	MAR	MAY	JUN		JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	
1. Osobní hygiena								5. Právní k výkonu advice lékařů							
celková hygiena								pedu - vypracování/revize							
noha na léhu								hygieny a výkonu ošetrov							
česání při hygieně								pedu - preventivní							
hygieny dlaní, žebří								6. Kvalitativní a kvalita							
nové vlasy-efektivní na úh								Zapojení pečovatelské							
převlečení pacientů - léhu								Zpracování dokumentace							
holat tváře								vyhledání PK, kontrola škr							
polka a vl								zpracování BK							
hygieny nos, úst								propagaci MK							
odstranění NOC								vyhledání nebezpečných							
3. Pohybová aktivita								časovými							
postavení na léhu								realizace úkolů							
postavení dlaní, žebří								7. Fyzická zátěž							
Hygieny při chůzi								plavání							
šetřování na léhu								8. Úkolový							
indukce činnosti								9. Úkolový							
šetřování								10. Úkolový							
šetřování								11. Úkolový							
šetřování								12. Úkolový							
šetřování								13. Úkolový							
šetřování								14. Úkolový							
šetřování								15. Úkolový							
šetřování								16. Úkolový							
šetřování								17. Úkolový							
šetřování								18. Úkolový							
šetřování								19. Úkolový							
šetřování								20. Úkolový							
šetřování								21. Úkolový							
šetřování								22. Úkolový							
šetřování								23. Úkolový							
šetřování								24. Úkolový							
šetřování								25. Úkolový							
šetřování								26. Úkolový							
šetřování								27. Úkolový							
šetřování								28. Úkolový							
šetřování								29. Úkolový							
šetřování								30. Úkolový							
šetřování								31. Úkolový							
šetřování								32. Úkolový							
šetřování								33. Úkolový							
šetřování								34. Úkolový							
šetřování								35. Úkolový							
šetřování								36. Úkolový							
šetřování								37. Úkolový							
šetřování								38. Úkolový							
šetřování								39. Úkolový							
šetřování								40. Úkolový							
šetřování								41. Úkolový							
šetřování								42. Úkolový							
šetřování								43. Úkolový							
šetřování								44. Úkolový							
šetřování								45. Úkolový							
šetřování								46. Úkolový							
šetřování								47. Úkolový							
šetřování								48. Úkolový							
šetřování								49. Úkolový							
šetřování								50. Úkolový							
šetřování								51. Úkolový							
šetřování								52. Úkolový							
šetřování								53. Úkolový							
šetřování								54. Úkolový							
šetřování								55. Úkolový							
šetřování								56. Úkolový							
šetřování								57. Úkolový							
šetřování								58. Úkolový							
šetřování								59. Úkolový							
šetřování								60. Úkolový							
šetřování								61. Úkolový							
šetřování								62. Úkolový							
šetřování								63. Úkolový							
šetřování								64. Úkolový							
šetřování								65. Úkolový							
šetřování								66. Úkolový							
šetřování								67. Úkolový							
šetřování								68. Úkolový							
šetřování								69. Úkolový							
šetřování								70. Úkolový							
šetřování								71. Úkolový							
šetřování								72. Úkolový							
šetřování								73. Úkolový							
šetřování								74. Úkolový							
šetřování								75. Úkolový							
šetřování								76. Úkolový							
šetřování								77. Úkolový							
šetřování								78. Úkolový							
šetřování								79. Úkolový							
šetřování								80. Úkolový							
šetřování								81. Úkolový							
šetřování								82. Úkolový							
šetřování								83. Úkolový							
šetřování								84. Úkolový							
šetřování								85. Úkolový							
šetřování								86. Úkolový							
šetřování								87. Úkolový							
šetřování								88. Úkolový							
šetřování								89. Úkolový							
šetřování								90. Úkolový							
šetřování								91. Úkolový							
šetřování								92. Úkolový							
šetřování								93. Úkolový							
šetřování								94. Úkolový							
šetřování								95. Úkolový							
šetřování								96. Úkolový							
šetřování								97. Úkolový							
šetřování								98. Úkolový							
šetřování								99. Úkolový							
šetřování								100. Úkolový							

Plán ošetrovateľskej péče – Virová hepatitída

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Cieľ/nakladané výsledky	Ošetrovateľský zásah	Hodnotení	Datum	
	1. Neznalosť úzrem. z dôvodu nedostatku informácií	Neuvorí i ďalšie vzhľadom k veku nie dostateľ informácií	Zajal sa špecifickými informáciami zrodnej informácie, ktoré umožňujú zefektívniť poskytnutie Detské informácie v rámci veku príslušnou literatúrou. Informujú rodičov matky o výsklepe štátnej hygieny. Poučenie týkajúce sa infekčným oddelením. Zaujímajú sa o postupy ochrany nemocnice a jej personálu. Snaží sa komunikovať s masou občian. Výsklepe dňový dodržiavanie ochrany zariadení. Zaujímajú sa o možnosti korekcie a ďalšie možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti a možnosti v rámci poskytnutia. Dajúce stretnutie s prírodnými. Nabírajú nové podrobnejšie a city. Vážu sa o možnosti dospelých a nemocnicu. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.			
	2. Riziko prenosu infekcie z dôvodu infekčným omenomienke	Riziko u nemocnice je rovnaké ako u infekčným omenomienke	Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.			
	3. Porucha výživy - enzým príjmu z dôvodu nedostatku informácií	Neuvorí matke špeciálnu literatúru, ktorá by umožnila zefektívniť poskytnutie informácií. Informujú rodičov matky o výsklepe štátnej hygieny. Poučenie týkajúce sa infekčným oddelením. Zaujímajú sa o postupy ochrany nemocnice a jej personálu. Snaží sa komunikovať s masou občian. Výsklepe dňový dodržiavanie ochrany zariadení. Zaujímajú sa o možnosti korekcie a ďalšie možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti a možnosti v rámci poskytnutia. Dajúce stretnutie s prírodnými. Nabírajú nové podrobnejšie a city. Vážu sa o možnosti dospelých a nemocnicu. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				
	4. Únava z dôvodu nedostatku vzdelania a znižujú metabolizmu	Nabírajú nové podrobnejšie a city. Vážu sa o možnosti dospelých a nemocnicu. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				
	5. Strach z dôvodu imunitného systému	Špeciálne informácie o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				
	6. Riziko porušenia z dôvodu imunitného systému	U nemocnice poskytnúť ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				
	7. Porucha kožnej integrity z dôvodu zavedenia kateletru	Neuvorí k poskytnutiu informácií. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				
	8. Zmena rozvíjajúcich funkcií	dieťa má kašeľ a sychota. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti. Korigujú a vypracujú, budú poskytovať. Výsklepe, ktoré majú byť na zariadení oddelením. Aplikujú pravidlá ochrany a dieťaťu pod. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Zaujímajú sa o možnosti ochrany a možnosti. Kontrolujú za nový stav oddelením. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Všetky zariadenia v zariadení ochrany. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Snažia sa zistiť o možnosti ochrany a možnosti. Vážu sa o možnosti ochrany a možnosti.				

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Žádám tímto o povolení výzkumného šetření k bakalářské práci na téma Ošetrovatelský proces z pohledu všeobecných sester ve vaší nemocnici, VITA Duchcov s.r.o. Jsem studentka Západočeské univerzity, Fakulty zdravotnických studií v Plzni, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Šetření bude probíhat formou dotazníků v době od 6.11.2012 - 30.11.2012. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Za kladné vyřízení děkuji Karlíková Lucie
Studentka VSK 3
ZČU, FZS, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Souhlasím s výzkumným šetřením

VITA, s.r.o.
Nemocniční 264
419 01 Duchcov
IČ: 61687718

Nesouhlasím s výzkumným šetřením

V Duchcově 6.11.2012

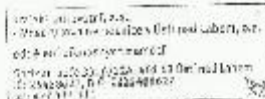
ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMU K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Žádám tímto o povolení výzkumu ke své bakalářské práci na téma Ošelfovatelový proces z pohledu všeobecných sester v Masarykově nemocnici na infekčním, plicním, ortopedickém, kardiologickém a gastroenterologickém oddělení v době od 1.10.2012 do 31.10.2012.

Za kladné vyřízení děkuji

Lucie Karliková

V Ústí nad Labem dne 26.9.2012



Ladislava Měsíčková

Lucie Karliková
Karliková, Lucie

mob. tel. - 774 343 445