

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Marie Klementová

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU
VE DVOU TYPECH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Marie Klementová**

Vedoucí práce: **Mgr. Regina Slowik**

2007

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 10.4. 2007

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Regině Slowik za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Poděkování patří také Jaromíru Klementovi za cenné rady při tvorbě grafického zpracování výsledků průzkumu a PhDr. Liboru Klementovi za jazykovou úpravu textu.

Dále děkuji kolektivu seter, staničním, vrchním sestřám a náměstkyním ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení v Ústí nad Orlicí a v Rychnově nad Kněžnou, u nichž jsem prováděla průzkum.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1. Hlavní trendy rozvoje ošetrovatelství.....	8
1.2. Ošetrovatelský proces.....	9
1.3. Fáze ošetrovatelského procesu	10
1.3.1. Zhodnocení pacienta (klienta) – 1. fáze	11
1.3.2. Ošetrovatelská diagnostika a stanovení ošetrovatelské diagnózy – 2. fáze	15
1.3.3. Plánování ošetrovatelské péče – 3. fáze.....	17
1.3.4. Realizace ošetrovatelské péče – 4. fáze.....	19
1.3.5. Hodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče – 5. fáze	20
1.4. Dokumentace ošetrovatelského procesu.....	22
1.4.1. Význam ošetrovatelské dokumentace	22
1.4.2. Součásti ošetrovatelské dokumentace	22
1.4.3. Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace.....	23
1.5. Význam ošetrovatelského procesu	24
1.5.1. Význam ošetrovatelského procesu pro klienta	24
1.5.2. Význam ošetrovatelského procesu pro sestru a členy ošetrovatelského týmu	24
1.6. Organizační systémy.....	25
1.6.1. Systém skupinové péče	25
1.6.2. Systém primárních sester	26
1.6.3. Funkční systém.....	27
1.7. Metody zavádění změn.....	29
1.7.1. Přinucovací metoda.....	29
1.7.2. Racionální empirický přístup	29
1.7.3. Normativně převýchovný postup	29
1.8. Zavádění změn v praxi.....	30
1.9. Abeceda zásad pro zavedení ošetrovatelského procesu	32

2. EMPIRICKÁ ČÁST	34
2.1. Cíle průzkumu.....	34
2.2. Metodika vlastního šetření.....	34
2.3. Charakteristika zkoumaného vzorku	36
2.4. Výsledky průzkumu	38
3. DISKUSE.....	63
ZÁVĚR	69
ANOTACE	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	72
SEZNAM ZKRATEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

V současné době probíhá ve zdravotnictví mnoho změn, kterých nemůže být ušetřeno ani ošetrovatelství. Současné změny vyplývají z celosvětového trendu rozvoje zdravotnictví. Ten je dán zvyšováním požadavků a nároků společnosti na kvalitu života, které se prostřednictvím legislativních opatření stávají povinnostmi.

Kvalita života je dána kvalitou zdraví, které je cennou hodnotou individuální i sociální. Ošetrovatelství má nezastupitelné místo v péči o zdraví člověka. Svým vysoce humánním posláním významně ovlivňuje biologickou a psychosociální stránku člověka. Proto může účinně pomáhat v úsilí zaměřeném na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Ošetrovatelská péče má nezastupitelné místo při zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných a zajištění důstojného a klidného umírání.

Ošetrovatelství zaznamenalo za posledních deset let mnoho změn. Ustupuje se od dřívějšího zaměření na somatické projevy nemoci, zúžené na diagnostiku a terapii. Filozofie ošetrovatelství vychází z holistického pojetí člověka. Do popředí se také dostávají psychické, sociální, kognitivní, behaviorální, kulturní, duchovní potřeby člověka, které jsou nedílnou součástí lidského bytí. Ošetrovatelský personál pracuje výrazně samostatněji nejen v oblasti ústavní, ambulantní, ale především v komunitní péči. Charakteristickým rysem ošetrovatelství je poskytování aktivní individualizované ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. K moderním trendům ošetrovatelství patří mimo jiné poskytování ošetrovatelské péče víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. (Koncepte ošetrovatelství ČR, 2004)

V září roku 2004 Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydává metodická opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob – Koncepti ošetrovatelství (Koncepte ošetrovatelství ČR, 2004). Koncepte definuje ošetrovatelství, jeho cíle, charakteristiku, pracovníky v oboru a jejich vzdělávání. Neopomenuto je také komunitní ošetrovatelství a ošetrovatelský výzkum.

Velké změny s sebou přináší zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V tomto roce byla zahájena registrace nelékařských zdravotnických pracovníků a vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Opomenout nelze program „Zdraví 21“ – jako osnovu evropské péče o zdraví v 21. století, metodickou pomoc WHO publikovanou v roce 1999 po rozsáhlé celoevropské diskusi původního zdravotního programu Zdraví pro všechny do roku 2000 a dále. Zdraví 21 definuje zdraví, jeho determinanty, zdůrazňuje širokou sociální podmíněnost zdraví i péče o ně a využívá poznatků nejen medicínského výzkumu, ale i dalších oborů, zejména sociomedicínských a socioekonomických (Zdraví pro všechny v 21. století, 2000). Vybízí obyvatele, organizace a instituce k péči a zodpovědnosti o své zdraví.

Probíhající změny v současném ošetrovatelství s sebou nesou různé postoje a názory. Ve větší míře se vyskytují negativní postoje, které mohou pramenit z neznalosti změny, nezájmu, nepřipravenosti na změnu či nedostatečné motivace zdravotníků ke změně.

Podnětem k tématu bakalářské práce byly často se vyskytující negativní postoje k zavádění ošetrovatelského procesu a změnám s tím souvisejících. Pro průzkum jsem si vybrala zdravotnické zařízení v Ústí nad Orlicí a zdravotnické zařízení v Rychnově nad Kněžnou.

Cíle bakalářské práce, jež jsem si stanovila, a které budu metodou nestandardizovaného dotazníku analyzovat.

1. Porovnání doby zavádění ošetrovatelského procesu.
2. Porovnání způsobu zavádění ošetrovatelského procesu.
3. Nalézt faktory usnadňující a znesnadňující aplikaci ošetrovatelského procesu.
4. Porovnání připravenosti personálu na zavedení ošetrovatelského procesu.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Vlivem měnících se potřeb populace a požadavků transformujících se systémů péče o zdraví, dochází k mnoha změnám i v poskytování ošetrovatelské péče. Původně pasivně vykonávaná ošetrovatelská péče se mění na aktivní, vstřícnou péči založenou na identifikaci a přiměřeném uspokojování potřeb a problémů pacienta. Mění se také role nemocného. Na místo „dřívějšího“ pacienta nastupuje „dnešní“ klient se svými právy (viz příloha č. 1) a stává se nedílnou součástí ošetrovatelské péče o své zdraví.

1.1. Hlavní trendy rozvoje ošetrovatelství

Mezi hlavní trendy rozvoje ošetrovatelství patří **snižování nákladů na zdravotní péči**. Poskytovaná ošetrovatelská péče musí být nejen vysoce účinná, ale i finančně efektivní. Z tohoto důvodu je nutné **stanovit cenu ošetrovatelské péče** – přepočtení počtu hodin potřebné ošetrovatelské péče na finanční náklady. Ke zmíněným trendům se připojuje snaha o **zkracování délky pobytu v nemocnici**, přičemž sestry přebírají větší část odpovědnosti za takto propuštěné pacienty. **Mění se i role sestry**. Dříve sestra pouze plnila ordinace lékaře. Současná sestra má další role:

- **obhazuje pacienta jako lidskou individualitu** - nejen v souvislosti na stoupající závislosti na náročných diagnostických a terapeutických technologiích
- **zajišťuje kooperaci a komunikaci** s ostatními členy zdravotnického a ošetrovatelského týmu i pacienty
- **plánuje, koordinuje a řídí** ošetrovatelské činnosti ve spolupráci s pacientem a ostatními členy zdravotnického a ošetrovatelského týmu
- **podílí se na výzkumu a vývoji v oblasti ošetrovatelství**

Nezbytné znalosti a dovednosti jsou vymezeny profesními kompetencemi všeobecných sester a porodních asistentek (viz příloha č. 2).

Celosvětovým trendem je **používání počítačové techniky**, proto ani ošetrovatelství nemůže v tomto směru zaostávat. Moderní doba si žádá širších a hlubších znalostí nejen v oblasti ošetrovatelství (Mastiliaková, 2002).

1.2. Ošetrovatelský proces

Dnes již nelze ošetrovatelskou péčí realizovat pouze podle naučených stereotypů ošetrovatelských činností a podle lékařských ordinací. Je potřebné dosáhnout takové úrovně, která komplexně zabezpečí všechny potřeby ošetrovaného. Sestra musí být dostatečně informována o konkrétním pacientovi ve všech jeho oblastech. K tomu ji napomáhá systematické shromažďování informací, na jejichž základě může stanovit co nejpřesnější a nejadresnější ošetrovatelskou diagnózu. Podle ní si vytýčí cíle, určí priority výkonů a časové rozvržení ošetrovatelských aktivit v souladu s rozdělením aktivit ostatních účastníků. Samozřejmě se počítá i s aktivní účastí nemocného jak v plánování, tak v průběhu samotné realizace ošetrovatelských činností a vyhodnocování jejich úspěšnosti. Tento systémový a plánovaný přístup není pouze jednorázovou aktivitou, ale představuje celý proces, který se nazývá **ošetrovatelským procesem** (Tóthová, 2006).

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy ze Spojených států amerických jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetrování nemocných. Vychází ze zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství, který se stává podkladem pro jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, zejména v oblasti zhodnocení nemocného (Staňková, 1996).

Metodou ošetrovatelského procesu se ošetrovatelská péče ve světě poskytuje více než čtyřicet let, avšak v České republice je legislativně ustanovena až od roku 2004 v **Koncepci ošetrovatelství České republiky**. V některých nemocnicích se ošetrovatelský proces již úspěšně realizuje, v jiných je zaveden pouze částečně a někde nebyly učiněny ani počáteční kroky směrem k zavedení ošetrovatelského procesu do praxe (Tóthová, 2006).

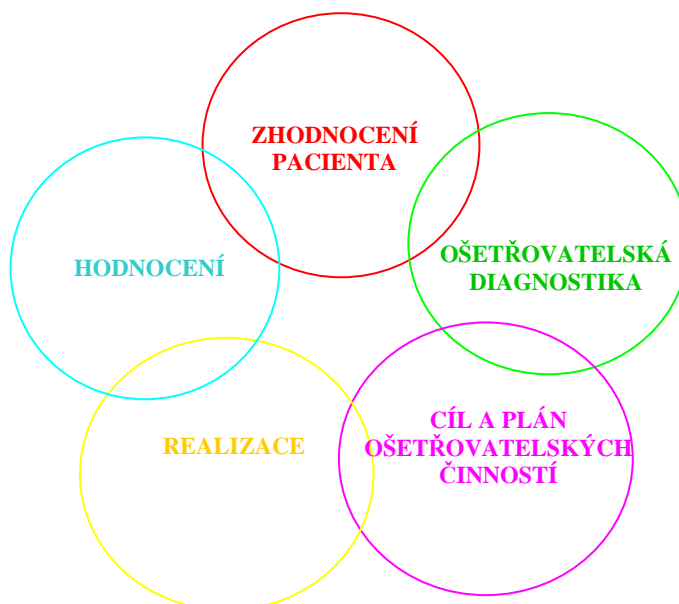
1.3. Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces není konstantní děj. Je to děj cyklický, to znamená stále se opakující a dynamický. Reaguje na změny vzniklé v průběhu realizace ošetrovatelského procesu (Mikšová, 1993). Ošetrovatelský proces zahrnuje činnosti sestry i klienta, **které se uskutečňují v pěti fázích**, a vzájemně se prolínají.

1. **Zhodnocení pacienta (klienta).**
2. **Ošetrovatelská diagnostika a stanovení ošetrovatelské diagnózy.**
3. **Plánování ošetrovatelské péče.**
4. **Realizace naplánované péče.**
5. **Zhodnocení výsledků (efektu) poskytnuté péče.**

Jeho dějovou podstatu graficky vyjadřuje schéma č. 1.

Schéma č. 1



1.3.1. Zhodnocení pacienta (klienta) – 1. fáze

Ošetrovatelská anamnéza je diagnostická metoda cíleně zaměřená na sběr informací o pacientovi / klientovi, která se týká jeho identifikačních dat, současného stavu a anamnestických údajů z oblasti zdravotní, psychické i sociální. Pro získávání informací jsou určitým vodítkem formuláře ošetrovatelské anamnézy, sestavené dle vybraného ošetrovatelského modelu, čímž je zajištěno, že nebude opomenuta žádná oblast klientových potřeb. Existují různé typy. Záleží na zdravotnickém zařízení, oddělení či ošetrovací jednotce, jaký typ formuláře použije. Většinou na standardních lůžkových ošetrovacích jednotkách ve zdravotnickém zařízení je jednotný formulář pro ošetrovatelskou anamnézu. Odlišný může být na jednotkách intenzivní či resuscitační péče, neboť je lépe přizpůsoben typickým podmínkám těchto pracovišť.

K získávání informací sestra využívá všech dostupných zdrojů. Nejcennějším **zdrojem informací** je sám **pacient** a jeho **zdravotnická či ošetrovatelská dokumentace**. Velmi důležité údaje však mohou poskytnout **rodinní příslušníci**, obzvláště u malých dětí, nebo **nejbližší osoby** pacienta. Potřebné informace poskytují také ostatní **členové zdravotnického i ošetrovatelského týmu**, ale i **spolupacienti**, kteří jsou s pacientem v době, kdy není momentálně přítomna sestra.

Při získávání informací o klientovi sestra používá základní **dovednostní metody – rozhovoru, pozorování a měřící techniky**, které se uplatňují v průběhu celého ošetrovatelského procesu.

Pozorování je záměrné, cílevědomé získávání informací za využití pěti smyslů. Nejvíce sestry pozorují zrakem, během soustředěného pozorování jsou zapojené všechny smysly (Kozierová a kol. 1995). Předností této metody je její snadné použití. V praxi ji lze využít v případě, kdy jedinec nespolupracuje nebo o tom neví, prakticky při všech činnostech prováděných u pacienta – při hygienické péči, aplikaci injekcí či převazování rány.

Pro sestru je významné obsahové zaměření pozorování. Z chování viditelného navenek je možné usuzovat na vnitřní prožívání. Sleduje je řeč pacienta, co říká, jak to říká a projevy verbální i neverbální komunikace (mimiku, pantomimiku, gestikulaci, postoj těla apod.). Dále věnuje pozornost způsobům zacházení s věcmi, vztahu k věcem, jaké je jeho jednání s lidmi (spolupacienti, zdravotnický personál, příbuzní) a vztah k sobě (úroveň sebevědomí, sebekritika,

podceňování, přeceňování). Při pozorování pacienta sestra sleduje stupeň celkové citlivosti, citovou reaktivitu a úroveň adaptability.

Z časového hlediska rozlišujeme pozorování krátkodobé, ve zdravotnictví využitelné např. v ambulanci, a dlouhodobé. Z hlediska zaměřenosti jde o pozorování náhodné, bezděčné a soustavné, které probíhá dle předem připraveného plánu. Při celkovém pozorování posuzujeme osobu jako celek, při částečném se zaměřujeme na určité jevy. Podle logického hlediska a cíle (kauzální, genetická, klinická a porovnávací metoda), volné a řízené pozorování a podle počtu zúčastněných osob (individuální, skupinové, interakční).

Pozorování je schopnost, která se může rozvíjet pouze soustavným úsilím a organizovaným přístupem (Kozierová a kol., 1995). Proto bychom měli dodržet podmínku objektivnosti, pravdivosti a vyvarovat se „haló efektu“.

Velmi cennou diagnostickou metodou pro sestru při sestavování ošetřovatelské anamnézy pacienta je **rozhovor**. Jde o slovní metodu, záměrný a organizovaný dialog.

Ve zdravotnictví je využíván:

- **individuální rozhovor** (mezi čtyřma očima) - především pro získávání soukromých údajů, sdělování nepříjemné zprávy
- **skupinový rozhovor** - je uplatňován ve skupinové terapii
- **diagnostický (anamnestický) rozhovor** - získání informací
- **terapeutický rozhovor** - pro uklidnění či povzbuzení pacienta. Terapeutický a diagnostický rozhovor se často navzájem prolínají.
- **standardizovaný rozhovor** - rozhovor s předem připravenými, přesně formulovanými otázkami
- **nestandardizovaný rozhovor** - s možností přizpůsobit pořadí a formulaci otázek, přičemž cíl je zachován
- **volný rozhovor** – volně plynoucí

Pro úspěšný rozhovor je nutné navodit vztah důvěry a spolupráce, vytvořit klidné a příjemné prostředí. Důležité je uvědomit si cíl, kterého chceme dosáhnout, promyslet si otázky, včetně pořadí, hovořit jasně, stručně, srozumitelně a taktně (nepoužíváme odborné výrazy). Musíme počítat s jistou nepřesností paměti dotazovaného, nevyvozovat ukvapené interpretace pod vlivem sympatie a antipatie (Mikšová, 1993).

Nejčastějšími chybami při vedení rozhovoru je netrpělivost a nejistota tazatele. Dále nejasná formulace otázek a zasahování tazatele do rozhovoru stálým opakováním a usměrňováním dotazovaného (např. „to sem nepatří,“ „to sem nepleťte,“ „tak už k věci“ apod.).

Předmětem rozhovoru jsou vztahy ke skutečnosti nebo k sobě samému - názory, postoje. Zjišťujeme motivy jednání, chování – potřeby, zájmy, přání, ale také zkušenosti, vědomosti, stav intelektového rozvoje.

Pro lepší systematičnost a prevenci opomenutí některé oblasti pacientových potřeb je vhodné při anamnestickém rozhovoru postupovat dle předem stanoveného ošetřovatelského modelu (viz příloha č. 3). Konceptní model představuje konkrétní názor a přístup k ošetřovatelské praxi (Archalousová, 2003).

Měřicí techniky pomáhají sestřám získat ucelený náhled na současný stav pacienta, ale především objektivizují klientem uváděné subjektivní obtíže. Mezi tyto aktivity patří provádění fyzikálního vyšetření sestrou, vyšetření fyziologických funkcí, zhodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti (viz tabulka č. 1) či výživy (viz příloha č. 4), zhodnocení rizika vzniku dekubitů apod. K tomuto účelu se v současné době využívají různá schémata či tabulky.

Tab. 1 - Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí v modelu M. Gordonové (Trachtová, 2001).

0	Nezávislý, soběstačný nemocný.
1	Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu, sám zvládne 50% činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností.
4	Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled.
5	Absolutní deficit sebezpečí, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Tuto fázi můžeme rozdělit na 2 části:

- a) **ošetřovatelskou anamnézu** – je tvořena identifikačními údaji (jméno, věk atd.) a údaji z oblasti zdravotní, psychické a sociální
- b) **zhodnocení současného zdravotního stavu pacienta** – určení aktuálního stavu, potenciačních problémů a jeho potřeb, vymezení priorit ošetřování

Získání ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu pacienta by na standardní ošetrovací jednotce mělo proběhnout do 24 hodin a na intenzivních či resuscitačních jednotkách do 48 hodin. Proto je nutností datum, hodina a podpis sestry, která tyto činnosti prováděla.

1.3.2. Ošetrovatelská diagnostika a stanovení ošetrovatelské diagnózy – 2. fáze

Po získání velkého množství informací sestra provede jejich analýzu a stanoví ve spolupráci s pacientem, popř. rodinou, nejzávažnější problémy (neuspokojené potřeby). Ty jsou pak zcela zásadní pro stanovení ošetrovatelského problému, jenž jsou standardně pojmenovány v ošetrovatelské diagnóze. Na ní je postavená individualizovaná ošetrovatelská péče.

Definice ošetrovatelské diagnózy podle NANDA z roku 1990:

„Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra.“

V podstatě jde o standardní pojmenování problému pacienta, jeho reakce na aktuální a potencionální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace. Má svoji příčinu vzniku a charakteristické projevy (Mastiliaková, 2002).

Ošetrovatelská diagnóza není diagnózou lékařskou, nýbrž ji v mnohém doplňuje. Lékařská diagnóza pojmenovává nemoc či poruchu zdraví, zatímco ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života pacienta, jak mění jeho soběstačnost a jaké problémy mu přináší.

Diagnostický proces má 3 fáze:

1. **Analýza informací** – sestra třídí a vyhodnocuje informace.
2. **Identifikace problémů** – sestra zjistí, zda se jedná o aktuální či potencionální problémy, utřídí je do několika okruhů (tělesné problémy, psychosociální...).
3. **Formulace ošetrovatelské diagnózy** – musí odpovídat získaným informacím.

Typy ošetrovatelských diagnóz:

- a) **aktuální** – jasně se projevující v současné době
- b) **potencionální** – skryté, existuje riziko jejich vzniku

Ošetřovatelská diagnóza se skládá:

- 1. Ze standardního názvu a definice** – sestra ho nalezne v Kapesním průvodci Zdravotní sestry I nebo II, NANDA Taxonomie I nebo II, Ošetřovatelské diagnózy v doménách.
- 2. Z příčin a souvisejících faktorů**, které vedou ke vzniku ošetřovatelské diagnózy.
Určením příčiny vzniku ošetřovatelské diagnózy u pacienta ji individualizujeme.
- 3. Z charakteristických projevů**, jenž mohou být různé míry.

Výhody ošetřovatelských diagnóz:

- usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu
- identifikují stav zdraví pacienta, jeho síly a zdravotní problémy
- posilují ošetřovatelský proces a poskytují směr pro plánování ošetřovatelských intervencí
- pomáhají identifikovat zaměření ošetřovatelských činností, a tím usnadňují měření a hodnocení kvality péče
- ulehčují péči v případě, že se pacient přemístí na jinou jednotku nebo do jiného zařízení
- usměrňují i plánování ošetřovatelských výkonů po propuštění z nemocnice
- pomáhají uskutečňovat komplexní péči o zdraví jednotlivce
- slouží jako podklad pro financování ošetřovatelské péče (Mastiliaková, 2002)

1.3.3. Plánování ošetrovatelské péče – 3. fáze

Výsledkem této fáze je sestavení **plánu ošetrovatelské péče**, který nám dává celkový přehled o individuální péči o pacienta. Měl by být sestaven tak, aby bylo možné měnit a doplňovat ho dle potřeby. Kvalita plánu ošetrovatelské péče vždy závisí na profesionálních znalostech a praktických zkušenostech sestry, na očekávání pacienta a na dostupných možnostech. Stanovený plán péče sestra konzultuje s pacientem a upravuje ho dle jeho možností. Plán péče má **písemnou formu**, která je **součástí ošetrovatelské dokumentace**.

Plánování ošetrovatelské péče představuje řadu aktivit sestry:

- **Stanovení priorit** – liší se podle toho v jaké oblasti péče o zdraví (primární, sekundární, terciální) je péče poskytována.
- **Stanovení očekávaných výsledků** (cílů a výsledných kritérií).
- **Plánování ošetrovatelských strategií**.
- **Výběr ošetrovatelských intervencí**.
- **Sestavení písemné formy plánu ošetrovatelské péče**.
- **Konzultace s pacientem** (Mastiliaková, 2002).

Typy cílů:

- *Cíl pacienta* (očekávaný výsledek) – je odvozený z první části stanovené ošetrovatelské diagnózy (pacientův problém).
- *Cíl sestry* (ošetrovatelské intervence) – vychází z druhé části stanovené ošetrovatelské diagnózy (příčiny, které pacientovi způsobily problém).
- *Krátkodobé cíle* – na 8, 12, 24 hodin.
- *Dlouhodobé cíle* – na dny, týdny, měsíce.
- *Obecné cíle* – častěji jsou v učebnicích a literatuře ošetrovatelství.

Vysvětleme si některé zmíněné aktivity sestry nebo pacienta.

Očekávané výsledky (cíle) jsou výsledkem ošetrovatelských intervencí a reakcí pacienta na ně. Smysluplné očekávané výsledky (cíle) musí být individuálně specifikované, reálné, měřitelné, měly by udávat časový rámeček pro jejich dosažení a respektovat přání pacienta a zdroje (Mastiliaková, 2002). Proto je nutná jejich správná formulace.

Např. Pacient vypije 3 l tekutin / 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence predstavujú činnosti sester, ktoré vedly k očakávaným zmenám stavu pacienta. Měly by být přesně a jasně stanoveny. Jejich formulace začíná činným slovesem.

Např. **Měř** bilanci tekutin za 24 hodin.

Zapiš do ošetrovatelské dokumentace.

Plán ošetrovatelské péče v podstatě provádí sestra již při příjmu nebo při prvním kontaktu, kdy vypracuje základní (vstupní) ošetrovatelský plán. Ten je v průběhu ošetrování postupně upravován a doplňován, proto je také označován za průběžný ošetrovatelský plán (Francová, 2001).

Typy plánů ošetrovatelské péče:

- 1. Plán péče orientovaný na ošetrovatelské diagnózy** = individuální plán péče, často sestavován na standardních odděleních akutní péče na 24 hodin, poté je revidován a péče je znovu naplánována.
- 2. Denní plán péče** = individuální plán péče podrobně na každou hodinu jako denní činnosti, např. u zmateného pacienta.
- 3. Standardní plán péče** = nevychází z individuálních potřeb pacienta, ale stanoví bezpečný a účinný způsob ošetrovatelské péče, snižuje potřebu času na psaní (Mastiliaková, 2002).

Na pracovištích, kde je již ošetrovatelský proces zaveden, se s oblibou uplatňuje standardizace ošetrovatelských plánů. Standardní ošetrovatelský plán není zaměřen na konkrétního pacienta, ale vychází z problematiky jednotlivých pracovišť nebo skupin nemocných. Tento plán šetří čas a sestry provádějí pouze jeho úpravy u jednotlivých pacientů (Francová, 2001).

Sestavování a revizi plánů ošetrovatelské péče usnadňuje výpočetní technika, kde sestra pouze vybírá z nabídek možností.

1.3.4. Realizace ošetrovatelské péče – 4. fáze

Tato fáze ošetrovatelského procesu je při jeho zavádění do praxe sestřím nejbližší, protože je spojena s konkrétní péčí o pacienta. Cítí se v ní jistější než v předchozích fázích, kde se očekává větší odbornost, samostatnost a kreativita.

V této fázi plní všichni členové ošetrovatelského týmu naplánované činnosti dle plánu ošetrovatelské péče. Zajišťují tak uspokojování potřeb pacienta ve všech jeho oblastech s využitím maxima spolupráce a schopností pacienta nebo členů rodiny. Kvalita realizace ošetrovatelských činností je závislá převážně na kvalitě ošetrovatelského plánu, ale i profesionalitě, samostatnosti, pečlivosti, zručnosti, všímavosti a empatii členů ošetrovatelského týmu. Je kladen důraz na aktivní individualizovanou ošetrovatelskou péči. Veškeré ošetrovatelské činnosti jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace.

Současně získáváme o pacientovi další poznatky, které umožňují lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a operativně modifikovat další ošetrovatelskou péči (Staňková, 1999).

Předpokladem realizace individuální ošetrovatelské péče u nemocných je změna organizace práce z funkčního typu (řízení všech činností staniční sestrou) na systém skupinové péče nebo systém primární sestry (Mastiliaková, 2002). O organizačních systémech podrobně pojednává podkapitola 1.6. viz str. 25.

1.3.5. Hodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče – 5. fáze

Ošetrovatelský proces je zakončen zhodnocením efektu poskytnuté ošetrovatelské péče. Hodnotí se efektivnost a srovnávají se kritéria stanovená plánem, údaje v anamnéze a klientova skutečnost. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry zodpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích (Mastiliaková, 2002).

Postup zhodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče:

1. **Určení očekávaných výsledků** (výsledných kritérií do plánu péče), podle nichž můžeme měřit dosažený cíl (stav pacienta).
2. **Získání informací**, které se týkají očekávaných výsledků.
3. **Srovnání získaných informací** se stanovenými očekávanými výsledky.
4. **Srovnání plánovaných ošetrovatelských intervencí** s výsledky u pacienta (jeho stavem).
5. **Revize plánu péče**.
6. **Modifikace plánu péče** (Mastiliaková, 2002).

Pokud dojde ke zjištění, že **bylo cíle dosaženo**, není nutné se splněným cílem zabývat (Kašparová, 1995). Sestra provede zápis do ošetrovatelské dokumentace, event. zruší aktuálnost dané ošetrovatelské diagnózy (stop, datum, hodina, podpis sestry). Pokud **bylo cíle dosaženo částečně** nebo ho **nebylo dosaženo** vůbec, je nutné hledat důvody, proč k tomu došlo.

Je potřeba hledat odpovědi na otázky:

- Existuje problém stále?
- Vznikl nový problém?
- Vznikl potencionální problém?
- Změnily se priority?
- Které faktory působily na nesplnění cíle?
- Byly přehlédnuty závažné informace?
- Byly údaje nesprávně analyzovány?
- Byly cíle realistické?
- Byla sesterská intervence dostatečně odborná?
- Jsou jiné cesty, jak dosáhnout cíle? (Kašparová, 1995)

Konečný efekt poskytnuté ošetrovatelské péče by se měl v mnohém shodovat nebo alespoň přibližovat očekáváním klienta, který podle toho hodnotí i kvalitu ošetrovatelské péče. Nemocný kvalitu ošetrovatelské péče většinou posuzuje:

- podle toho, **do jaké míry je narušeno uspokojování jeho základních potřeb** v době nemoci
- podle toho, **jak citlivě a všímavě se sestry dokáží postavit k jeho vlastním problémům** nebo problémům ostatních nemocných
- podle **jednání a aktivity sester**, tj. frekvenci a způsob komunikace sester, jak spolehlivě dokáží plnit své sliby („Já to řeknu panu doktorovi...“)
- podle **úpravy zevnějšku sestry a kultivovanosti jejího projevu** (Lávičková, 2006)

Hodnocení efektu poskytované péče neprobíhá pouze sestrou v rámci poskytování individualizované péče, ale i hodnocením dodržení stanovených kritérií v ošetrovatelských standardech, nejčastěji metodou ošetrovatelského auditu.

1.4. Dokumentace ošetrovatelského procesu

Dokumentovat poskytnutou ošetrovatelskou péči umožňuje ošetrovatelská dokumentace, která je součástí zdravotnické dokumentace každého klienta. Ošetrovatelská dokumentace je cenným zdrojem informací nejen pro sestry, ale i pro ostatní členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu.

1.4.1. Význam ošetrovatelské dokumentace

- cenný zdroj informací o potřebách klienta, cílech a samotné ošetrovatelské péči, jejich výsledcích
- dává chronologický přehled o poskytované péči
- umožňuje předávání informací o klientovi
- umožňuje hodnotit efektivitu ošetrovatelských zákroků
- cenný zdroj hodnověrných informací pro právní účely
- poskytuje spolehlivé údaje, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum
- je důležitá pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče (Staňková, 1999)

1.4.2. Součásti ošetrovatelské dokumentace

Pro ošetrovatelskou dokumentaci v České republice neexistuje jednotná předloha. Proto si je jednotlivá zdravotnická zařízení vypracovávají samostatně dle svých požadavků a potřeb nebo je vyhotovují různé firmy ve spolupráci s konkrétním zdravotnickým zařízením. Musí však dodržet určitá pravidla. Každá ošetrovatelská dokumentace má povinné **základní součásti**, mezi které patří :

1. Ošetrovatelská anamnéza.
2. Plán ošetrovatelské péče.
3. Vývoj stavu pacienta.
4. Překladová (propouštěcí) zpráva.

Podle druhu zařízení a péče se k této základní struktuře dokumentace připojují **nepovinné součásti**, formuláře:

1. Záznam o bolesti.
2. Záznam o příjmu a výdeji tekutin.
3. Záznam o dietě.
4. Záznam diabetika.
5. Záznam o poskytování informací a o edukaci aj. (Mastiliaková, 2002)

1.4.3. Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

Dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě a čitelně. Musí být průběžně doplňována. Může být vedena ve formě textové, grafické nebo též audiovizuálně. Praxe ukazuje, jak je výhodné, zejména u pacientů, kteří přicházejí k hospitalizaci s dekubitem, používat fotodokumentaci. Za vedení a kvalitu ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení odpovídá hlavní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelkou péči, na oddělení pak vrchní sestra a na stanici staniční sestra. Za konkrétní záznam u konkrétního pacienta pak odpovídá sestra, která záznam provedla či neprovedla, ale provést měla. Každý záznam v ošetrovatelské dokumentaci musí být označen identifikací autora záznamu, což znamená jmenovku (rozumí se tím otisk razítka nebo zápis jména hůlkovým písmem) a podpis. Dokumentaci je oprávněn i povinen kontrolovat vedoucí zaměstnanec (Vondráček, 2006).

1.5. Význam ošetrovatelského procesu

1.5.1. Význam ošetrovatelského procesu pro klienta

Ošetrovatelský proces má velký význam a přínos nejen pro nemocného, ale i pro sestru. Je základem pro **poskytování individualizované ošetrovatelské péče**, vede ke zvyšování kvality a efektivnosti různých metod i technik používaných při ošetrování klientů. Sestra zná klienta mnohem lépe. **Prohlubující se poznání klienta** jako osoby umožňuje, aby ho nechápala jako „diagnózu,” ale jako člověka se svými individuálními potřebami a problémy. Každá ošetrovatelská **péče** poskytovaná touto metodou je „**šitá na míru**“ a odpovídá potřebám nemocného. **Udržuje (zvyšuje) soběstačnost** klienta.

Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu zajišťuje **návaznost a kontinuitu péče**, ale především účast klientů na péči. **Klient** není pasivním příjemcem péče o své zdraví, ale je **nezbytnou aktivní součástí** při udržování či navrácení svého zdraví.

1.5.2. Význam ošetrovatelského procesu pro sestru a členy ošetrovatelského týmu

Poskytování ošetrovatelské péče tímto způsobem zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester, přináší jim lepší pocit **pracovní spokojenosti a seberealizace**. Umožňuje každému, kdo o nemocného pečuje, vyšší stupeň **samostatnosti a řízení vlastní práce**. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své konkrétní práce a neplní pouze pasivně své pracovní povinnosti. Zlepšuje se tak **sebereflexe a seberealizace v profesi**.

Všechny složky ošetrovatelské péče jsou **adresné**, tudíž každý člen ošetrovatelského týmu nese **konkrétní odpovědnost** za tu část péče, kterou je povinen u daného klienta zajistit. U pacientů, s nimiž je obtížná spolupráce, pomáhá proces snadněji pochopit příčiny jejich chování a najít vhodný způsob, jak k nim přistupovat.

Poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu dává prostor pro realizaci standardů ošetrovatelské péče, čímž zajišťuje sestřám vyhnout se rozporům se zákonem.

Koncepce ošetrovatelského procesu vytváří základ správného přístupu ke zdravým i nemocným v průběhu profesní přípravy. Dává studentům příležitost, aby se v průběhu studia učili komplexnímu pohledu na ošetrování nemocného a práci s ním, s jeho rodinou i celou komunitou (Staňková, 1999).

1.6. Organizační systémy

Základem ošetrovatelského procesu, jak již bylo zmíněno, je poskytování individualizované péče, a ta by nebyla možná bez navázání vztahu mezi sestrou, klientem a jeho rodinou. Dobrým předpokladem pro tento vztah je změna tradičního funkčního systému ošetrovatelské péče v systém skupinový či systém primárních sester, případně jejich varianty.

1.6.1. Systém skupinové péče

Tento systém vznikl ve Švýcarsku a nejvíce rozšířen je v současné době v Německu. Podstatou je péče „skupinové sestry“ o jmenovitou skupinu klientů po celou dobu své směny, vykonává u ní všechny ošetrovatelské činnosti a přebírá za poskytovanou péči plnou zodpovědnost. Stává se manažerkou ošetrovatelské péče u této skupiny klientů. Má větší příležitost poznat své pacienty, získat podrobnější a kvalitnější informace o něm samotném, ale i o jeho sociálním prostředí a tím kvalitněji a specifitěji vypracovat individuální plán ošetrovatelské péče. Taktéž vykonává dokumentaci ošetrovatelské péče. Staniční sestra pouze koordinuje činnost sester v jednotlivých skupinách a zajišťuje funkce, které jsou společné pro celou ošetrovací jednotku.

Důsledný systém skupinové péče se u nás málokde provádí, ale za určitých podmínek se osvědčují jeho modifikace (Tóthová, 2006). Systém „skupinové péče“ je náročnější na počet personálu na pracovišti oproti systému „primárních sester“. A to zejména z důvodu, že by se o danou skupinu pacientů v každé směně měla starat vždy stejná skupinová sestra, nikoliv pokaždé jiná. Skupiny by měly zůstat stabilní a měly by se o ně starat vždy stejné skupinové sestry. Tento systém poskytování ošetrovatelské péče se hodí zejména pro pracoviště s rychlou obměnou pacientů (operační obory) a s větším počtem lůžek. Vyžaduje také určitý počet pomocného ošetrovatelského personálu ke každé skupinové sestře (Francová, 2001).

Výhody a nevýhody

Skupinový systém má své výhody i nevýhody. Největší **výhodou** je vysoká úroveň poskytované ošetrovatelské péče a osobní kontakt sestry s nemocným. Každý klient zná „svou sestru“, péče není anonymní a zvyšuje se odpovědnost každého pracovníka. Péče je zaměřena komplexně, sestry neprovádí pouze ošetrovatelské činnosti, ale pečují také o psychiku nemocného. Sestra má kompletní informace o každém klientovi ve své skupině, které je schopna

okamžitě předat jinému zdravotnickému pracovníkovi. Pro staniční sestru je tento systém výhodný v tom, že lze lehce posoudit a zhodnotit kvalitu poskytované péče v každé skupině.

Nevýhodou je potřeba většího počtu personálu, organizační nesnáze při zajišťování směn, nedostatek informací o pacientech z jiné skupiny a zvýšený finanční náklad na pořízení pomůcek do všech skupin. Také pokud je určen neadekvátní počet pacientů na jednu sestru, snižuje se tím buď kvalita péče nebo jsou nedokonalé záznamy o poskytované péči. Pozitivní výsledek se také snižuje nedostatečnou komunikací mezi sestrami při předávání směn, proto se doporučují sesterské vizity po celé ošetrovací jednotce (Francová, 2001).

1.6.2. Systém primárních sester

Model primárních sester vznikl v roce 1968 ve Fakultní nemocnici v Minnesotě pod vedením Marie Matheyové s cílem, aby sestry na sebe převzaly větší samostatnost a individuální zodpovědnost a poskytovaly pacientům rozsáhlejší a komplexnější péči (Staňková, 1996).

Při přijetí nemocného na oddělení mu je přidělena „primární sestra“, která pro něho vypracuje plán ošetrovatelské péče, za jeho realizaci nese odpovědnost po celou dobu hospitalizace klienta. Primární sestra je hlavním koordinátorem ošetrovatelské péče u svého nemocného. Vždy když je ve službě, pečuje o stejné nemocné. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků, kteří ji průběžně informují. Není-li ve službě, nemocného předá sekundární (zástupné) sestře a po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se také podílí v průběhu směny na ošetrování nemocných, jejichž primární sestrou není. Pacienti znají jméno své sestry a hodnotí ošetrování primární sestrou převážně kladně.

Systém „primární sestry“ vyžaduje pravidelnou a kvalitní výměnu informací o klientech, která se provádí systémem krátkých porad ošetrovatelského týmu předáváním služby za přítomnosti nemocného. Tento systém je vhodný pro pracoviště s delší průměrnou dobou hospitalizace nebo oddělení s menším počtem pacientů. Nenárokuje větší počet sester, protože nemocní jsou rozděleni mezi všechny kvalifikované sestry, které na oddělení pracují. Samozřejmě je dobré, je-li k dispozici dostatek pomocného ošetrovatelského personálu pro péči nepřímou (pomocné práce).

Výhody a nevýhody

Primární sestra dokonale zná své klienty, dovede podat přesné informace lékaři, prezentuje své nemocné na poradách ošetřovatelského týmu, buduje se důvěrnější vztah mezi sestrou a nemocným. Klient své sestře více důvěřuje, spoléhá na ni.

Mezi negativa tohoto systému patří fakt, že klient nemá k dispozici svou „primární sestru“ při každé směně, menší informovanost sestry o pacientech, u nichž není primární sestrou (Francová, 2001).

1.6.3. Funkční systém

Funkční systém poskytování ošetřovatelské péče by se neměl již v České republice využívat, jak doporučuje Koncepce ošetřovatelství z roku 2004. Avšak, jak uvádí Tóthová ve výsledcích prováděného výzkumu, 19,14% z oslovených zdravotnických a zdravotně-sociálních zařízeních funkční metodu ošetřovatelské péče používá (Tóthová, 2006). Je využívána samostatně nebo v kombinaci s metodou skupinovou či metodou primární sestry. V minulosti byl tento systém nejrozšířenější.

Na ošetrovací jednotce pracuje stálý kolektiv sester vedený staniční sestrou. Sestry se střídají v pravidelných směnách, každá vykonává určité práce u všech nemocných na celé ošetrovací jednotce. Hlavní odpovědnost za poskytovanou péči má při tomto systému staniční sestra. Plánování ošetrovatelské péče zůstává také na staniční sestře. Provádí většinu rozhodnutí a usměrňuje členy personálu.

Funkční ošetrování je založené na plnění lékařských ordinací a fyzické péči. V pozadí již zůstává psychická a sociální stránka klienta. Různí členové ošetrovatelského personálu vykonávají přidělené činnosti u daného klienta bez toho, aniž by věděli, co pro něho dělají druzí. Ošetrovatelská péče je tím rozdrobena, důraz se klade na bezchybné výkony a čas, ne na potřeby a reakce pacienta.

Klienti jsou proto nespokojeni a stěžují si, že nevědí, která sestra se o ně stará. Často mají pocit, že o nich nikdo nic neví. Vytrácí se individualita pacienta, objevuje se nedostatek kontaktu sester s nemocnými, a tím narušení komplexní péče.

Dokumentace se může provádět dvěma způsoby. Buď každý člen ošetrovatelského personálu zaznamenává ty výkony a pozorování, které sám prováděl nebo pověřený pracovník zaznamenává všechny výkony, které mu ostatní hlásí.

Výhody a nevýhody

Výhodou tohoto systému je přehled sestry o všech pacientech na celé ošetrovací jednotce. Nevýhoda spočívá v nekomplexní péči, klient nezná svoji sestru, protože se o něho stará pokaždé někdo jiný. Sestry nemají dostatek času na komunikaci s pacientem, péče je rozdrobená a tím méně kvalitní. Systém funkčního ošetřování je systémem zastaralým a je postupně nahrazován systémem „skupinové péče“ nebo alespoň určitou modifikací tohoto systému (Francová, 2001).

Právě proto je tento organizační systém přímo nevhodný pro poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu.

1.7. Metody zavádění změn

Při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe je třeba postupovat velmi promyšleně, neboť není vůbec jednoduché překonat bariéru tvořenou tradicí i stereotypem a získat ochotu sester pracovat jiným způsobem. Proto je velmi dobré nejprve se s metodami seznámit a po té vybrat tu, která je přítomné situaci na pracovišti nejvhodnější. Při zavádění změn je možné postupovat třemi způsoby.

1.7.1. Přinucovací metoda

Změnu přikázat, tedy použít **přinucovacího postupu**. Jedná se o metodu *shora – dolů*, kdy nadřízený přikáže podřízeným, aby dělali věci jinak. Tento způsob je většinou provázen hrozbou (např. ztrátou zaměstnání, snížením osobního ohodnocení...), pokud pracovník neuposlechne. Brání iniciativě a kreativitě jednotlivých zaměstnanců, nebere v úvahu, že jakmile se pozornost autority přesune jinam, pracovníci mohou změnu ignorovat a navrátit se ke starému, zaběhlému způsobu práce.

1.7.2. Racionální empirický přístup

Dalším způsobem uskutečnění změny je **racionální empirický přístup**, tzv. *vysvětlení nařízení*. Předpokládá, že většina lidí jedná na základě vlastního rozhodnutí, přičemž volí to, co přinese všem největší prospěch. Tento postup je rovněž autoritativní – informace a instrukce tečou jedním směrem (od lidí, kteří mají znalosti a moc, k lidem, kteří je nemají).

1.7.3. Normativně převýchovný postup

Posledním, třetím způsobem provedení změny, je **normativně převýchovný postup** – tzv. *dobrovolné rozhodnutí*. Liší se tím, že ke změně dochází zdola nahoru. Vychází z předpokladu, že změna se nejlépe dosáhne, když se do její přípravy maximálně zapojí sestry, jichž se změna týká. U prvních dvou strategií hrozí, že ji budou podřízení, jimž byla změna vnucena, odmítat. Pro ošetrovatelství je nejvhodnější metoda dobrovolného rozhodnutí (LEMON 3, 1997).

1.8. Zavádění změn v praxi

Reakce na organizační změny nejsou stejné a pozitivní. Jedním z důvodů může být zkušenost, že sestry nebo další pracovníci nepokládají dovednosti zvládnout změnu za příliš důležité. Dále může být důvodem přílišné lpění na stabilitě organizace či obava z rozbourávání vztahů mezi personálem, který bude aplikovat změny u pacientů. Ať už je důvod jakýkoliv, sestry i jiní zdravotníci často těžko akceptují jakékoliv organizační změny. Považují je za něco, co je rozptyluje od přímé péče o pacienty nebo za zdroj zbytečné úzkosti. Žádný důkaz o tom, že by zdravotničtí pracovníci byli více odolní vůči změnám než ostatní lidé, neexistuje.

V procesu změn lze pozorovat různé role a reakce těch, kteří změny provádějí. Zpravidla můžeme rozlišit tři typy lidí:

„**Tvůrci změn**“ jsou lidé plní nápadů o tom, co se má změnit. Vypočítávají argumenty, vyvíjejí tlak a často něco prosadí díky svému charismatu, vášni a nadšení.

„**Realizátoři změn**“ mají schopnost změny provést. Někdy mohou přijít z jiné organizace a pomáhají změnu snáze provést.

„**Příjemci změn**“ nevyvolávají změnu, ale přijímají ji do své praxe nebo jsou ovlivněni výsledky. Do této skupiny patří zaměstnanci, kteří zavádějí nové myšlenky do své každodenní práce, nebo pacienti, kteří jsou jimi ovlivňováni.

Vždy je nutné zvážit, proč lidé reagují tak, jak reagují. Např. váhaví lidé mohou být označeni za obtížné nebo negativistické. Ne každá změna musí zákonitě vést k lepšímu. Mnoho záleží na podstatě změny, tedy na tom, jak se provádí, na osobní hodnotové orientaci lidí, kterých se týká. Proč některé sestry lpí na zaběhlých způsobech práce? Je to proto, že nevidí význam změny nebo se cítí z tohoto procesu vyřazený či se dokonce bojí důsledku. Mnohdy ztěžuje zavedení změny nedostatečná odborná průprava či neznalost problematiky.

Pro praxi jsou užitečné čtyři **strategie zavádění změn**:

1. „**Sdělení**“ – lidé, kteří mají autoritu, sdělí zaměstnancům, co mají dělat a očekávají, že podle toho budou jednat. Tento styl je přijatelný pro lidi, kteří mají malou schopnost nebo neochotu něco měnit. Někdy se tohoto způsobu používá pro podávání prvních informací, než zaměstnanci začnou změnu akceptovat a začnou ji důvěřovat. Pak se může nařízení a kontrola omezit.
2. „**Prodej**“ – nabízení přesvědčivých informací, které jsou ochotněji přijímány než nepřesvědčivé. Lze uplatnit tam, kde jsou lidé od začátku ochotni něco změnit.

3. „**Účastnit se**” – účastníci sami cítí nutnost změny a zvolí směr, kterým se dát. V podstatě jde o normativně převýchovný postup.
4. „**Delegování**” – je rozšířením účastnického stylu. Je nejvhodnější pro jedince a skupiny, kteří už dosáhli seberegulovaného přístupu ke změně. Vůdce změny poskytuje jistou podporu, ale pouze, když je požádán zainteresovanými (LEMON 3, 1997).

Zavádění změny probíhá v praxi postupně v jednotlivých krocích :

1. Prvním krokem je **diagnostika změn**. Co je špatné? Co chceme změnit a proč? Zabýváme se tím, jak je organizována práce, kdo co dělá, jaké problémy se vyskytují a proč.
2. Druhý krok tvoří **společný souhlas s cíli změn**. Sestry se sejdou, zhodnotí situaci a rozhodnou o potřebných změnách. Propagátor změny má klíčovou roli v pomoci ostatním probrat všechny návrhy a rozhodnout, k jaké změně dojde.
3. Třetím krokem je **plán postupu**. Patří sem zmapování všeho, co má být změněno a stanovení cesty, jak změn dosáhnout. Musíme zjistit podmínky k realizaci, případně personální, technické a finanční zdroje. Nutné je určit odpovědné osoby za jednotlivé činnosti.
4. **Vzdělání sester** představuje čtvrtý krok. Je nezbytné, aby se personál naučil novým dovednostem a dokázal pak zajistit požadavky, které s sebou změna přináší.
5. Pátý krok tvoří **vlastní realizace**. Sestry plánované změny uskutečňují v praxi.
6. **Upevnění nového způsobu** je šestým krokem. Sestry diskutují o výsledcích své práce a zjišťují, co se zlepšilo a co se nedaří. Za tento úspěch mají být pochváleny, finančně odměněny.
7. Posledním krokem je **odezva**. Po zhodnocení toho co bylo provedeno, se původní plány mohou případně modifikovat a celý cyklus se opakuje znovu. Teprve nyní můžeme požadovanou změnu pokládat za dobře v praxi zavedenou (Staňková, 1999).

1.9. Abeceda zásad pro zavedení ošetrovatelského procesu

- A. Získejte **ochotu sester** k zavedení nového způsobu práce.
- B. Zajistěte **odbornou přípravu** ošetrovatelských týmů.
- C. Ve spolupráci se sestrami vypracujte **způsob zavádění** jednotlivých prvků ošetrovatelského procesu do praxe.
1. **Seznámení s teorií ošetrovatelského procesu.**
 - a) fáze vědomostní – vím, co to je
 - b) fáze identifikace – věřím, že je to dobré
 2. **Vypracování standardu.**
 - a) kolektiv sester se dohodne o postupu
 - b) postup se stručně písemně zpracuje
 3. **Vypracování ošetrovatelské dokumentace.**
 - a) ošetrovatelský záznam
 - b) plán ošetrovatelské péče
 4. **Změna organizace práce sester.**
 - a) skupinové sestry
 - b) primární sestry
 5. **Změna v předávání informací o nemocných.**
 - a) porady ošetrovatelského týmu
 - b) sesterské vizity na pokoji nemocných
 6. **Sledování efektu poskytované péče.**
 - a) v rámci plánu individualizované péče
 - b) hodnocení dle kritérií standardu
 - c) ošetrovatelský audit
- D. Vytvořte podmínky a **podpůrné prostředí** pro tvořivou práci – sociální odměna, odlišné oblečení, publikace výsledků, studijní pobyty, vytvoření vzorové stanice ...
- E. **Vyšlete sestru** na pracoviště, kde již nový způsob práce funguje.
- F. Vypracujte **projekt** – přehled jednotlivých kroků.
- G. **Prodiskutujte chystané změny s vedoucím pracovníkem** (ředitelem, primářem) a lékařským týmem – trpělivost, rozumné a reálné požadavky.

H. Proveďte **pilotní studii** – např. v období 3 měsíců – navržený projekt proveďte, vyzkoušejte a poté znovu s kolektivem sester i lékařů či pacientů prodiskutujte a opravte, co se nepovedlo (Staňková, 1999).

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíle průzkumu

Cíle průzkumu, jež jsem si stanovila, a které jsem metodou nestandardizovaného dotazníku analyzovala.

1. Porovnání doby zavádění ošetrovatelského procesu.
2. Porovnání způsobu zavádění ošetrovatelského procesu.
3. Nalézt faktory usnadňující a znesnadňující aplikaci ošetrovatelského procesu.
4. Porovnání připravenosti personálu na zavedení ošetrovatelského procesu.

2.2. Metodika vlastního šetření

Pro průzkum jsem použila nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 5 a 6). Dotazníková metoda byla použita ve dvou zdravotnických zařízeních – v nemocnici v Ústí nad Orlicí a v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou. V uvedených zařízeních průzkum probíhal vždy na stejných odděleních a to na chirurgickém, interním a anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Zmíněná oddělení byla vybrána z toho důvodu, aby výsledek zjištění nebyl ovlivněn odlišnou charakteristikou jednotlivých pracovišť.

K průzkumu jsem použila celkem 100 dotazníků, 50 jsem jich rozdala v Ústí nad Orlicí a 50 v Rychnově nad Kněžnou. Celkem se mi vrátilo 75 (tj. 75%) dotazníků. Návratnost z ústeckoorlické nemocnice byla 41 dotazníků (tj. 82% zde rozdaných) a z rychnovské nemocnice 34 dotazníků (tj. 68% zde rozdaných).

Tab. č. 2 – Přehled návratnosti vyplněných dotazníků

	UO	%	RK	%	Celkem	%
počet dotazníků	50	-	50	-	100	-
návratnost	41	82%	34	68%	75	75%

Dotazník byl určen sestřám u lůžka, staničním i vrchním sestřám. Oslovila jsem také náměstkyně ošetrovatelské péče uvedených zdravotnických zařízení. Vyplňování bylo

dobrovolné, anonymní a nepřesáhlo dobu 15 minut. Sestry jej měly k dispozici na jednotlivých odděleních 14 dní v měsíci říjnu roku 2006. Odevzdávání vyplněného dotazníku bylo do předem označených schránek uložených na ošetrovacích jednotkách.

Pro lepší porovnání analyzovaných informací jsem dotazníky rozdělila do dvou skupin. Hlavním kritériem bylo zdravotnické zařízení. První skupinu tvořily dotazníky vyplněné sestrami z nemocnice v Ústí nad Orlicí a druhou skupinu dotazníky z nemocnice v Rychnově nad Kněžnou.

2.3. Charakteristika zkoumaného vzorku

Na výběr zkoumaného vzorku měla vliv osobní znalost prostředí, obzvláště nemocnice v Ústí nad Orlicí.

Ústeckoorlická nemocnice má téměř sedmdesátiletou historii. Základní stavební kámen novodobé nemocnice byl položen v roce 1936, ale první dochovaný písemný záznam o nemocnici je uveden v **gruntovních knihách** z roku 1605. Z původně malé nemocnice se rozrostla do velikosti okresního zdravotnického zařízení a rozsahem poskytované akutní péče a počtem akutních lůžek se stává druhou největší nemocnicí v Pardubickém kraji. V roce 1992 je jejím zřizovatelem město Ústí nad Orlicí, a tím se formálně stává nestátním zdravotnickým zařízením. Při projednávání způsobu privatizace komise doporučila tuto nemocnici neprivatizovat a od roku 1996 je zřizovatelem Okresní úřad v Ústí nad Orlicí, tedy se opět stala státním zdravotnickým zařízením. V současnosti má lůžková oddělení - anesteziologicko-resuscitační (ARO), chirurgické, dětské a novorozenecké, gynekologické a porodnické, interní, neurologické, urologické, ušní, nosní a krční (ORL) i nelůžková oddělení - hematologicko-transfúzní (HTO), klinické biochemie a diagnostiky (OKBD), klinické mikrobiologie (OKM), klinické onkologie, klinické psychologie, lékárna, operační sály a centrální sterilizace, radiodiagnostické, rehabilitační a mnoho odborných ambulancí (Almanach Nemocnice Ústí nad Orlicí, 1999).

Průzkum probíhal na odděleních uvedených v tabulce č. 3.

Tab. č. 3 – Nemocnice v Ústí nad Orlicí, přehled výzkumného vzorku

	Chirurgické oddělení	Interní oddělení	ARO
Vrchní sestra	1	1	1
Staniční sestra	2	3	1
Sestra u lůžka	35	58	36
Celkem lůžek	66	100	12

Chirurgickém oddělení (2 standardní ošetrovací jednotky - traumatologie a všeobecná chirurgie, celkem 66 lůžek, 1 vrchní sestra, 2 staniční sestry, 35 sester u lůžka), interní oddělení (2 standardní ošetrovací jednotky a JIP, celkem 100 lůžek, 1 vrchní sestra, 3 staniční sestry, 58 sester u lůžka) a anesteziologicko-resuscitačním oddělení (celkem 12 lůžek, 1 vrchní sestra,

1 staniční sestra, 36 sester u lůžka). Zúčastnily se ho sestry u lůžka, staniční i vrchní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou a.s. patří ke zdravotnickým zařízením, jejichž základní stavební kámen byl položen již v 19. století, přesněji v roce 1888. Stará nemocnice z r. 1882 i s dostavbou z r. 1932 už nevyhovovala úkolům zdravotní péče o obyvatelstvo a její přestavba se stala nevyhnutelnou. Nově otevřena byla nemocnice v r. 1988. Celý objekt byl rekonstruován, přistavěn a modernizován, počet operačních sálů se zvýšil.

V současné době má lůžková (interní, chirurgické, anesteziologicko-resuscitační, gynekologicko-porodnické, dětské a novorozenecké, ortopedické a traumatologické oddělení, oddělení následné a rehabilitační péče) i nelůžková oddělení (hematologické oddělení a krevní sklad, oddělení klinické biochemie, oddělení klinické onkologie, rychlá lékařská pomoc, lékárna, radiodiagnostické oddělení, centrální sterilizace a mnoho odborných ambulancí).

Poskytuje standardní diagnostickou a léčebnou péči ve spádové oblasti okresu Rychnov nad Kněžnou, tj. asi 72 000 obyvatel a v některých oborech působí nadregionálně (okres Ústí nad Orlicí a Náchod) (Internetové stránky Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou).

Průzkum probíhal na odděleních uvedených v tabulce č. 4.

Tab. č. 4 – Nemocnice v Rychnově nad Kněžnou, přehled výzkumného vzorku

	Chirurgické oddělení	Interní oddělení	ARO
Vrchní sestra	1	1	1
Staniční sestra	2	2	1
Sestra u lůžka	34	37	15
Celkem lůžek	57	67	5

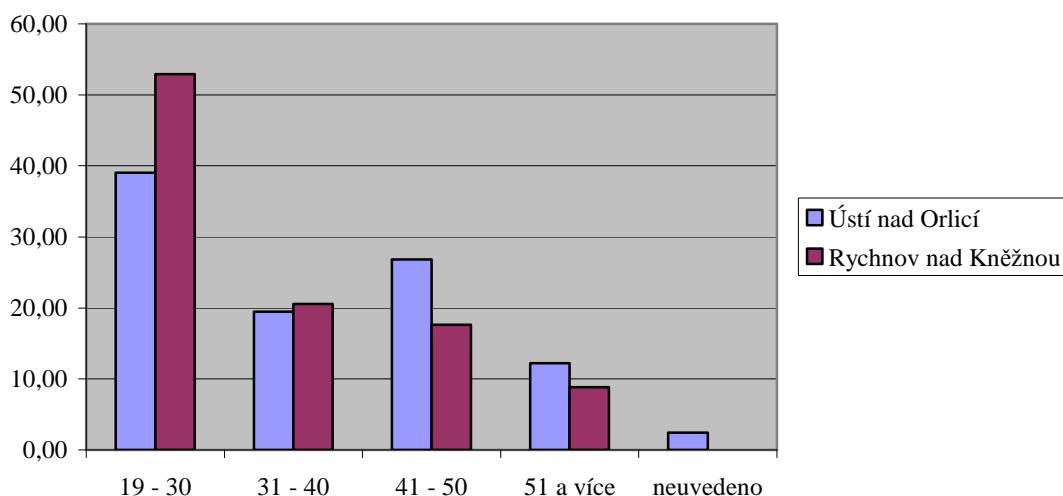
Chirurgickém oddělení (2 standardní ošetrovací jednotky a JIP, celkem 57 lůžek, 1 vrchní sestra, 2 staniční sestry, 34 sester u lůžka), interní oddělení (2 standardní ošetrovací jednotky a JIP, celkem 67 lůžek, 1 vrchní sestra, 2 staniční sestry, 37 sester u lůžka) a anesteziologicko-resuscitační oddělení (celkem 5 lůžek, 1 vrchní sestra, 1 staniční sestra, 15 sester u lůžka). Průzkumu se zúčastnily sestry u lůžka, staniční i vrchní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

2.4. Výsledky průzkumu

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

- a) 19 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

Graf č. 1 – Věk



Tab. č. 5 – Věk

	UO	%	RK	%	Celkem	%
19 - 30	16	39%	18	53%	34	45%
31 - 40	8	20%	7	21%	15	20%
41 - 50	11	27%	6	17%	17	23%
51 a více	5	12%	3	9%	8	11%
neuvedeno	1	2%	0	0%	1	1%
celkem	41	100%	34	100%	75	100%

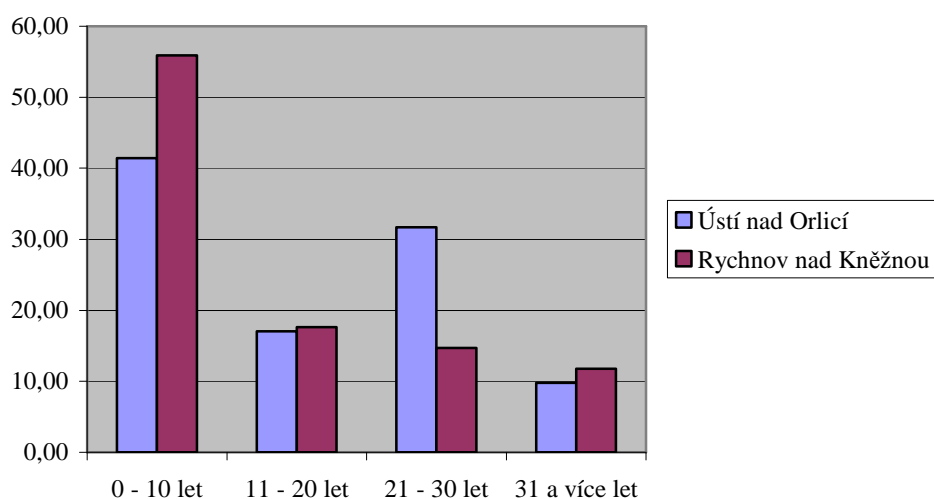
Nejpočetněji zastoupená věková kategorie v obou zdravotnických zařízeních je od 19-30 let, v nemocnici v Ústí nad Orlicí (dále UO) 16 sestrami (tj. 39%) a v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou (dále RK) 18 sestrami (tj. 53%). Druhá v průměru nejvíce zastoupená věková kategorie je od 41-50 let, kdy v UO ji tvoří 11 sester (tj. 27%) a v RK 6 sester (tj. 17%). Třetí místo zaujímají sestry ve věku od 31-40 let, v UO je 8 sester (tj. 20%) a v RK je 7 sester (tj. 21%)

v tomto věku. Nejméně sester pracuje v nemocnicích ve věkové kategorii od 51 a více let, v UO 5 sester (tj. 12%) a v RK 3 sestry (tj. 9%). 1 sestra (tj. 1%) z dotazovaných svůj věk nevedla.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 – 10 let
- b) 11 - 20 let
- c) 21 – 30 let
- d) 31 a více let

Graf č. 2 – Délka zaměstnání ve zdravotnictví



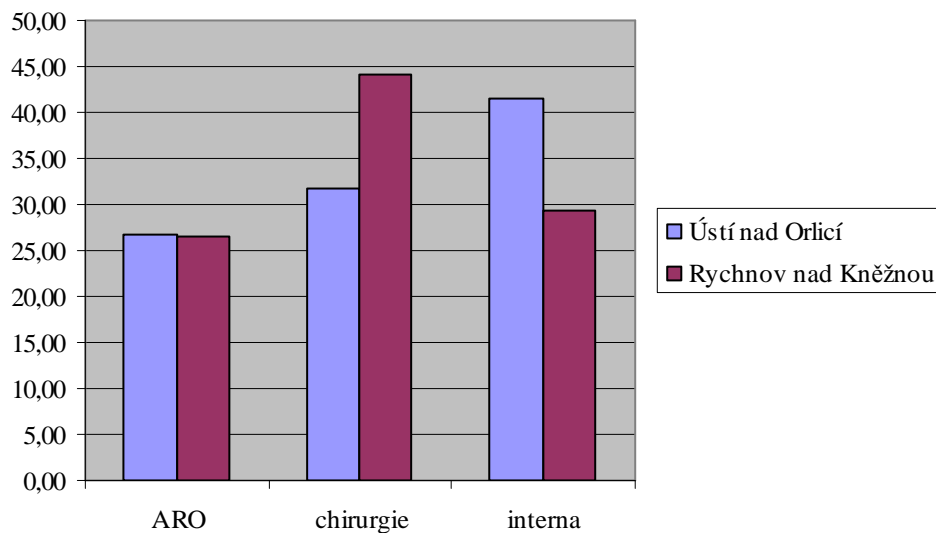
Tab. č. 6 - Délka zaměstnání ve zdravotnictví

	UO	%	RK	%	Celkem	%
0-10 let	17	41%	19	56%	36	48%
11-20 let	7	17%	6	18%	13	17%
21-30 let	13	32%	5	14%	18	24%
31 a více let	4	10%	4	12%	8	11%
Celkem	41	100%	34	100%	75	100%

Z 75 dotázaných nejvíce uvádělo délku zaměstnání ve zdravotnictví od 0-10 let, celkem 36 respondentek (tj. 48%). Kategorie od 11-20 let a od 31 a více let byla v obou zdravotnických zařízeních téměř vyrovnaná. Rozdíl nastal v kategorii délky zaměstnání ve zdravotnictví od 21-30 let, kdy v Ústí nad Orlicí bylo takových respondentek 13 (tj. 32%) a v Rychnově nad Kněžnou 5 respondentek (tj. 14%).

Otázka č. 3: Na jakém oddělení pracujete?

Graf č. 3 – Pracoviště



Tab. č. 7 – Pracoviště

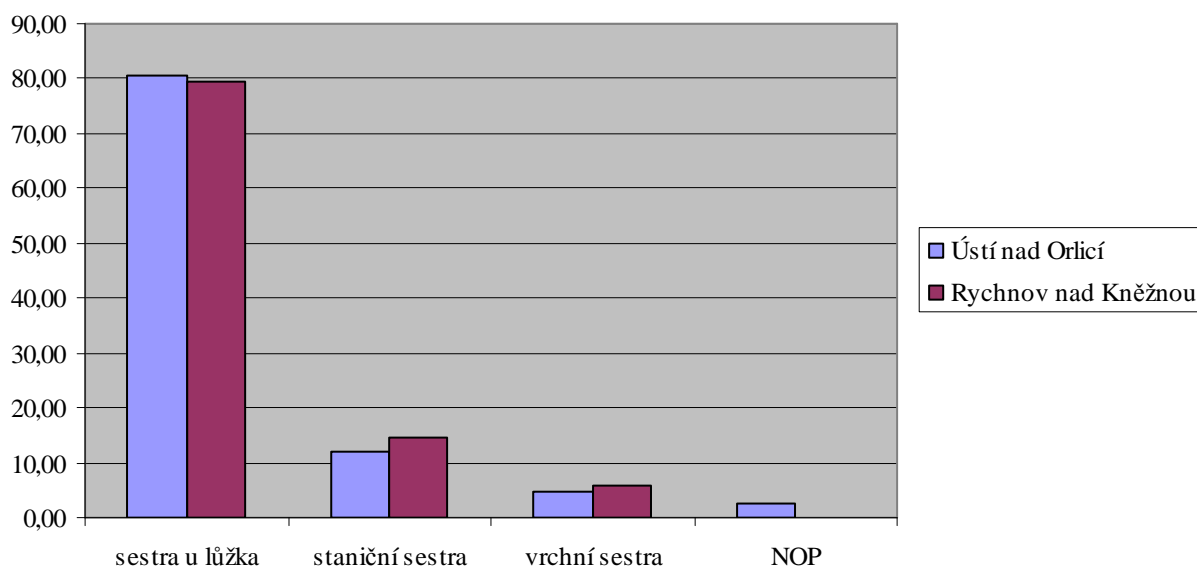
	UO	%	RK	%	Celkem	%
ARO	11	27%	9	27%	20	27%
Chirurgie	13	32%	15	44%	28	37%
Interna	17	41%	10	29%	27	36%
Celkem	41	100%	34	100%	75	100%

Z 75 dotázaných celkem 20 (tj. 27%) respondentek pracovalo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO), 28 (tj. 37%) sester bylo z chirurgického oddělení a 27 (tj. 36%) zúčastněných bylo z interního oddělení. Na vyplnění dotazníku se podílely sestry z obou zdravotnických zařízení v podobném počtu, pouze sestry z interního oddělení v rychnovské nemocnici se na průzkumu zúčastnily v menším počtu, tedy 10 sester (tj. 29%).

Otázka č. 4: Jaké je Vaše funkční zařazení na pracovišti?

- a) sestra u lůžka
- b) staniční sestra
- c) vrchní sestra
- d) náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
- e) jiné

Graf č. 4 – Funkční zařazení na pracovišti



Tab. č. 8 - Funkční zařazení na pracovišti

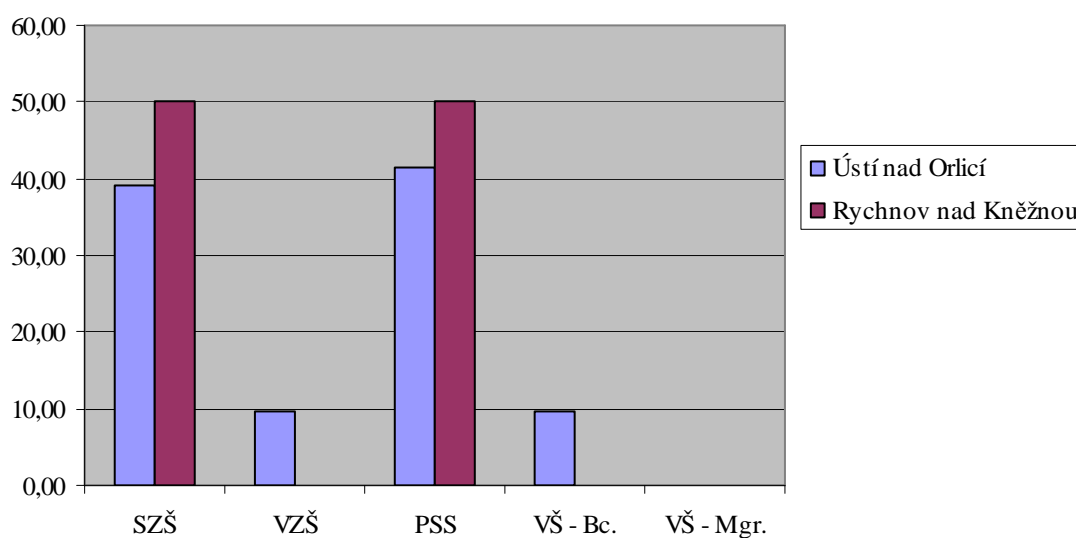
	UO	%	RK	%	Celkem	%
sestra u lůžka	33	81%	27	79%	60	80%
staniční sestra	5	12%	5	15%	10	14%
vrchní sestra	2	5%	2	6%	4	5%
NOP	1	2%	0	0%	1	1%
Celkem	41	100%	34	100%	75	100%

Ze 75 dotazovaných respondentek bylo nejvíce z řad sester u lůžka, 60 (tj. 80%), 10 respondentek (tj. 14%) byly staniční sestry, 4 sestry (tj. 5%) pracují ve funkci vrchní sestry. Z oslovených náměstkyň pro ošetrovatelskou péče (NOP) 1 neodpověděla (tj. 1%).

Otázka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ - Mgr.
- e) PSS – uveďte jaké :
- f) jiné

Graf č. 5 – Nejvyšší dosažené vzdělání



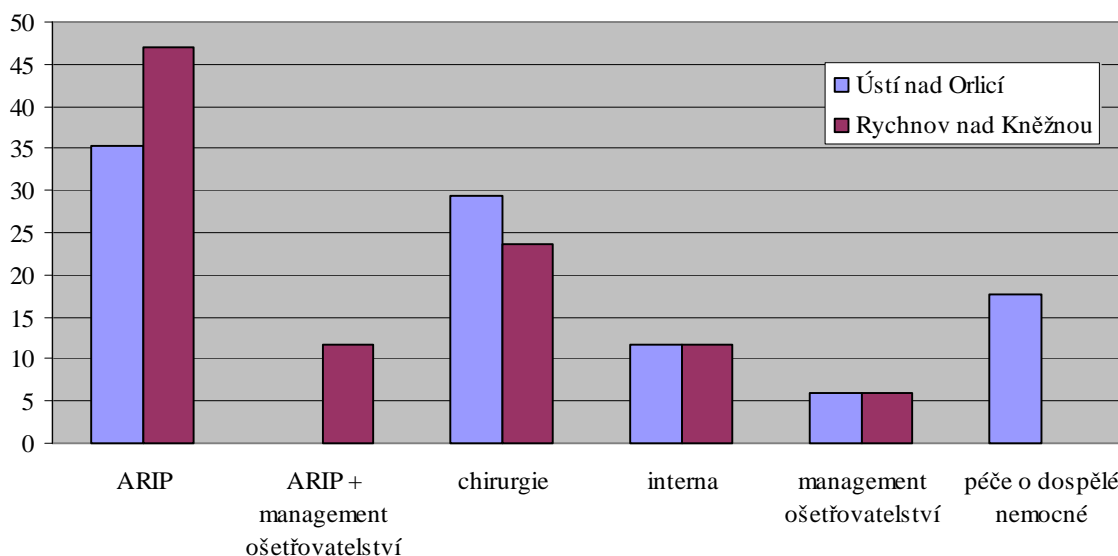
Tab. č. 9 - Nejvyšší dosažené vzdělání

	UO	%	RK	%	Celkem	%
SZŠ	16	39%	17	50%	33	44%
VZŠ	4	10%	0	0%	4	5%
PSS	17	41%	17	50%	34	46%
VŠ	4	10%	0	0%	4	5%
Celkem	41	100%	34	100%	75	100%

Z 75 dotázaných sester mělo 33 středoškolské vzdělání získané na střední zdravotnické škole (dále SZŠ, tj. 44%), 4 mělo vystudovanou vyšší zdravotnickou školu (dále VZŠ, tj. 5%), 34 sestry měly pomaturitní specializační studium (dále PSS, tj. 46%) a pouze 4 respondentky byly vysokoškolačky bakalářky (dále VŠ-Bc., tj. 5%). Žádná respondentka v době průzkumu neměla ukončené magisterské studium. Ze získaných informací lze usoudit na vyšší vzdělanost sester v nemocnici v Ústí nad Orlicí, 4 respondentky (tj. 10%) měly absolvovanou VZŠ a 4 měly

vysokoškolské (bakalářské) vzdělání (tj. 10%). V nemocnici v Rychnově nad Kněžnou žádná z respondentek neměla dosažené vyšší ani vysokoškolské vzdělání. Ostatní kategorie dosaženého vzdělání jsou v obou zdravotnických zařízeních vyrovnané.

Graf č. 6 – PSS – Specializace



Tab č. 10 - PSS – Specializace

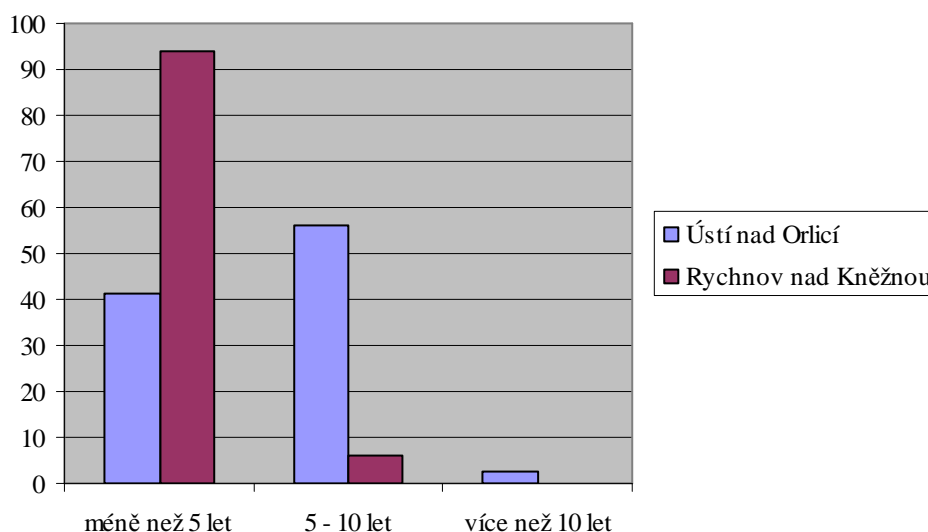
PSS - Specializace	UO	%	RK	%	Celkem	%
ARIP	6	35%	8	47%	14	41%
ARIP + management ošetrovatelství	0	0%	2	12%	2	6%
chirurgie	5	29%	4	23%	9	26%
interna	2	12%	2	12%	4	12%
management ošetrovatelství	1	6%	1	6%	2	6%
péče o dospělé nemocné	3	18%	0	0%	3	9%
celkem	17	100%	17	100%	34	100%

Z uvedených 34 respondentek, které absolvovaly pomaturitní specializační studium, převažovala specializace v anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péči (ARIP) – 14 sester (tj. 41%). 9 (tj. 26%) dotazovaných mělo specializaci na ošetrovatelství v chirurgii a 4 (tj. 12%) se specializovaly na ošetrovatelství v interně. Celkem 3 (tj. 9%) respondentky se specializovaly na péči o dospělé nemocné, 2 (tj. 6%) sestry měly specializaci v managementu ošetrovatelství a 2 sestry (tj. 6%) v ARIP a současně managementu ošetrovatelství.

Otázka č. 6: Uved'te, jak dlouho pracujete na Vašem pracovišti metodou ošetřovatelského procesu:

- a) méně než 5 let
- b) 5 -10 let
- c) více než 10 let
- d) nevím

Graf č. 7 – Doba používání metody ošetřovatelského procesu na pracovišti



Tab. č. 11 - Doba používání metody ošetřovatelského procesu na pracovišti

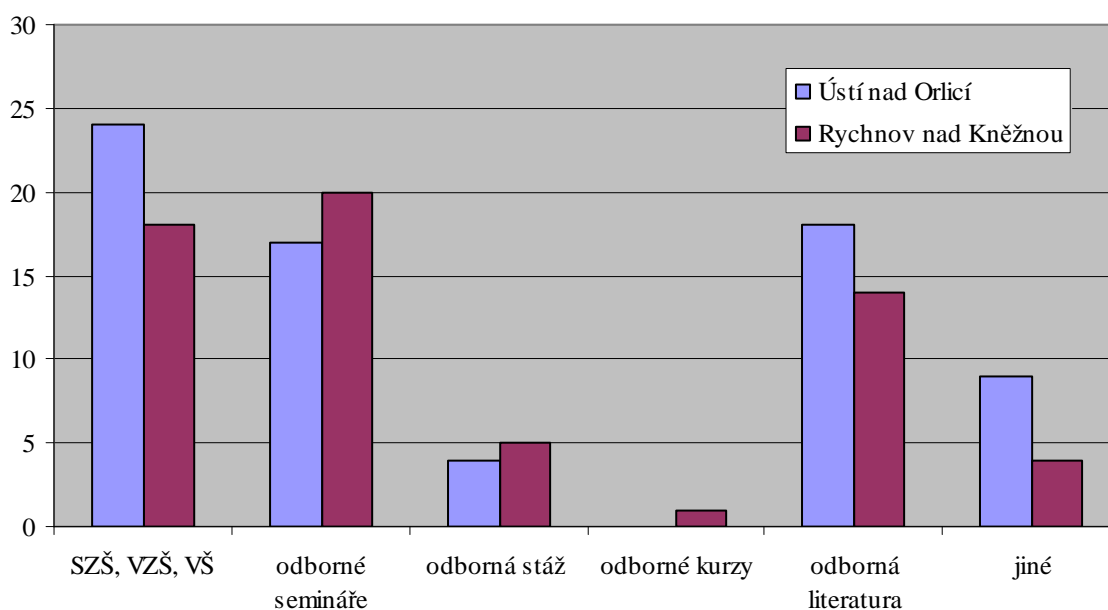
	UO	%	RK	%	Celkem	%
méně než 5 let	17	41%	32	94%	49	66%
5 - 10 let	23	57%	2	6%	25	33%
více než 10 let	1	2%	0	0%	1	1%
celkem	41	100%	34	100%	75	100%

Z dotázaných 41 sester v ústeckoorlické nemocnici jich 17 (tj. 41%) uvedlo, že používají na svém pracovišti metodu ošetřovatelského procesu méně než 5 let, 23 respondentky (tj. 57%) 5-10 let a 1 (tj. 2%) více než 10 let. Z dotázaných 34 sester v rychnovské nemocnici jich 32 (tj. 94%) uvádí, že používají na svém pracovišti metodu ošetřovatelského procesu méně než 5 let, 2 respondentky (tj. 6%) tuto metodu používá 5-10 let, kategorii více než 10 let neuváděla žádná respondentka. Lze usoudit, že v ústeckoorlické nemocnici se ošetřovatelský proces využíván maximálně 10 let a v rychnovské nemocnici méně než 5 let.

Otázka č. 7: Kde jste získala informace o metodě ošetrovatelského procesu?

- a) SZŠ, VZŠ, VŠ
- b) odborné semináře
- c) odborná stáž na pracovišti, kde touto metodou již pracují
- e) odborná literatura
- f) jiné

Graf č. 8 – Získávání informací o metodě ošetrovatelského procesu



Tab. č. 12 - Získávání informací o metodě ošetrovatelského procesu

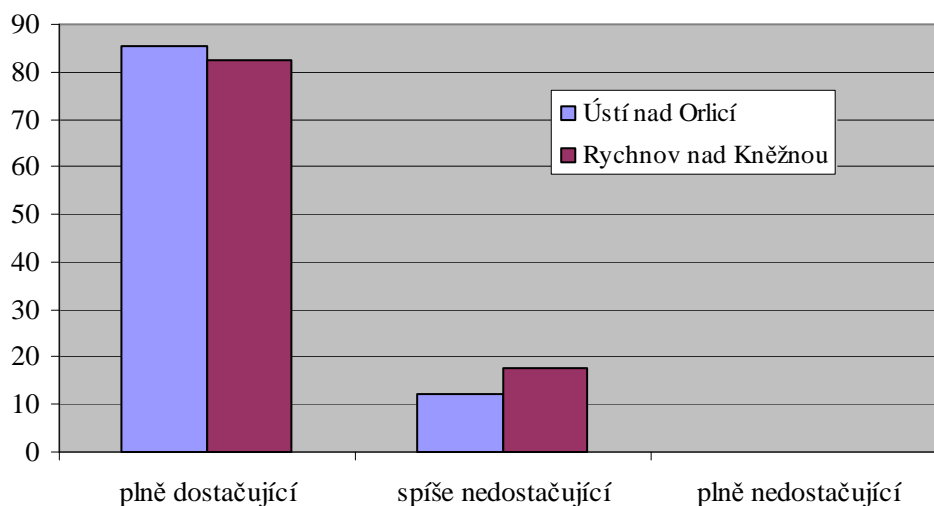
	UO	%	RK	%	Celkem	%
SZŠ, VZŠ, VŠ	24	33%	18	29%	42	31%
odborné semináře	17	24%	20	32%	37	28%
odborná stáž na pracovišti	4	6%	5	8%	9	7%
odborné kurzy	0	0%	1	2%	1	0,7%
odborná literatura	18	25%	14	23%	32	23%
jiné	9	12%	4	6%	13	10%
celkem	72	100	62	100%	134	100%

V ústeckoorlické nemocnici 24 (tj. 33%) sester získalo informace o této metodě na SZŠ, VZŠ či VŠ, 18 (tj. 25%) sester z odborné literatury a 17 (tj. 24%) z odborných seminářů. V rychnovské nemocnici 20 (tj. 32%) sester získalo informace o této metodě na odborných seminářích, 18 (tj. 29%) sester na SZŠ, VZŠ či VŠ a 14 (tj. 23%) v odborné literatuře.

Otázka č. 8: Hodnotíte Vaše získané informace o této metodě pro praxi jako:

- a) plně dostačující
- b) spíše nedostačující, protože (uveďte příklad) ...
- c) plně nedostačující, protože (uveďte příklad) ...

Graf č. 9 – Hodnocení informací o ošetrovatelském procesu



Tab. č. 13 – Hodnocení informací o ošetrovatelském procesu

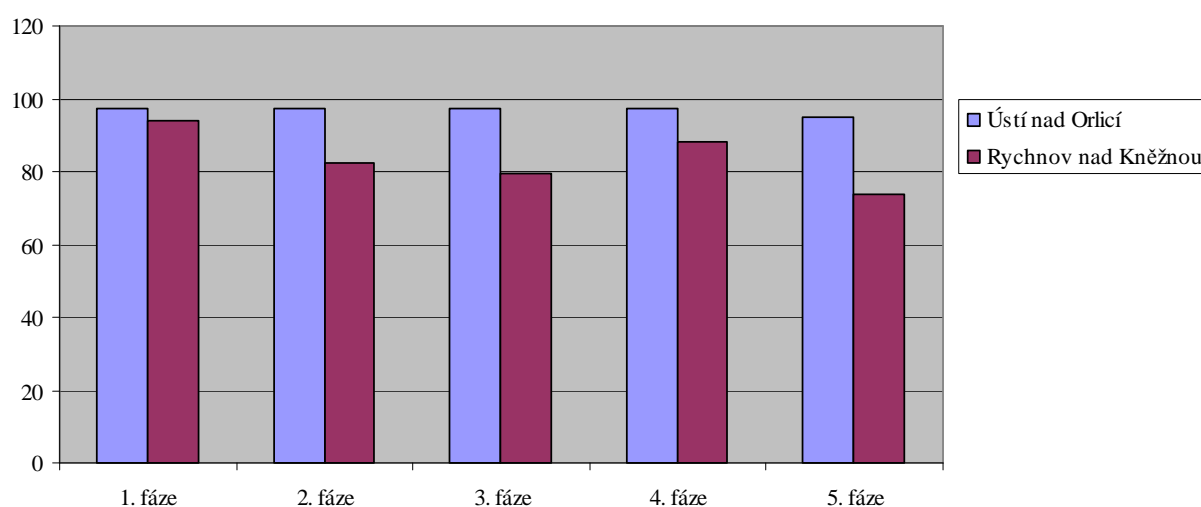
	UO	%	RK	%	Celkem	%
plně dostačující	35	88%	28	82%	63	85%
spíše nedostačující	5	12%	6	18%	11	15%
plně nedostačující	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	40	100%	34	100%	74	100%

Z 75 dotázaných hodnotí získané informace o ošetrovatelském procesu 63 respondentek (tj. 85%) plně dostačující, 11 respondentek (tj. 15%) spíše nedostačující a 1 sestra (tj. 1%) tento dotaz nevyplnila.

Otázka č. 9: Jaké fáze ošetrovatelského procesu využíváte při poskytování ošetrovatelské péče?

- a) ošetrovatelskou anamnézu, získávání informací (1. fáze)
- b) ošetrovatelskou diagnostiku (2. fáze)
- c) stanovení cílů a plánování ošetrovatelské péče (3. fáze)
- d) realizace ošetrovatelských činností (4. fáze)
- e) hodnocení (5. fáze)

Graf č. 10 – Využívané fáze ošetrovatelského procesu



Tab. č. 14 – Využívané fáze ošetrovatelského procesu

	UO	%	RK	%	Celkem	%
1. fáze	40	20,1%	32	22,5%	72	21,1%
2. fáze	40	20,1%	28	19,7%	68	19,9%
3. fáze	40	20,1%	27	19%	67	19,7%
4. fáze	40	20,1%	30	21,1%	70	20,5%
5. fáze	39	19,6%	25	17,6%	64	18,8%
Celkem	199	100%	142	100%	341	100%

Z 41 dotázané v ústeckoorlické nemocnici 40 (tj. 20,1%) uvedlo, že využívaly první čtyři fáze ošetrovatelského procesu a 5. fázi využívalo 39 (tj. 19,6%), 1 sestra na dotaz neodpověděla.

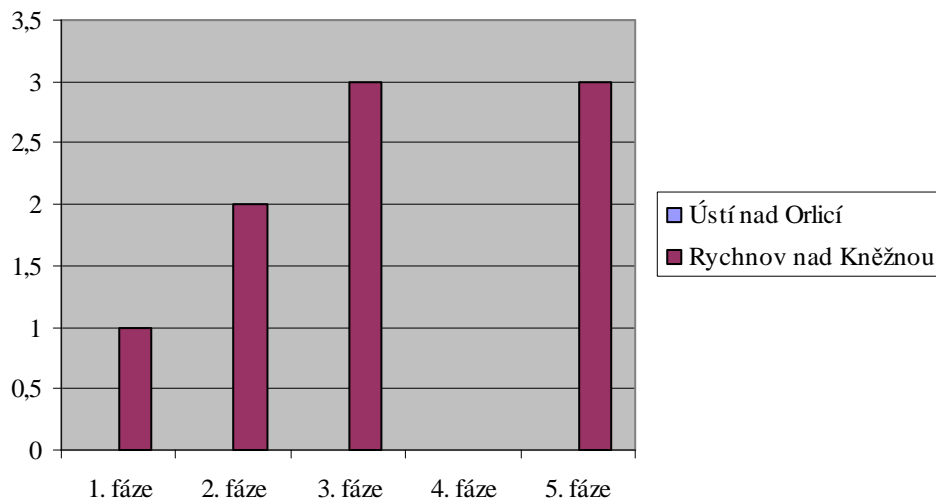
Z 34 dotázaných v rychnovské nemocnici nejvíce tzn. 32 (tj. 22,5%) aplikovaly 1. fázi, 28 (tj. 19,7%) 2. fázi a 30 respondentek (tj. 21,1%) využívalo 4. fázi ošetrovatelského procesu.

27 respondentek (tj. 19%) aplikovalo 3. fázi a nejméně sester tzn. 25 (tj. 17,6%) využívalo 5. fázi.

Ze získaných informací lze soudit, že všechny fáze ošetrovatelského procesu byly využívány sestrami pouze v nemocnici v Ústí nad Orlicí, ale v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou všechny fáze ošetrovatelského procesu nebyly využívány.

Otázka č. 10: Pokud některou fází ošetrovatelského procesu nevyužíváte, napište, prosím, jakou a proč:

Graf č. 11 – Nevyužívané fáze ošetrovatelského procesu



Tab. č. 15 - Nevyužívané fáze ošetrovatelského procesu

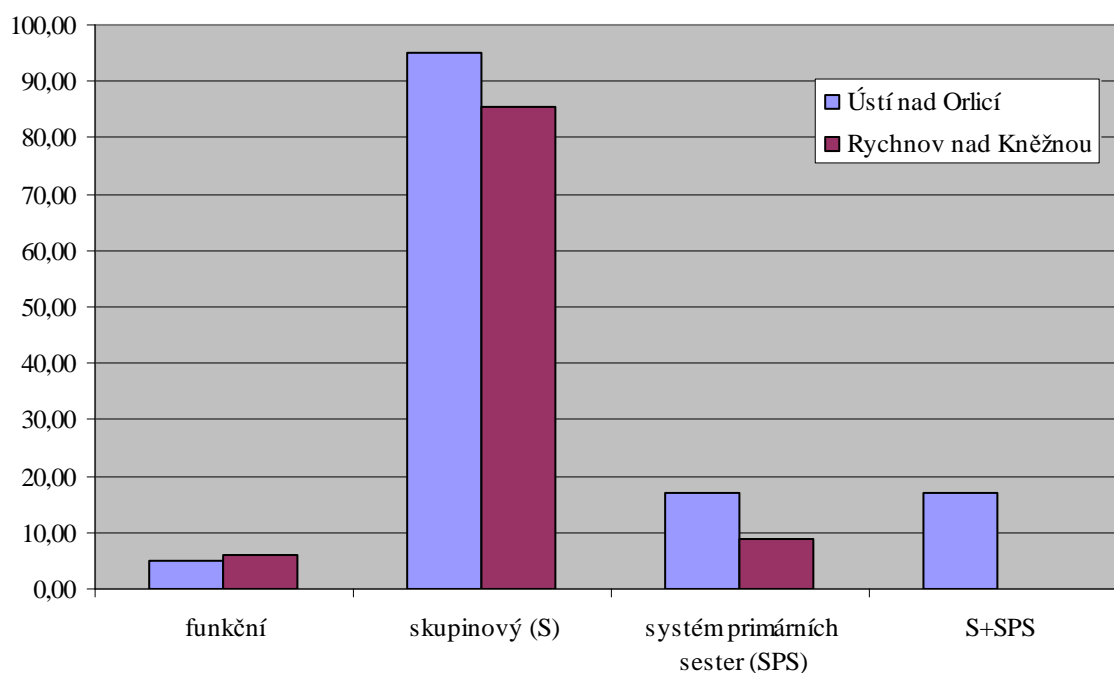
	UO	%	RK	%	Celkem	%
1. fáze	0	0%	1	3%	1	3%
2. fáze	0	0%	2	6%	2	6%
3. fáze	0	0%	3	9%	3	9%
4. fáze	0	0%	0	0%	0	0%
5. fáze	0	0%	3	9%	3	9%
Celkem	0	0%	9	27%	9	27%

V nemocnici v Ústí nad Orlicí využíval všechny fáze ošetrovatelského procesu. V nemocnici v Rychnově nad Kněžnou z 34 dotázaných nevyužívala 1 setra (tj. 3%) 1. fázi, 2 sestry (tj. 6%) 2. fázi, 3 respondentky (tj. 9%) 3. fázi a 3 respondentky (tj. 9%) 5. fázi. Nevyužívání 4. fáze ošetrovatelského procesu nevedly žádné respondentky z rychnovské nemocnice. Z uvedených informací lze soudit, že nejvíce nevyužívanou fází ošetrovatelskou procesem v rychnovské nemocnici je 3. fáze (stanovení cílů a plánování ošetrovatelské péče) a 5. fáze (hodnocení).

Otázka č. 11: **Jaký organizační systém používáte při poskytování ošetrovatelské péče:**

- a) funkční
- b) skupinový (S)
- c) systém primárních sester (SPS)
- d) jiný

Graf č. 12 – Organizační systém



Tab. č. 16 - Organizační systém

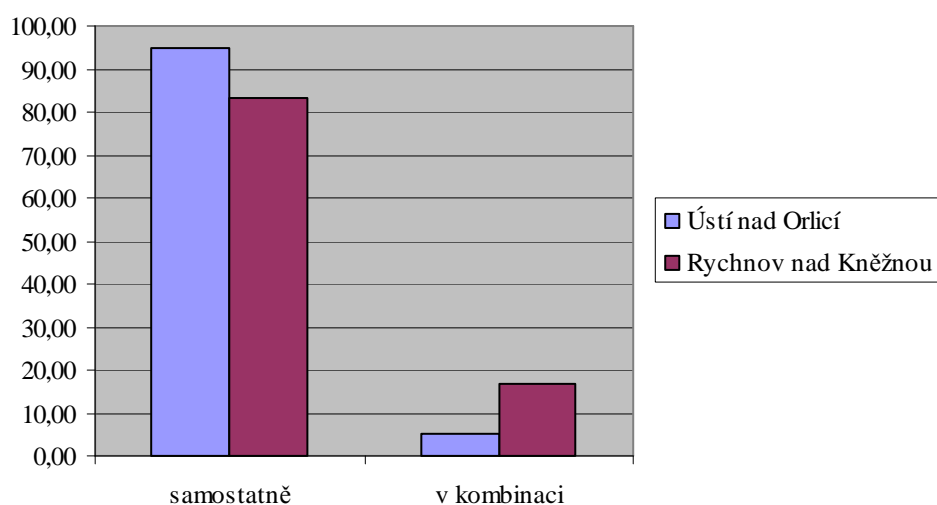
	UO	%	RK	%	Celkem	%
funkční	2	4%	2	6%	4	5%
skupinový	39	70%	29	85%	68	76%
SPS	7	13%	3	9%	10	11%
S + SPS	7	13%	0	0%	7	8%
Celkem	55	100%	34	100%	89	100%

Nejvíce využívaným organizačním systémem v obou zdravotnických zařízeních je skupinový systém, uvedlo celkem 68 (tj. 76%) respondentek. Ze 75 dotázaných využívá 10 (tj. 11%) sester systém primárních sester, 7 (tj. 8%) sester kombinaci skupinového a systému primárních sester. Pouze 4 (tj. 5%) sestry uvedly využívání funkčního systému.

Otázka č. 12: **Používáte tento organizační systém samostatně nebo v kombinaci s jiným? Pokud ho používáte v kombinaci s jiným organizačním systémem, napište s jakým a proč (event. za jakých okolností)?**

- a) samostatně
 b) v kombinaci s:
 důvod:

Graf č. 13 – Použití organizačního systému



Tab. č. 17 – Použití organizačního systému

	UO	%	RK	%	Celkem	%
samostatně	37	95%	25	83%	62	90%
v kombinaci	2	5%	5	17%	7	10%
celkem	39	100%	30	100%	68	100%

Ze 41 dotázané v ústeckoorlické nemocnici 37 (tj. 95%) používá uvedené organizační systémy samostatně a 2 (tj. 5%) v kombinaci s jinými organizačními systémy. 2 sestry neodpověděly.

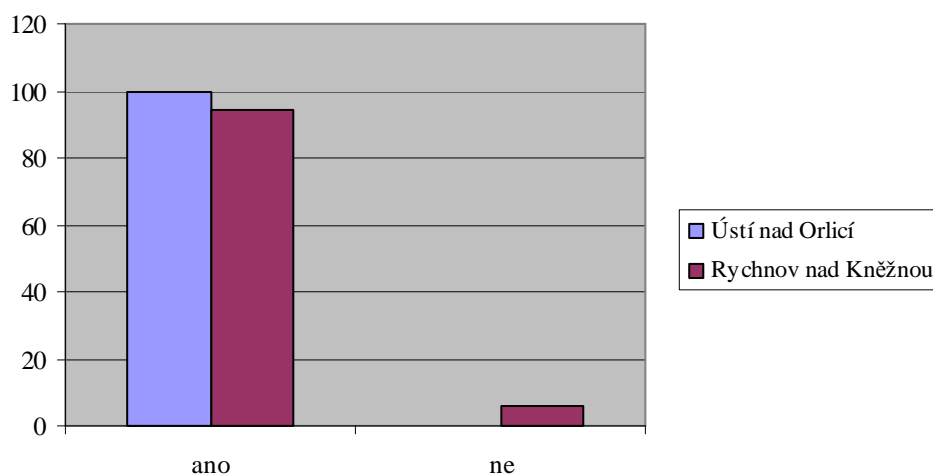
Z 34 dotázaných v rychnovské nemocnici 25 (tj. 83%) používá uvedené organizační systémy samostatně a 5 (tj. 17%) v kombinaci s jinými organizačními systémy. 4 sestry neodpověděly.

Z uvedených informací lze soudit, že v obou zdravotnických zařízeních byl více využíván organizační systém samostatně než v kombinaci s jiným organizačním systémem.

Otázka č. 13: Používáte ke své práci ošetrovatelskou dokumentaci?

- a) ANO
- b) NE – proč:

Graf č. 14 – Používání ošetrovatelské dokumentace



Tab. č. 18 - Používání ošetrovatelské dokumentace

	UO	%	RK	%	Celkem	%
ano	40	100%	32	94%	72	97%
ne	0	0%	2	6%	2	3%
celkem	40	100%	34	100%	74	100%

Z 41 dotázané v ústeckoorlické nemocnici 40 (tj. 100%) používá ke své práci ošetrovatelskou dokumentaci, 1 sestra neopověděla.

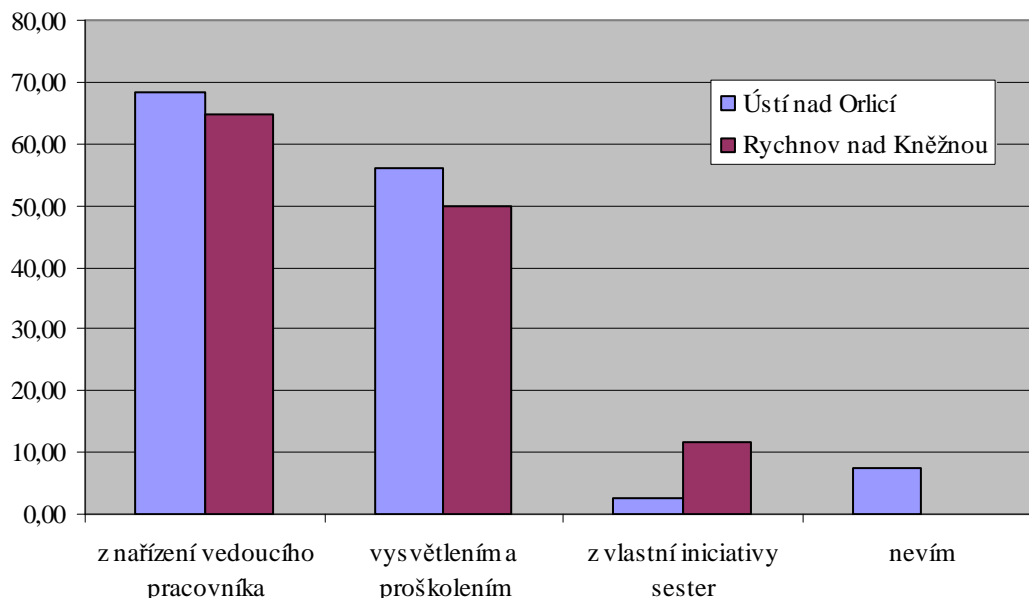
Z 34 dotázaných v rychnovské nemocnici 32 (tj. 94%) používá ke své práci ošetrovatelskou dokumentaci a 2 (tj. 6%) nepoužívá ošetrovatelskou dokumentaci.

Z uvedených informací lze soudit, že ošetrovatelskou dokumentaci ke své práci používá průměrně 97% respondentek z obou zdravotnických zařízení.

Otázka č. 14: Jakým způsobem byl u Vás zaváděn ošetřovatelský proces?

- a) z nařízení vedoucího pracovníka
- b) vysvětlením a proškolením
- c) z vlastní iniciativy sester
- d) jiné:

Graf č. 15 – Způsob zavádění ošetřovatelského procesu



Tab. č. 19 - Způsob zavádění ošetřovatelského procesu

	UO	%	RK	%	Celkem	%
z nařízení vedoucího	28	51%	22	51%	50	51%
vysvětlením a proškolením	23	42%	17	40%	40	41%
z vlastní iniciativy sester	1	2%	4	9%	5	5%
nevím	3	5%	0	0%	3	3%
celkem	55	100%	43	100%	98	100%

Z 75 dotázaných 50 (tj.51%) sester z obou zdravotnických zařízení uvedlo tvrzení, že zavádění ošetřovatelského procesu do praxe bylo z nařízení vedoucího. 40 (tj. 41%) respondentek uvedlo způsob zavádění ošetřovatelského procesu vysvětlením a proškolením, celkem 5 (tj. 5%) sester začalo touto metodou pracovat z vlastní iniciativy. 3 (tj. 3%) sestry nevěděly, jaký způsob zavádění této metody do praxe byl zvolen.

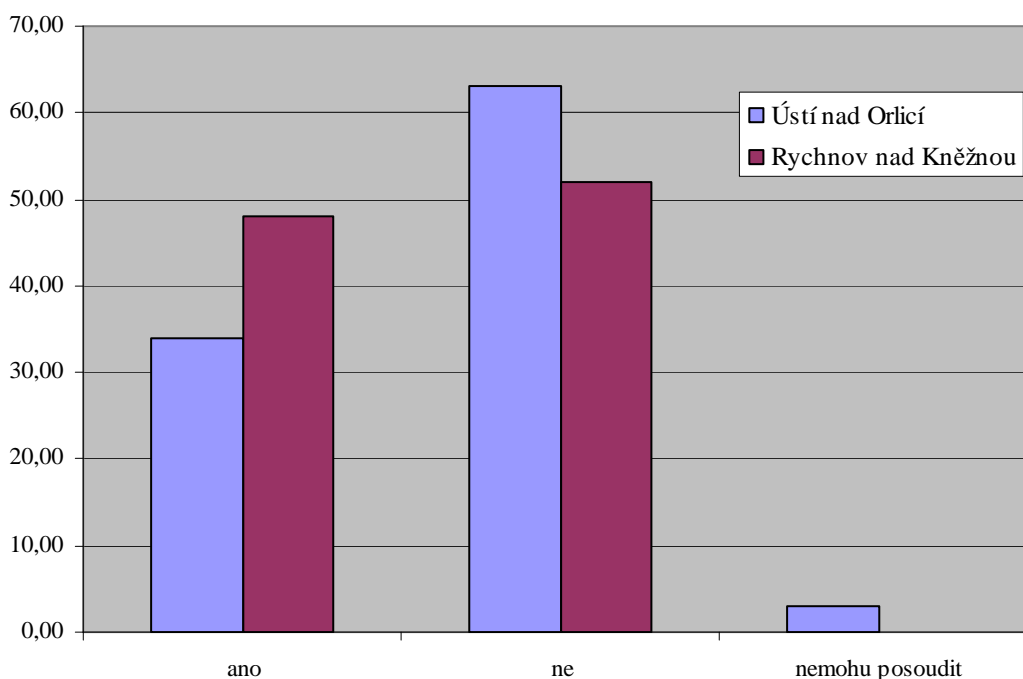
Z uvedených informací lze soudit, že nejčastěji byl ošetřovatelský proces v obou zdravotnických zařízeních zaváděn do praxe z nařízení vedoucího a vysvětlením a proškolením.

Otázka č. 15: Vyskytly se nějaké překážky znesnadňující zavádění ošetrovatelského procesu na Vašem pracovišti?

a) ANO – jaké:

b) NE

Graf č. 16 – Výskyt překážek při zavádění ošetrovatelského procesu



Tab. č. 20 – Výskyt překážek při zavádění ošetrovatelského procesu

	UO	%	RK	%	Celkem	%
ano	14	34%	16	48%	30	41%
ne	26	63%	17	52%	43	58%
nemohu posoudit	1	3%	0	0%	1	1%
celkem	41	100%	33	100%	74	100%

Z 75 dotazovaných 43 (tj. 58%) tedy většina uvedla, že se nevyskytly žádné překážky při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe a 30 (tj. 41%) respondentek uvedlo výskyt překážek. 1 (tj. 3%) sestra z ústeckoorlické nemocnice nedokázala tuto skutečnost posoudit a 1 (tj. 2%) sestra z rychnovské nemocnice neodpověděla.

Z výše uvedených informací lze soudit na skutečnost, že se během zavádění ošetrovatelského procesu do praxe v obou zdravotnických zařízeních většinou nevyskytly žádné

překážky, avšak v rychnovské nemocnici je tento stav tvrzení velmi vyrovnaný s výskytem překážek.

Tab. č. 21 – Přehled nejčastějších překážek při zavádění ošetrovatelského procesu

	UO	RK	Celkem
Nedostatek sester	0	1	1
Nedostatek pomocného personálu	1	2	3
Nedostatečné znalosti sester	5	3	8
Neochota sester přijmout změnu	5	3	8
Nepochopení lékařů	0	3	3
Organizace práce	3	6	9
Na tuto otázku odpovědělo	14	16	30
Nehodnotitelná odpověď	1	1	2

Všechny respondentky (celkem 30), které uvedly, že se vyskytly překážky při zavádění ošetrovatelského procesu, také uvedly konkrétní příklady.

V ústeckoorlické nemocnici byly nejvíce překážkou nedostatečné znalosti (5 tvrzení) a neochota sester přijmout nový způsob práce (5 tvrzení). Pro 3 sestry byla překážkou organizace práce.

V rychnovské nemocnici znesnadňovalo zavedení procesu organizace práce (6 tvrzení), nedostatečné znalosti sester (3 tvrzení), neochota sester přijmout změnu (3 tvrzení) a nepochopení lékařů (3 tvrzení).

Z uvedených informací lze soudit, že největší překážkou při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe v obou zdravotnických zařízeních byla organizace práce (9 tvrzení), nedostatečné znalosti sester (8 tvrzení) a neochota sester přijmout změnu, tudíž nový způsob práce (8 tvrzení). Větší personální nedostatek byl pocíťován v rychnovské nemocnici než v ústeckoorlické nemocnici. S nepochopením ze strany lékařů (3 tvrzení) se potýkaly pouze v rychnovské nemocnici.

Otázka č. 16: Co by Vám usnadnilo pracovat metodou ošetřovatelského procesu?

Pro otevřenost této otázky a možnosti volných odpovědí respondentek neuvádím graf, ale pouze tabulku s výčtem nejčastějších tvrzení, kdy 1 respondentka uvedla i několik tvrzení.

Tab. č. 22 – Přehled nejčastějších tvrzení

	UO	RK	Celkem
Zjednodušená ošetřovatelská dokumentace	8	7	15
Více odborného personálu	5	2	7
Více nižšího zdravotnického personálu	5	2	7
Více času na klienty	0	7	7
Méně přidělených klientů (méně než 12)	2	1	3
Stáž v jiném zdravotnickém zařízení	1	2	3
Lepší vzájemná spolupráce	0	2	2
Lepší organizace práce	0	2	2
Větší pochopení lékařů	1	1	2
Zabírá čas, je na nic	0	2	2
Větší využití PC	1	0	1
Nevím	0	1	1
Celkem odpovědělo	20	17	37
Neodpovědělo	21	14	35

Z výše uvedených tvrzení lze soudit, že v obou zdravotnických zařízeních nejvíce usnadnilo pracovat metodou ošetřovatelského procesu:

- zjednodušená ošetřovatelská dokumentace (15 tvrzení)
- větší počet odborného personálu (7 tvrzení)
- větší počet nižšího zdravotnického personálu (7 tvrzení)
- více času na klienty (7 tvrzení)
- snížení počtu přidělených klientů na méně než 12 (3 tvrzení)
- stáž v jiném zdravotnickém zařízení, kde touto metodou již pracují (3 tvrzení)

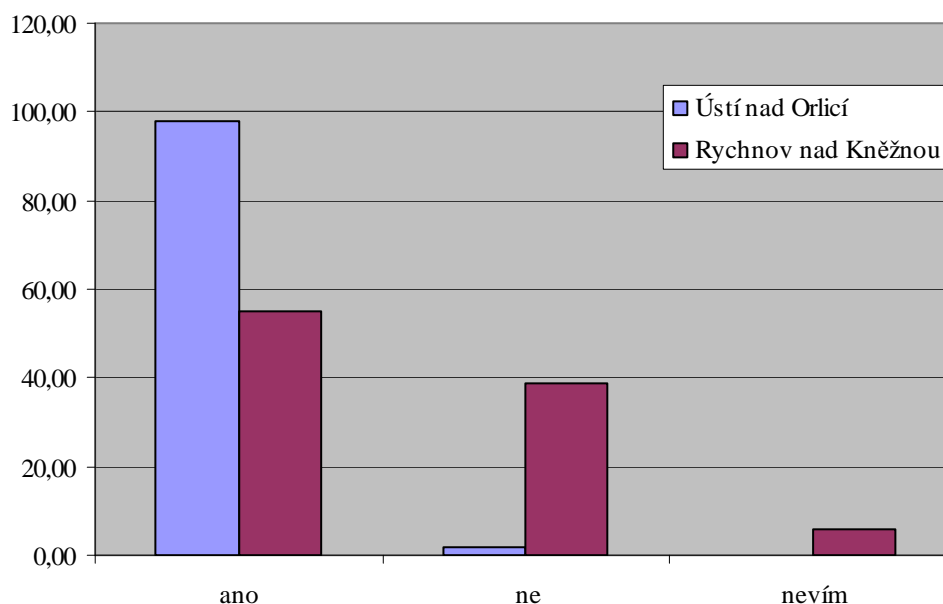
Ostatní tvrzení jsou s malými rozdíly, viz tab. č. 20 na str. 55.

Otázka č. 17: **Myslíte si, že poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu má kladný přínos *pro pacienta*?**

a) ANO – jaký:

b) NE – proč:

Graf č. 17 – Kladný přínos ošetrovatelského procesu pro pacienta



Tab. č. 23 – Kladný přínos ošetrovatelského procesu pro pacienta

	UO	%	RK	%	Celkem	%
ano	40	98%	17	55%	57	79%
ne	1	2%	12	39%	13	18%
nevím	0	0%	2	6%	2	3%
celkem	41	100%	31	100%	72	100%

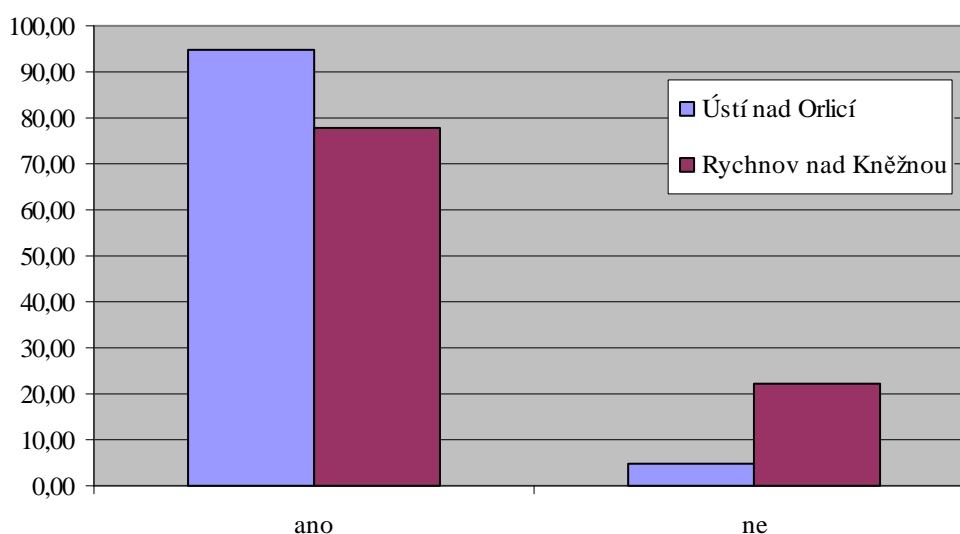
Z 41 dotázané v ústeckoorlické nemocnici 40 (tj. 98%) uvedlo, že ošetrovatelský proces má kladný přínos pro klienta a 1 (tj. 2%) uvedla, že nemá kladný přínos.

Z 34 dotázaných v rychnovské nemocnici 17 (tj. 55%) uvedlo, že tato metoda má kladný přínos pro klienta. 12 (tj. 39%) respondentek uvedlo, že nemá kladný přínos pro klienta a své tvrzení zdůvodňovaly delším časem stráveným administrativou a nedostatkem času věnovaného klientovi. 2 (tj. 6%) respondentky nevěděly. 3 sestry neodpověděly. Z toho vyplývá, že většina dotázaných tzn. 57 (tj. 79%) viděla v ošetrovatelském procesu kladný přínos pro klienta.

Otázka č. 18: Myslíte si, že poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu má kladný přínos pro sestru a ostatní členy zdravotnického týmu?

- a) ANO – jaký:
b) NE – proč:

Graf č. 18 – Kladný přínos ošetrovatelského procesu pro zdravotníky



Tab. č. 24 – Kladný přínos ošetrovatelského procesu pro zdravotníky

	UO	%	RK	%	Celkem	%
ano	37	95%	25	78%	62	87%
ne	2	5%	7	22%	9	13%
celkem	39	100%	32	100%	71	100%

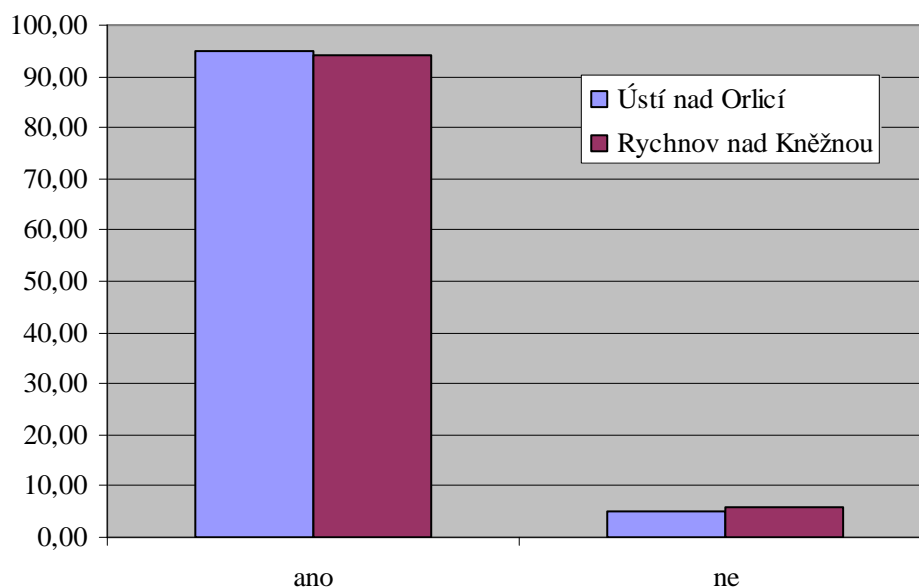
Z 41 dotázané v ústeckoorlické nemocnici 37 (tj. 95%) uvedlo kladný přínos ošetrovatelského procesu pro sestru a jiné zdravotníky. 2 (tj. 5%) respondentky tvrdily, že nemá kladný přínos a svoje tvrzení odůvodnily velkým počtem klientů a lékařů na jednu sestru. 2 sestry neodpověděly.

Z 34 dotázaných v rychnovské nemocnici 25 (tj. 78%) vidělo kladný přínos této metody pro sestru a jiné zdravotníky. 7 (tj. 22%) respondentek tvrdilo, že nemá kladný přínos a svá tvrzení odůvodnily nadbytkem administrativy a nedostatkem času věnovaného klientům, velkým počtem klientů na jednu sestru. 2 sestry neodpověděly. Z toho vyplývá, že většina tzn. 62 (tj. 87%) dotázané viděly kladný přínos této metody pro sestru a jiné zdravotnické pracovníky.

Otázka č. 19: Máte možnost aplikovat nové poznatky v ošetrovatelství do praxe?

- a) ANO
- b) NE – proč:

Graf č. 19 – Možnost aplikovat nové poznatky do praxe



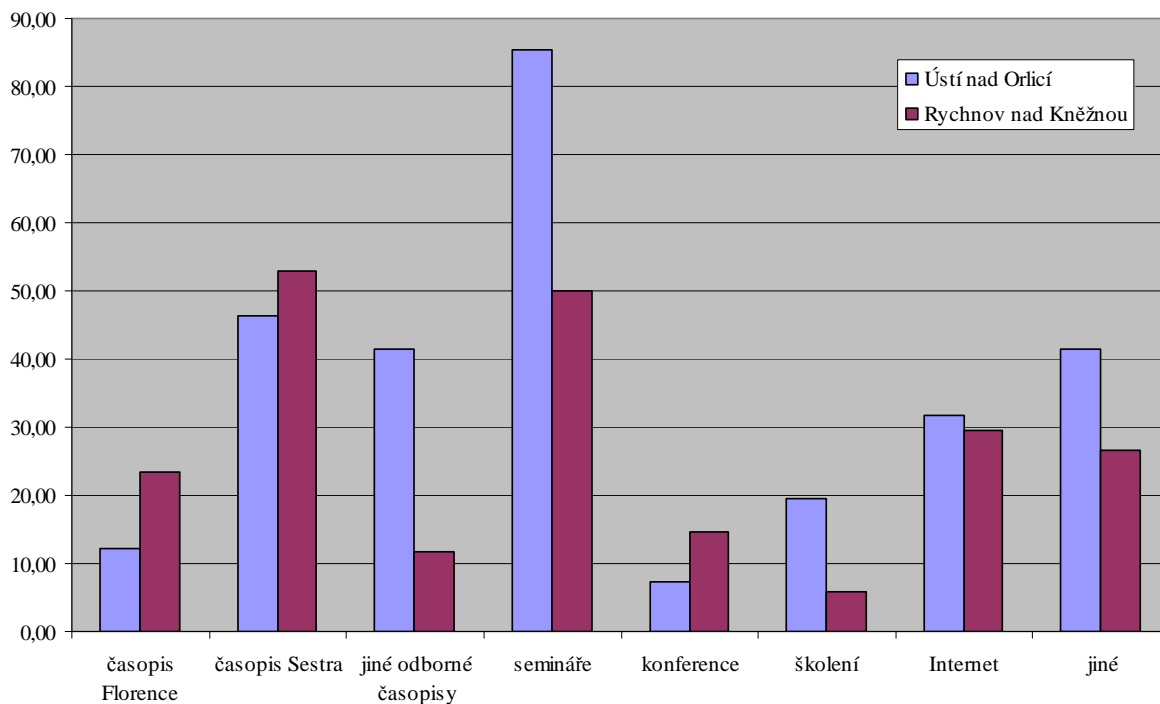
Tab. č. 25 – Možnost aplikovat nové poznatky do praxe

	UO	%	RK	%	Celkem	%
ano	39	95%	31	94%	70	95%
ne	2	5%	2	6%	4	5%
celkem	41	100%	33	100%	74	100%

Z 75 dotázaných 70 (tj. 95%) mělo možnost aplikovat nové poznatky v ošetrovatelství do praxe, 4 (tj. 5%) respondentky tuto možnost neměly, pro nedostatek času, nepřístupnost lékařů nebo uváděly, že je to povinnost vedoucích. 1 respondentka na tento dotaz neodpověděla.

Otázka č. 20: Uved'te, prosím, zdroje, z kterých čerpáte informace o novinkách ve zdravotnictví.

Graf č. 20 – Zdroje informací o novinkách ve zdravotnictví



Tab. č. 26 – Zdroje informací o novinkách ve zdravotnictví

	UO	%	RK	%	Celkem	%
časopis Florence	5	4%	8	11%	13	7%
časopis Sestra	19	16%	18	25%	37	20%
jiné odborné časopisy	17	15%	4	5%	21	11%
semináře	35	30%	17	23%	52	27%
konference	3	3%	5	7%	8	4%
školení	8	7%	2	3%	10	5%
Internet	13	11%	10	14%	23	12%
jiné	17	14%	9	12%	26	14%
celkem	117	100%	73	100%	190	100%

V této odpovědi respondentky samy uváděly nejčastější a v mnohém nejpřístupnější zdroje informací o novinkách ve zdravotnictví. Často byly uvedeny 2-3 zdroje. Z 75 dotázaných celkem 5 neodpovědělo (1 z ústeckoorlické nemocnice a 4 z rychnovské nemocnice).

V ústeckoorlické nemocnici sestry nejčastěji čerpaly informace na semináři (30%), z odborného časopisu Sestra (16%), z jiných odborných časopisů (15%). Mezi jiné zdroje informací, které uvedlo 14% ústeckoorlických sester, je zařazeno studium na vysoké škole, pomaturitní specializační studium, stáže apod. Z internetu čerpalo 11% respondentek.

V rychnovské nemocnici sestry nejvíce čerpaly informace z odborného časopisu Sestra (25%), ze seminářů (23%) a z internetu (14%). Mezi jiné zdroje informací, které uvedlo 12% rychnovských sester, je také zařazeno studium na vysoké škole, pomaturitní specializační studium, stáže apod..

Z uvedených informací lze soudit, že nejčastějším zdrojem informací v obou zdravotnických zařízeních jsou semináře (27%), druhé místo zaujímá odborný časopis Sestra (20%), na třetím místě jsou jiné zdroje, tj. studium na vysoké škole, pomaturitní specializační studium, stáže apod. (14%). Internet jako zdroj informací uvedlo celkem 12% respondentek.

3. Diskuse

Základem empirické části byl dotazník (viz příloha č. 6). Jako vedlejší zdroje informací jsem použila vlastní zkušenosti z praxe v roli sestry a odborné učitelky v nemocnici v Ústí nad Orlicí. Cenné informace jsem získala v roli školitelky sester Oblastní nemocnice v Rychnově nad Kněžnou, kde jsem jim předávala znalosti o metodě ošetrovatelského procesu.

Průzkum byl prováděn ve dvou zdravotnických zařízeních – v nemocnici v Ústí nad Orlicí a v Oblastní nemocnici v Rychnově nad Kněžnou. K průzkumu byla vybrána chirurgická, interní a anesteziologicko-resuscitační oddělení těchto zařízení. Dotazník celkem vyplnilo 75 sester, 41 sester z ústeckoorlické nemocnice a 34 sester z rychnovské nemocnice. Průzkumu se nejvíce zúčastnily sestry u lůžka celkem 60 (tj. 80%), 10 (tj. 14%) respondentek byly staniční sestry, 4 (tj. 5%) pracovaly jako vrchní sestry a 1 (tj. 1%) dotazník vyplnila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz tab. č. 8 na str. 42). Podíl zúčastněných odpovídá funkčnímu zařazení sester v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Početní zastoupení sester z jednotlivých oddělení byl téměř vyrovnaný, pouze respondentky z interního oddělení v rychnovské nemocnici se průzkumu zúčastnily v menším počtu než respondentky ze stejného oddělení v ústeckoorlické nemocnici (viz tab. č. 7 na str. 41).

Nejpočetněji zastoupená **věková kategorie** v obou zdravotnických zařízeních byla od 19-30 let, v nemocnici v Ústí nad Orlicí 16 sestrami (tj.39%) a v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou 18 sestrami (tj.53%). Z toho vyplývá, že v praxi pracovaly sestry převážně mladé, s možností se stále vzdělávat a účastnit se tak aktivně změn potřebných ke zlepšování ošetrovatelské péče.

Ze 75 dotázaných nejvíce uvádělo **délku zaměstnání ve zdravotnictví** od 0-10 let, celkem 36 respondentek (tj. 48%), kdy v ústeckoorlické nemocnici tak uvedlo 17 (tj. 41%) a v rychnovské nemocnici 19 (tj. 56%) respondentek. Počet sester s delší praxí stejnoměrně klesal v obou zdravotnických zařízeních, rozdíl nastal v kategorii délky praxe od 21-30 let, kdy v ústeckoorlické nemocnici bylo na vytypovaných odděleních dvojnásobný počet sester této kategorie, jak ukazuje tabulka č. 6 na str. 40. Z uvedených informací lze soudit na velký počet sester, které by měly mít dostatek kvalitních informací o metodě ošetrovatelského procesu získaných studiem na SZŠ, VZŠ nebo VŠ. Uplatňují-li je v praxi, záleží na mnoha faktorech. Jednak na osobnosti samotné sestry, zda dokáže prosadit novinky v již zaběhlém stylu práce

starších kolegyně. Záleží ale také na prostředí či kolektivu, který většinou změny od mladších kolegyně nepřijímá nebo s velkými obtížemi. Ty mohou služebně mladší sestru od této aktivity odradit.

Co se týká nejvyššího **dosaženého vzdělání**, ze 75 dotázaných měly pouze 4 (tj. 5%) univerzitní vzdělání s akademickým titulem Bc. Tyto sestry pracovaly v nemocnici v Ústí nad Orlicí na interním oddělení (2 sestry) a anesteziologicko-resuscitačním oddělení (2 sestry). V rychnovské nemocnici žádná z respondentek neměla dosažené vysokoškolské vzdělání, ale několik sester toto studium již započalo. Z tohoto zjištění vyplývá, že v praxi stále ještě chybí sestry s univerzitním vzděláním, které by podporovaly transformaci českého zdravotnictví, zavádění změn a nových systémů poskytování ošetrovatelské péče klientům. Kladně lze hodnotit fakt, že 34 (tj. 46%) z 75 dotázaných absolvovaly pomaturitní specializační studium. Z toho zjištění lze soudit na snahu sester nadále se vzdělávat ve své specializaci. Nejpočetněji je v obou zdravotnických zařízeních zastoupená specializace ARIP, v ošetrovatelství chirurgii a interně, jak ukazuje tabulka č. 10 na str. 44.

Doba používání metody ošetrovatelského procesu při poskytování ošetrovatelské péče se v uvedených zdravotnických zařízeních liší. **Prvním cílem** bakalářské práce je porovnání doby zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. Ze získaných informací lze soudit, že v ústeckoorlické nemocnici touto metodou pracují déle (více než 5 let a méně než 10 let) než v rychnovské nemocnici, kde je realizována méně než 5 let (viz tab. č. 11 na str. 45). Proto i výsledky jednotlivých šetření byly rozdílné, neboť sestry v ústeckoorlické nemocnici mají již větší zkušenosti s touto metodou a jsou dále ve vývoji aplikace nového způsobu práce. Na druhou stranu se vyskytovala podobná tvrzení ústeckoorlických i rychnovských sester týkajících se přínosu ošetrovatelského procesu pro pacienta, sestru a jiné zdravotnické pracovníky, faktorů znesnadňujících či usnadňujících zavádění této metody do praxe.

Ze získaných informací lze soudit, že všechny **fáze ošetrovatelského procesu** byly využívány v ústeckoorlické nemocnici (20,1%, 1 sestra neodpověděla), kdežto v rychnovské nemocnici všechny fáze ošetrovatelského procesu sestry plně nevyužívají. Tóthová ve svém výzkumu uvádí, že z 282 zařízení, kde výzkum probíhal, jsou všechny fáze ošetrovatelského procesu realizovány pouze ve 112 zařízeních, což představuje 60,86%, zatímco ve 40 zařízeních (21,73%) se ošetrovatelský proces nerealizuje v plném rozsahu a ve 32 (17,39%) zařízeních se realizuje pouze na některých ošetrovacích jednotkách. (Tóthová, 2006). V rychnovské nemocnici

nejméně realizovanou byla 5. fáze – hodnocení (17,6%). Jako důvod bylo uvedeno, že není místo v ošetrovatelské dokumentaci, dále 3. fáze – stanovení cílů a plánování ošetrovatelské péče (19%), kdy sestry vidí důvod v nedostatku času, nevyužitelnosti na JIP, ale spíše na standardní ošetrovací jednotce pro dlouhodobé plánování. Z těchto tvrzení lze soudit na výkonové zaměření sester, kdy ještě nemají zažitou, zvnitřněnou novou metodu poskytování ošetrovatelské péče. Myslím si, že je nutné sestry a střední management stále motivovat i vzdělávat nejen na seminářích a pravidelných schůzkách, které v nemocnici probíhají, ale doplnit toto o stáže či exkurze na odděleních nebo zdravotnických zařízeních, kde touto metodou již úspěšně pracují.

V obou zdravotnických zařízeních byl při poskytování ošetrovatelské péče nejvíce používán **organizační systém** skupinové péče (76%) a systém primárních sester (11%). Tyto organizační systémy byly v 90% realizovány samostatně a v 10% v kombinaci s jiným organizačním systémem. Nejčastější kombinace v ústeckoorlické nemocnici systém skupinové péče se systémem primárních sester aplikovaná převážně na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Nejčastější kombinace organizačních systémů v rychnovské nemocnici byly skupinová péče a funkční systém hlavně při zaučování nových sester a výjimečně při plné kapacitě oddělení, aplikované převážně na chirurgickém oddělení. Pozitivním závěrem je používání funkčního systému pouze ve výjimečných situacích a zvyšující se orientace při poskytování ošetrovatelské péče na skupinovou péči (viz tab. č. 16 na str. 51 a tab. č. 17 na str. 52).

Ošetrovatelskou dokumentaci ke své práci využívá celkem 97% sester. Ty, které uvedly, že ji používají pouze občas, pracovaly částečně na operačním sále, kde používaly anesteziologickou dokumentaci. Lze soudit, že ošetrovatelská dokumentace je plně využívána na standardních ošetrovacích jednotkách, JIP či ARO, ale mnohdy činí velké obtíže správně a efektivně ji využívat, jak uvádím v přehledu překážek zavádění ošetrovatelského procesu (viz tab. č. 21 na str. 56).

Druhým cílem bakalářské práce je **porovnání způsobu zavádění** ošetrovatelského procesu do praxe. Tato metoda byla v uvedených zařízeních aplikována do praxe postupně na jednotlivých odděleních. Ošetrovatelský proces v obou zařízeních **byl do praxe zaváděn převážně z nařízení vedoucího pracovníka (51%) nebo vysvětlením a proškolením (41%)** sester. Pouze velmi malý počet respondentek uvedlo, že touto metodou začaly pracovat z vlastní iniciativy (viz tab. č. 19 na str. 54). Většinou se jednalo o sestry z chirurgického oddělení rychnovské nemocnice. Tóthová ve svém výzkumu uvádí, že malý počet iniciativních sester lze

vysvětlit myšlením zdravotnických pracovníků ovlivněné rutinním stereotypním a zaběhlým způsobem práce, nedostatečnými vědomostmi a dovednostmi sester o ošetrovatelském procesu. Nemaľý podíl na malé iniciativě sester nese nepochopení moderní ošetrovatelské péče ze strany lékařů, kteří vidí sestru jako vykonavatelku lékařských ordinací (Tóthová, 2006). Vzhledem k tomu, že v obou zařízeních je převaha sester ve věkové kategorii od 19-30 let, tzn. sester, které by měly mít dostatečné znalosti i dovednosti o ošetrovatelském procesu, neměly by se vyskytovat větší obtíže při zavádění této metody do praxe. Z praxe však vím, že opak je pravdou. Zda je sestra, která má znalosti a dovednosti o ošetrovatelském procesu, bude předávat v kolektivu starších, profesně zkušenějších kolegyně, záleží také na osobnosti, komunikativnosti, oblíbenosti, odolnosti mladé sestry a podpoře ze strany nadřízených pracovníků, staniční i vrchní sestry.

Nalézt faktory usnadňující a znesnadňující aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe je **třetím cílem** bakalářské práce. Při průzkumu, zda se při zavádění ošetrovatelského procesu vyskytly nějaké **překážky**, většina dotazovaných v obou zdravotnických zařízeních (58%) odpověděla „ne“. Pokud se nějaké překážky objevily, sestry uvedly konkrétní příklady, které ukazuje tabulka č. 21 na str. 56.

Největší překážkou při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe v obou zdravotnických zařízeních byla organizace práce (9 tvrzení), kdy sestry uváděly, že si neuměly zorganizovat sled činností, péči o velký počet pacientů, mnoho času věnovaly administrativě a málo času zbývalo na pacienty. Další překážkou byly nedostatečné znalosti sester (8 tvrzení), obzvláště práce s ošetrovatelskou dokumentací a neochota sester přijmout změnu, tudíž změnit starý zaběhnutý způsob práce za nový (8 tvrzení). Personální nedostatek byl větší v rychnovské nemocnici než v ústeckoorlické nemocnici. S nepochopením ze strany lékařů (3 tvrzení) se potýkaly především sestry v rychnovské nemocnici. Uvedené překážky se v mnohém shodovaly s překážkami, které uvádí ve svém výzkumu Tóthová (Thóthová, 2006).

Na druhé straně by respondentkám z obou zařízení **nejvíce usnadnilo** pracovat metodou ošetrovatelského procesu, kdyby byla zjednodušená ošetrovatelská dokumentace – využití metody křížkování, přehlednější, jednodušnost ve formulaci (nejen ošetrovatelských diagnóz, ale i v hodnocení stavu pacienta). Dalším přínosem by byl větší počet odborného personálu (7 tvrzení), větší počet nižšího zdravotnického personálu (7 tvrzení) – sanitárek, ošetrovatelek a více času na pacienty (7 tvrzení). K větší efektivitě práce touto metodou by přispělo i snížení počtu přidělených pacientů na méně než 12 na 1 sestru, uvedly 3 respondentky. Obě zařízeních si

vypracovala vlastní ošetrovatelskou dokumentaci, kterou stále zdokonalují dle připomínek sester, čímž sestry mají větší účast na změnách a nejsou pouze vykonavatelkami různých nařízení svých nadřízených pracovníků. Na druhou stranu si myslím, že lze hledat inspiraci v již vytvořených ošetrovatelských dokumentacích v jiných zdravotnických zařízeních a vyvarovat se tak nepřehlednosti, zdlouhavému vypisování duplicitních informací apod. Tímto by se také urychlilo používání vyhovující dokumentace. Personální otázka je v současnosti dána normativy, které však nedovolují překročit přesně daný počet jednotlivého personálu.

Při průzkumu **přínosu ošetrovatelského procesu pro pacienta** respondentky jednoznačně uvedly **kladný přínos** této metody. V ústeckoorlické nemocnici tak uvedlo 98% a rychnovské nemocnici 55% respondentek (viz tab. č. 23 na str. 58). Svá tvrzení zdůvodnily tím, že je péče o pacienty konkrétnější, individualizovaná, kvalitnější, sestry znají více informací o klientech, znají jeho potřeby, ale i on je více informován, má lepší bližší vztah k sestře, zná svoji sestru, cítí se bezpečněji. Zlepšuje se tím komunikace nejen mezi sestrou a pacientem, ale i mezi členy ošetrovatelského týmu. Zvyšuje se účast pacienta a jeho rodiny na péči o zdraví a další tvrzení.

Myslím si, že větší počet sester z rychnovské nemocnici, které uvedly, že tato metoda **nemá kladný přínos pro pacienta** (39%), je dán kratší dobou používání, neochotou přijmout novou změnu a měnit zaběhlý způsob práce. Svůj názor doložily tvrzením, že „je málo času na pacienta pro přebujelou administrativu“.

Při dotazu zda si sestry myslí, že poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu má **kladný přínos pro sestru a ostatní členy zdravotnického týmu** (otázka č. 18), většina respondentek z obou zařízení tj. 87% viděla kladný přínos této metody (viz tab. č. 24 na str. 59). Svá tvrzení odůvodnily tím, že sestra je více informovaná o klientovi, zná jeho potřeby, sociální zázemí, rodinu, může ostatním členům ošetrovatelského i zdravotního týmu poskytnout komplexnější a přesnější informace o pacientovi. Sestra se může více věnovat své skupině pacientů, je více samostatná, zodpovědná, péče je konkrétní, má možnost aplikovat svoje znalosti v praxi, je kreativní, zvyšuje si odborný růst. Rozdíl v tomto tvrzení mezi sestrami v uvedených zdravotnických zařízeních již nebyl tak velký, jako tomu bylo u dotazu na kladný přínos této metody pro pacienta. Z uvedených informací lze soudit na zájem sester poskytovat kvalitní, aktivní, individualizovanou péči se zájmem o dobrý vztah sestra – pacient, sestra – ostatní členové týmu.

Čtvrtým cíle bakalářské práce je porovnat **přípravenost personálu** na zavedení ošetrovatelského procesu. Sestry z ústeckoorlické nemocnice uvedly, že získaly informace o ošetrovatelském procesu převážně na SZŠ, VZŠ, VŠ, v odborné literatuře a na odborných seminářích (viz graf č. 8 na str. 44). Hodnotily je v 88% jako plně dostačující (viz tab. č. 13 na str. 45). Většina dotazovaných sester z rychnovské nemocnice získala o této metodě informace převážně z odborných seminářů, po té na SZŠ, VZŠ, VŠ a z odborné literatury (viz graf č. 8 na str. 46). Tyto informace pro praxi hodnotily v 82% jako plně dostačující (viz tab. č. 13 na str. 47).

Z uvedených informací lze soudit, že teoretická připravenost sester v obou zařízeních byla dostačující. Avšak jak ukazuje tabulka č. 21 na str. 56 – Přehled nejčastějších překážek, v praxi se sestry v obou zdravotnických zařízeních potýkaly převážně s organizačními a ryze praktickými nedostatky. Proto si myslím, že by v mnohém sestrám pomohla několikátýdenní stáž na pracovišti, kde touto metodou již pracují a sestry zde mají i praktické zkušenosti s novou organizací práce, s vedením ošetrovatelské dokumentace, ale také s přístupem lékařů k novému způsobu práce sester. Pokud by se této stáži zúčastnilo několik sester z jednoho oddělení (nejlépe různého věku, přirozené autority a neformální vedoucí daného pracoviště), určitě by klesla i nechuť přijímat nové změny. Větší pozornost by se měla věnovat praktickému nácviku práce s ošetrovatelskou dokumentací už na středních či vyšších zdravotnických školách a vysokých školách.

Většina sester z obou zdravotnických zařízeních, celkem 95%, uvedla, že má možnost aplikovat nové poznatky v ošetrovatelství do praxe (viz tab. č. 25 na str. 60). Novinky z oboru respondentky získávaly nejčastěji na odborných seminářích, z odborného časopisu *Sestra* nebo jiného odborného časopisu, na třetím místě jsou jiné zdroje, tj. studium na vysoké škole, pomaturitní specializační studium, stáže apod. Internet jako zdroj informací uvedlo celkem 12% respondentek. (viz tab. č. 26 na str. 61). Z uvedených informací lze soudit, že sestry mají k dispozici dostatek zdrojů pro celoživotní vzdělávání a také jich využívají, čímž naplňují smysl celoživotního vzdělávání.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala aplikací ošetrovatelského procesu ve dvou typech zdravotnických zařízení, v Nemocnici Ústí nad Orlicí a v Oblastní nemocnici Rychnov nad Kněžnou. Cílem bylo porovnání doby, po kterou již touto metodou pracují, způsobu, jímž se ošetrovatelský proces zaváděl do praxe, připravenost personálu na aplikaci této metody do praxe a v neposlední řadě snaha nalézt faktory usnadňující a znesnadňující zavedení ošetrovatelského procesu do praxe.

Uvedená zdravotnická zařízení používají ošetrovatelský proces různou dobu, v ústeckoorlické nemocnici je využíván déle než v rychnovské nemocnici. Shodné bylo zavádění, postupně na jednotlivých odděleních z nařízení vedoucího pracovníka, proškolením nebo vysvětlením.

Nové pojetí práce sestry je spojeno s rozvojem ošetrovatelství a klade na sestry větší nároky na sebevzdělávání, na přístup ke své práci – ošetrovatelskou péči, ale především na přístup ke klientovi. Tyto nároky nejsou kladeny pouze na sestry samotné, ale i na všechny členy zdravotnického týmu, tzn. i na rehabilitační pracovníky, dietní sestry a především lékaře. Mnohdy je zavedení změny do zaběhlého stereotypního způsobu práce zdravotníků chápáno jako zvýšení nároků na pracovníky, jichž se změna dotýká.

Je třeba, aby si sestry uvědomily svou důležitost, kladly na sebe větší nároky, univerzitně se vzdělávaly a tím mohly svými vědomostmi přispět ke změnám v dosavadní práci sester a ke změně vztahu sestra-lékař. Tento vztah by měl být vztahem partnerským a ne vztahem nadřízeného s podřízeným.

Z uvedených výsledků průzkumu vyplývá, že sestry měly dostatečné teoretické informace o metodě ošetrovatelského procesu, cítily se být připravené na změnu, ale v obou zařízeních se vyskytly praktické neznalosti, chyběly praktické dovednosti.

S přijetím ošetrovatelského procesu úzce souvisí i změna v organizaci práce. Ne každý jedinec má vrozené organizační schopnosti, mnozí je nabudou až opakovaným procvičováním či prováděním. Pro lepší pochopení změny je vhodná názorná ukázka či stáž na oddělení, kde touto metodou již pracují. Sestry, které prakticky neovládají tuto metodu práce, si vyzkouší touto metodou pracovat, vidí zpětnou vazbu vynaloženého úsilí, mohou diskutovat s kolegyněmi, které mají s ošetrovatelským procesem zkušenosti. Sestry, které mají jak teoretické tak praktické

zkušenosti ze vzdělávacích institucí, by měly být podporovány svým nadřízeným pracovníkem k předávání nabytých zkušeností v kolektivu, čímž se zvýší spoluúčast sester na zavedení změny.

Nemalý podíl na úspěchu přijetí změny má vysvětlení nutnosti změny, motivace pracovníků a vytváření příjemného pracovního prostředí. K tomuto problému bych ráda podotkla, že je velice důležité a v rukou realizátora změny, jak připraví podmínky pro změnu, jak poučí a vysvětlí personálu jednotlivé kroky změny, jejich význam a cíl. Realizátor změny (v tomto případě vrchní, staniční sestry a náměstkyně ošetrovatelské péče) by měl všechny účastníky změny přesvědčit o tom, proč je změna nutná a jaká přinese pozitiva. Měl by se snažit, aby všichni, kdo změnu realizují, byli do činnosti aktivně zapojeni. I tak lze, dle mého názoru, předejít negativním postojům ze strany účastníků změny (tedy sester).

Pokud se vyskytnou překážky v zavádění změny (viz tab. č. 21 na str. 56), mělo by se o nich diskutovat na pravidelných schůzkách či poradách. Efektivita porad bude zajištěna, když střední management bude dobře vést pracovní porady, bude kriticky myslet a podporovat aktivitu zaměstnanců na těchto schůzkách. Důležité je, aby vedoucí pracovník (v tomto případě staniční, vrchní sestra nebo náměstkyně ošetrovatelské péče) dostatečně kvalitně řídil a pravidelně kontroloval práci sester. Umění jednat s lidmi, nejen nemocnými, ale i zdravými je klíčovou dovedností všech sester, obzvlášť staničních a vrchních sester.

Z výsledků průzkumu vidíme, že sestry jsou většinou schopny aktivně se podílet na změnách v ošetrovatelské praxi, ale je nutné vytvořit jim vhodné podmínky, každou novou změnu jejich práce důsledně naplánovat a podporovat je ke kritickému myšlení.

Anotace

Autor:	Marie Klementová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF HK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Aplikace ošetrovatelského procesu ve dvou typech zdravotnických zařízeních
Vedoucí práce:	Mgr. Regina Slowik
Počet stran:	91
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	ošetrovatelský proces, organizační systémy práce, klient-pacient, sestra, změna

Bakalářská práce pojednává o aplikaci ošetrovatelského procesu ve dvou typech zdravotnických zařízeních. Porovnává dobu a způsob zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. Snaží se najít faktory usnadňující a faktory znesnadňující aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe. Porovnává také připravenost personálu na zavedení ošetrovatelského procesu.

Průzkum byl prováděn metodou nestandardizovaného dotazníku. Zkoumaný vzorek tvoří sestry u lůžka, staniční, vrchní sestry z chirurgického, interního a anesteziologicko-resuscitačního oddělení a náměstkyně ošetrovatelské péče.

Bachelor's work deals with the application of nursing process in two types of health institutions. It balances the distance against a method of implementing putting nursing process into practice. It tries to find facilitating factors and factors which make difficulty for the application of nursing process. Also it compares the personnel's preparedness for introduction of nursing process .

The inquiry has been provided with nonstandard's questionnaire method. The surveyed sample are nurses near sick-bed, ward nurses, senior nursing officer from surgery, internal medicine and anaesthetic-resuscitation ward and deputy of nursing care.

Seznam použité literatury a pramenů

1. ARCHALOUSOVÁ, A., *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 99s. ISBN 80-86225-33-X
2. DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F., *Kapesní průvodce Zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 576s. ISBN 80-7169-294-8
3. FRANCOVÁ, E. *Problémy se zaváděním skupinové péče*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2001. 66s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
4. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 232s. ISBN 80-85824-03-5
5. Historie Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou [online] [cit.2007-03-23].
Dostupné na
WWW http://www.nemocnicerk.cz/historie_nemocnice.php
6. KAŠPAROVÁ, L. *Ošetrovatelský proces na chirurgickém oddělení. Návrh nové ošetrovatelské dokumentace*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 1995. 108. Depon in: Archiv Katedry biologie člověka a zdravotní vědy Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
7. Kompetence všeobecných sester a porodních asistentek [online] [cit.2006-01-21].
Dostupné na
WWW <http://www.lfhk.cuni.cz/soclekapps/osetr/>
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 824s. ISBN 80-217-0528-0

9. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovateľskej péče očima pacientů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s.. ISSN 1210-0404. 2006. roč.16, č.4, s. 30-31
10. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
11. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovateľství I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2002. 187s. ISBN 80-246-0429-9
12. MIKŠOVÁ, Z., *Ošetrovateľský proces*. 1. vyd. Vsetín: Střední zdravotnická škola, 1993. 40s.
13. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Koncepce ošetrovateľství*. [online] 2004. s.7. [cit.2006-01-15]. Dostupné na WWW <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=1254>
WWW http://www.cna.cz/doc/vedecky_sekretar/metodicke_opatreni_mzcr_9_2004.pdf
14. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovateľství 3: Jak zavést ošetrovateľský proces do praxe. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49s. ISBN 80-7013-282-5
15. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovateľství 1: Koncepce českého ošetrovateľství. Základní terminologie. Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50s. ISBN 80-7013-263-9
16. STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovateľství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5
17. TÓTHOVÁ, V. Ošetrovateľský proces. *Florence*. Praha: Galen. ISSN 1801-464X. 2006. roč. 2, č.1, s. 56-58
18. TÓTHOVÁ, V. Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetrovateľském procesu. *Florence*. Praha: Galen. ISSN 1801-464X. 2006. roč. 2, č.5, s. 44-47

19. TRACHTOVÁ, E., a kolektiv, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185s. ISBN 80-7013-324-8
20. VONDRÁČEK, J. Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. *Florence*. Praha: Galen. ISSN 1801-464X. 2006. roč. 2, č.5, s. 48
21. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, *LEMÓN 3*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 155s. ISBN 80-7013-244-2
22. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, *ZDRAVÍ 21*. [online] s. 2. [cit.2006-01-15]. Dostupné na
WWW <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=564>
23. *60. let Nemocnice Ústí nad Orlicí, almanach*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí, 1999. 57s.
24. WWW <http://www.uo.hospital.cz>

Seznam zkratek

apod.	a podobně
ARIP	anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
Bc.	Bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
HK	Hradec Králové
HTO	hematologicko-transfúzní oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
LF	Lékařská fakulta
Mgr.	Magistr
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
NOP	náměstkyně ošetrovatelské péče
OKBD	oddělení klinické biochemie a diagnostiky
OKM	oddělení klinické mikrobiologie
ORL	otorhinolaryngologie
PSS	postgraduální specializační studium
RK	Rychnov nad Kněžnou
S	skupinový (systém)
Sb	Sbírka
SPS	system primárních sester
str.	strana
SZŠ	střední zdravotnická škola
tab	tabulka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvané
UO	Ústí nad Orlicí
VŠ	vysoká škola
VZŠ	vyšší zdravotnická škola
WHO	World Health Organization

Seznam příloh

1. Kodex práv pacientů
2. Vymezení profesních kompetencí všeobecných sester a porodních asistentek
3. Ošetrovatelská anamnéza Nemocnice Ústí nad Orlicí
4. Nutriční screening Nemocnice Ústí nad Orlicí
5. Pokyny pro vyplňování dotazníku
6. Dotazník

KODEX PRÁV PACIENTŮ

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu základních lidských práv a svobod. V návaznosti na tento akt připravila Centrální etická komise MZ ČR morální kodex Práva pacientů. Za platný byl tento kodex prohlášen 25.2.1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho, konzultace, vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí přemístění nejdříve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři v jakých ordinačních hodinách na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen. (Haškovcová, 1994)

Vymezení profesních kompetencí všeobecných sester

(výstupních znalostí a dovedností - výchovně vzdělávacích cílů studijního programu ošetrovatelství)

Vychází z Evropské strategie SZO pro vzdělávání tzv. *regulovaných nelékařských profesí (všeobecných sester a porodních asistentek)* z roku 1998, direktiv Evropské komise (77/452/EHS, 77/453/EHS z roku 1977, 89/595/EHS, která mění obě uvedené směrnice, 81/1057/EHS z roku 1981, 89/48/EEC z roku 1988, 92/51/EEC z roku 1992) a doporučení Evropské komise (XV/E/8301/4/94-DE z roku 1994, XV/E/9432/796-DE z roku 1997, XV/E/8391/3/96-DE, a XV/E/8481/4/97-DE z roku 1998). Stanovené požadavky na obsah profesního vzdělání a z něj vyplývajících kompetencí, umožní v budoucnu volný pohyb na trhu práce v EU.

Výstupní znalosti a dovednosti (výchovně vzdělávací cíle - výsledky vzdělání) všeobecných sester jsou zformulovány do základních *kompetenčních kritérií* v uvedených dokumentech Evropské komise. Činnost zdravotních sester, které odpovídají za všeobecnou ošetrovatelskou péči zahrnuje: *péči o děti, dospívající, dospělé a seniory při akutních a chronických poruchách zdraví, při somatických a psychických potížích, o které je pečováno v nemocnicích nebo mimo ně*. Tyto sestry musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcí, s přihlédnutím na psychologické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života postižených osob.

Zdravotní sestry musí být dále schopné:

1. Zavádět a realizovat opatření pro zlepšení zdraví a zabránit vzniku onemocnění jednotlivců, rodin, skupin a komunit.
2. Převzít odpovědnost za vlastní ošetrovatelskou činnost,
3. Vzájemně spolupracovat při ošetřování a provádět ve stanovených případech vyšetřování,
4. Informovat a vést pacienty, studenty ošetrovatelství, kolegy a kolegyně,
5. Sledovat výzkumné a vývojové práce, spolupracovat na nich a využívat je, zajišťovat kvalitu ošetrovatelské péče,
6. Plánovat svoji práci a práci skupiny, řídit a kontrolovat pracovní tým, spolupracovat s jinými odborníky. Vycházet při tom z jejich profesionální praxe, zapojit se do multidisciplinární

spolupráce při řešení zdravotních problémů jednotlivců, skupin a komunit.
Zdravotní sestra ve své činnosti uplatňuje metodu ošetrovatelského procesu.

Zdravotní sestra:

- Naslouchá klientům/pacientům a hovoří s nimi, aby získala důvěru a zajistila jejich spoluúčast na celkové péči.
- Zjišťuje a hodnotí potřeby klientů/pacientů v oblasti péče a pomoci s ohledem na jejich kulturní a světový názor.
- Sestavuje pro klienta/pacienta individuální plán ošetrovatelské péče, a to ve spolupráci s ním, pokud je to možné.
- Zohledňuje jeho přání a zachovává jeho důstojnost.
- Realizuje, řídí a kontroluje naplánovanou péči, postupy a opatření.
- Vyhodnocuje dosažené výsledky ve změně stavu klienta/pacienta po realizaci plánované ošetrovatelské péče.
- Dokumentuje všechny fáze ošetrovatelského procesu.

1. AUTONOMNÍ FUNKCE

1.1 PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE VZNIKU ONEMOCNĚNÍ

Zdravotní sestra sleduje jednotlivce, rodiny a komunity, o které pečuje z celkového hlediska, bere v úvahu prostředí, ve kterém žijí a jejich způsob života.

Zdravotní sestra

- 1.1.1. Zjišťuje potřeby klientů/pacientů v oblasti tělesné, psychické a společensko-kulturní, z hlediska rizik pro jejich zdraví.
- 1.1.2. Zjišťuje všechny dostupné zdroje (lidské i materiální), které jsou nutné pro zvládnutí rizik a péče a umí je využít.
- 1.1.3. Určuje opatření, která podporují zdraví nebo prevenci onemocnění, a která mohou realizovat samotní jednotlivci, rodiny a skupiny nebo s pomocí jiných osob.
- 1.1.4. Vysvětluje jednotlivcům, rodinám a skupinám, jak mohou sami své prostředí a životní styl ovlivnit nebo jim doporučí jak je změnit.
- 1.1.5. Motivuje jednotlivce, rodiny a skupiny k tomu, aby změnili v případě potřeby svůj životní způsob.
- 1.1.6. Podílí se na vyhodnocování výsledků provedených opatření nebo sama toto vyhodnocení provádí.

1.2 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ A ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA

Zdravotní sestra:

- 1.2.1 Zprostředkovává jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným potřebné informace v přiměřené formě a stará se o to, aby tyto informace byly srozumitelné, a aby mohla dosažené výsledky v informovanosti klientů vyhodnotit.
- 1.2.2 Organizuje a účastní se kampaní na podporu zdraví a prevence a hodnotí výsledky těchto programů.
- 1.2.3 Podílí se na vzdělávání ošetrovatelského personálu a jiných pracovníků ve zdravotnictví.

1.3 PODPORA A PROVÁZENÍ OSOB V KRIZOVÝCH SITUACÍCH

Zdravotní sestra

- 1.3.1 Zjišťuje a odhaluje utrpení a těžkosti klienta/pacienta, podporuje ho a provází, včetně doprovázení při umírání.
- 1.3.2 V případě úmrtí jeho tělo ošetřuje s úctou a příbuzným projeví účast.

2. KOOPERATIVNÍ FUNKCE

Zdravotní sestra

- 2.1 Respektuje role jednotlivých profesionálů při koordinaci a plnění odborných úkolů v multidisciplinárním a multiprofesionálním týmu, zachovává a posiluje vzájemný partnerský vztah a podílí se na všech společných opatřeních v zájmu zdraví klienta.
- 2.2 Provádí všechna vyšetření a ošetření, která naordinuje lékař.
- 2.3 Zná hranice svých rolí a kompetencí a pokud je to nutné, požádá o spolupráci kompetentní odborníky.

3. VÝZKUM A VÝVOJ V OBLASTI OŠETŘOVATELSTVÍ

Zdravotní sestra

- 3.1 Kriticky reviduje svou každodenní praxi a při realizaci svých činností využívá výsledky výzkumu
- 3.2 Získává nové vědomosti tím, že se podílí na výzkumné práci v oblasti ošetrovatelství nebo výzkum sama provádí.
- 3.3 Podílí se na výzkumu v multidisciplinárním týmu.

- 3.4 Účastní se systematicky a nepřetržitě na programech zajišťování kvality celkové péče.
- 3.5 Usiluje o svůj další odborný růst v rámci post-graduálního a kontinuálního celoživotního vzdělávání.

4. PLÁNOVÁNÍ, KOORDINACE A ŘÍZENÍ

Zdravotní sestra

- 4.1 Rozezná rizika pro zdraví spadající do oblasti ošetrovatelské péče a provádí nezbytná opatření.
- 4.2 Pracuje ve skupinách, kontroluje pracovní tým a kooperuje s jinými odborníky.
- 4.3 Při výkonu svých činností sleduje jejich efektivitu a náklady.
- 4.4 Hodnotí, kontroluje a vzdělává podřízené pracovníky.
- 4.5 Ovládá nové informační a komunikační technologie.
- 4.6 Účastní se rozhodovacích procesů v oblasti zdravotní politiky a řízení, které se týkají ošetrovatelství.

Všechny tyto úkoly musí být plněny v souladu se zákony, etickými principy a profesními standardy, které platí pro zdravotní sestry odpovídající za všeobecnou ošetrovatelskou péči ve státě, kde svoji profesní činnost vykonávají.

- **Kvalifikační připravenost a míra profesní adaptability na podmínky a požadavky praxe (evropský trh práce):**

Reforma systému péče o zdraví obyvatelstva je založena na *snižování stále rostoucích nákladů, zvyšování efektivity zdravotnických služeb, na rozvoji primární (základní) péče a dostupnosti služeb v oblasti primární péče*. Z těchto potřeb vychází i nový obsah profesního vzdělání a vymezení kompetencí regulovaných zdravotnických profesí a jejich odpovědnosti. Profesní vzdělání - *kvalifikace všeobecná sestra*, má široký systémový základ v ošetrovatelství a jeho získání umožňuje po nástupu do praxe více specializací (podle toho, na kterou oblast ošetrovatelské péče a služeb se absolvent/ka zaměří) *např. v péči dětí, v péči o seniory, v domácí péči, v komunitní péči, v péči o rodinu, v nemocniční péči (klinické obory, péče na JIP a ARO, perioperační péče atd) v péči o duševně nemocné, v péči o tělesně a mentálně postižené, v péči o drogově závislé, v péči o onkologicky nemocné, v paliativní/hospicové péči, atd*). Získaná profesní kvalifikace *všeobecná sestra* tak plní důležitý ekonomický požadavek – flexibilitu

na trhu práce. *Kvalifikační studijní program umožňuje i tzv. euro-registraci a získání licence k výkonu povolání ve státech EU.*

- **Služby a instituce, kde absolvent může uplatnit získané profesní vzdělání:**

Po získání profesní kvalifikace (způsobilosti) všeobecná sestra plní odborné úkoly v jednotlivých oblastech systému (*primární, sekundární a terciární*) **péče o zdraví** obyvatelstva. Uplatnění je možné v rámci měnící se struktury organizace zdravotnických a sociálních služeb, které jsou poskytovány ve státních i nestátních (lůžkových i nelůžkových) zařízeních a institucích. Všeobecné sestry mohou pracovat ve službách, které poskytují péči o děti, dospívající, dospělé, seniory, rodinu, komunitu, ohrožené skupiny, duševně nemocné, hendikepované, nevléčitelně nemocné, umírající apod.

Vymezení profesních kompetencí porodních asistentek

(Výstupních znalostí a dovedností – výchovně vzdělávacích cílů Studijního programu 5341 R
Ošetrovatelství)

Vychází z Evropské strategie SZO pro vzdělávání tzv. *regulovaných nelékařských profesí (všeobecných sester a porodních asistentek)* z roku 1998, direktiv Evropské komise (80/154/EHS, 80/155/EHS z roku 1980, 81/1057/EHS z roku 1981, 89/48/EEC z roku 1988, 92/51/EEC z roku 1992,) a doporučení Evropské komise XV/E/8391/396-DE, a XV/E/8481/4/97-DE). Stanovené požadavky na obsah profesního vzdělání a z něj vyplývajících kompetencí, umožní v budoucnu volný pohyb na trhu práce v EU.

*Výstupní znalosti a dovednosti (výchovně vzdělávací cíle – výsledky vzdělání) porodních asistentek jsou zformulovány do základních **kompetenčních kritérií** v uvedených dokumentech Evropské komise.*

Kompetence porodní asistentky:

(Podle její mezinárodní definice přijaté: Mezinárodní Konfederací porodních asistentek ICM; Mezinárodní federací gynekologů a porodníků FIGO a Světovou zdravotnickou organizací WHO; a podle direktivy 80/155/EHS z roku 1980):

1. Poskytovat správné informace v oblasti plánovaného rodičovství;
2. Diagnostikovat těhotenství, sledovat normální těhotenství, provádět vyšetření nezbytná ke sledování průběhu normálního těhotenství;
3. Předepisovat nebo doporučovat vyšetření nezbytná pro co nejrychlejší diagnózu rizikového těhotenství;
4. Vypracovat program přípravy budoucích rodičů na jejich úlohu, zajistit úplnou přípravu na porod a poskytovat rady v oblasti hygieny a výživy;
5. Pomáhat rodičce při porodu a sledovat stav plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky;
6. Vést spontánní porody v poloze záhlavím, včetně případného nástřihu hráze (episiotomie) a v naléhavých případech i porody v poloze koncem pánevním;
7. Rozpoznávat u matky a plodu příznaky anomálií, které vyžadují zásah lékaře a pomáhat lékaři v případě zásahu; přijímat neodkladná opatření v nepřítomnosti lékaře, zejména manuální vybavení placenty a případné následné manuální vyšetření dělohy;
8. Vyšetřit novorozence a pečovat o něj; činit veškeré kroky, které se jeví nezbytnými a provádět popřípadě okamžitou resuscitaci;
9. Pečovat o rodičku, sledovat ji v šestinedělí a poskytovat jí veškeré potřebné rady umožňující vývoj novorozence v optimálních podmínkách;
10. Uplatňovat léčbu předepsanou lékařem;
11. Vypracovat všechny nezbytné písemné zprávy;

Základní rámec pro ošetrovatelskou činnost porodní asistentky (viz základní rámcové kompetence všeobecných sester):

- 1. AUTONOMNÍ FUNKCE**
- 2. KOOPERATIVNÍ FUNKCE**
- 3. VÝZKUM A VÝVOJ V OBLASTI OŠETŘOVATELSTVÍ (porodní asistence)**
- 4. PLÁNOVÁNÍ, KOORDINACE A ŘÍZENÍ**

Všechny tyto funkce a úkoly musí být plněny v souladu se zákony, etickými principy a profesními standardy, které platí pro porodní asistentky ve státě, kde svoji profesní činnost vykonávají.

- **Kvalifikační připravenost na podmínky a požadavky ošetrovatelské praxe a flexibilita na (evropském) trhu práce.**

Reforma systému péče o zdraví obyvatelstva je založena na *snižování stále rostoucích nákladů, zvyšování efektivity zdravotnických služeb, na rozvoji primární (základní) péče a dostupnosti služeb v oblasti primární péče*. Z těchto potřeb vychází i nový obsah profesního vzdělání a vymezení kompetencí regulovaných zdravotnických profesí a jejich odpovědnosti. Profesní vzdělání – *kvalifikace porodní asistentka*, má široký systémový základ v ošetrovatelství a jeho získání umožňuje po nástupu do praxe více specializací (podle toho, na kterou oblast péče o ženu a služeb se absolventka zaměří) např. v nemocnici, v primární péči v rodině, v komunitě, atd. Získaná profesní kvalifikace *porodní asistentka* tak plní důležitý ekonomický požadavek – flexibilitu na trhu práce. Kvalifikační studijní program umožňuje i tzv.euro-registraci a získání licence k výkonu povolání ve státech EU.

- **Služby a instituce, kde absolvent může uplatnit získané profesní vzdělání**

Po získání profesní kvalifikace (způsobilosti) porodní asistentka plní odborné úkoly v jednotlivých oblastech systému (*primární, sekundární a terciární*) **péče o zdraví žen, novorozenců, rodin a komunit**. Uplatnění je možné v rámci měnící se struktury organizace zdravotnických a sociálních služeb, které jsou poskytovány ve státních i nestátních (lůžkových i ne lůžkových) zařízeních a institucích.

Ošetřovatelská anamnéza			
<p>Přijetí</p> <p>Zná důvod přijetí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Výživa / Hydratace</p> <p>Váha: Výška:</p> <p>Dieta:</p> <p><input type="checkbox"/> zvláštnosti:</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Stav kůže</p> <p><input type="checkbox"/> bez defektu</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Pomůcky</p> <p><input type="checkbox"/> brýle, čočky</p> <p><input type="checkbox"/> naslouchátko</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protéza</p> <p><input type="checkbox"/> berle, hůl</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>
<p>Vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí, orientován</p> <p><input type="checkbox"/> neklidný</p> <p><input type="checkbox"/> zmatený</p> <p><input type="checkbox"/> jiné</p>	<p>Spánek</p> <p><input type="checkbox"/> bez poruchy</p> <p><input type="checkbox"/> s poruchou</p> <p><input type="checkbox"/> léky:</p>	<p>Pohyblivost</p> <p><input type="checkbox"/> chodící sám</p> <p><input type="checkbox"/> chodící s pomocí</p> <p><input type="checkbox"/> sedí</p> <p><input type="checkbox"/> ležící pohyblivý</p> <p><input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý</p>	<p>Sociální podmínky</p> <p>bydlí doma sám <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>s kým:</p> <p>kontakt:</p> <p>je v péči Agentury DP <input type="checkbox"/></p> <p>Charity <input type="checkbox"/></p> <p>jiné <input type="checkbox"/></p>
<p>Psychický stav</p> <p><input type="checkbox"/> psychicky stabilní</p> <p><input type="checkbox"/> psychicky labilní</p> <p>.....</p>	<p>Vyprazdňování moče</p> <p>Problémy s močením:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> permanentní katetr</p> <p>datum poslední katetrizace:</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Soběstačnost</p> <p><input type="checkbox"/> sám soběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> dopomoc</p> <p><input type="checkbox"/> při chůzi</p> <p><input type="checkbox"/> při hygieně</p> <p><input type="checkbox"/> při oblékání</p> <p><input type="checkbox"/> při jídle</p> <p><input type="checkbox"/> úplná péče</p>	<p>Zvláštní upozornění</p>
<p>Dýchání</p> <p>Problémy s dýcháním:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Jaké:</p>	<p>Vyprazdňování stolice</p> <p><input type="checkbox"/> pravidelné</p> <p><input type="checkbox"/> nepravidelné</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa</p> <p><input type="checkbox"/> průjem</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> stomie</p>	<p>Smyslové bariéry</p> <p><input type="checkbox"/> problémy se zrakem</p> <p><input type="checkbox"/> problémy se sluchem</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s řečí</p>	<p>Anamnézu odebrala sestra</p>
<p>Bolest</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>lokalizace:</p> <p>charakter:</p> <p>co pomáhá:</p>			

Nutriční screening Nemocnice Ústí nad Orlicí

- 1. Zhubli jste nechtěně?**
- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| více než 6 kg v posledních 6 měsících | 3 body |
| více než 3 kg v posledním měsíci | 2 body |
| ne | 0 bodů |
- 2. Pozorujete sníženou chuť k jídlu v posledním měsíci?** **1 bod**
- 3. Používali jste výživné nápoje nebo sondovou výživu v posledním měsíci?** **1 bod**
- Jestliže nelze získat informace od pacienta.** **2 body**

Celkem bodů.

Vyhodnocení nutričního screeningu:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 2 body | středně závažná malnutrice |
| 3 a více bodů | velmi závažná malnutrice |

Nutriční intervence:

- 2 body** - sesterské intervence, zvýšení p.o. příjmu, informace lékaře
- 3 a více bodů** - intervence nutričního terapeuta - zhodnocení stavu, informace lékaře

Pokyny pro vyplňování dotazníku

Vážené kolegyně.

Jmenuji se Marie Klementová, jsem studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy oboru Ošetřovatelství. Byla bych velmi ráda, kdybyste mi vyplnily tento dotazník. Získané informace mi poslouží pro vypracování diplomové práce, která má zmapovat reálné využívání ošetřovatelského procesu v praxi.

Dotazník je anonymní. U otázky, kde je nabídka alternativ ANO – NE nebo a) b) c), zakroužkujte tu variantu, ke které se přikláníte. Pokud je v otázce požadováno zdůvodnění Vaší odpovědi, připište ho pod nabídku odpovědí. Na otázky, u nichž nejsou nabídky odpovědí, odpovídejte přímo.

Děkuji za laskavou spolupráci.

Marie Klementová

Dotazník

1. Kolik je Vám let?

- a) 19 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 a více

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 – 10 let
- b) 11 - 20 let
- c) 21 – 30 let
- d) 31 a více let

3. Na jakém oddělení pracujete?

4. Jaké je Vaše funkční zařazení na pracovišti?

- a) sestra u lůžka
- b) staniční sestra
- c) vrchní sestra
- d) náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
- e) jiné

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) VŠ – Bc.
- d) VŠ - Mgr.
- e) PSS – uveďte jaké:
- f) jiné

6. Uveďte, jak dlouho pracujete na Vašem pracovišti metodou ošetrovatelského procesu:

- a) méně než 5 let
- b) 5 -10 let
- c) více než 10 let
- d) nevím

7. Kde jste získala informace o metodě ošetrovatelského procesu?

- a) SZŠ, VZŠ, VŠ
- b) odborné semináře
- c) odborná stáž na pracovišti, kde touto metodou již pracují
- e) odborná literatura
- f) jiné

8. Hodnotíte Vaše získané informace o této metodě pro praxi jako:

- a) plně dostačující
- b) spíše nedostačující, protože (uved'te příklad) ...

- c) plně nedostačující, protože (uved'te příklad) ...

9. Jaké fáze ošetrovatelského procesu využíváte při poskytování ošetrovatelské péče?

- a) ošetrovatelskou anamnézu, získávání informací
- b) ošetrovatelskou diagnostiku
- c) stanovení cílů a plánování ošetrovatelské péče
- d) realizace ošetrovatelských činností
- e) hodnocení

10. Pokud některou fází ošetrovatelského procesu nevyžíváte, napište, prosím, jakou a proč:

11. Jaký organizační systém používáte při poskytování ošetrovatelské péče:

- a) funkční
- b) skupinový
- c) systém primárních sester
- d) jiný:

12. Používáte tento organizační systém samostatně nebo v kombinaci s jiným. Pokud ho používáte v kombinaci s jiným organizačním systémem, napište s jakým a proč (event. za jakých okolností)?

- a) samostatně
- b) v kombinaci s :
- důvod:
-

13. Používáte ke své práci ošetrovatelskou dokumentaci?

- a) ANO
- b) NE – proč:

14. Jakým způsobem byl u Vás zaváděn ošetrovatelský proces?

- a) z nařízení vedoucího pracovníka
- b) vysvětlením a proškolením
- c) z vlastní iniciativy sester
- d) jiné:
-

15. Vyskytly se nějaké překážky znesnadňující zavádění ošetrovatelského procesu na Vašem pracovišti?

a) ANO – jaké:

.....
.....

b) NE

16. Co by Vám usnadnilo pracovat metodou ošetrovatelského procesu?

17. Myslíte si, že poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu má kladný přínos *pro pacienta*?

a) ANO – jaký:

.....
.....

b) NE – proč:

.....
.....

18. Myslíte si, že poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu má kladný přínos *pro sestru a ostatní členy zdravotnického týmu*?

a) ANO – jaký:

.....
.....

b) NE – proč:

.....
.....

19. Máte možnost aplikovat nové poznatky v ošetrovatelství do praxe?

a) ANO

b) NE – proč:

.....
.....

20. Uved'te, prosím, zdroje, z kterých čerpáte informace o novinkách ve zdravotnictví.

Děkuji Vám za Vaše odpovědi a čas strávený nad tímto dotazníkem.