Ošetřovatelský proces

Historie

Ošetřovatelský proces je považován za prostředek rozvoje ošetřovatelství a zkvalitnění péče o nemocné. První písemné dokumenty o ošetřovatelském procesu se objevily v USA a historie jeho rozvoje je sledována od roku 1955. Ošetřovatelský proces se začal rozvíjet v rámci hnutí, jehož cílem bylo:

- individualizovat ošetřovatelskou péči,
- vytipovat jedince, kteří mají somatické a psychosociální problémy, a pomoci jim při jejich řešení,
- zdůraznit vědeckost v protikladu s uměním ošetřovatelství a
- stanovit právo sestry na nezávislou profesionální a jedinečnou roli.

V České republice byl ošetřovatelský proces jako metoda ošetřovatelské praxe formulován v Koncepci ošetřovatelství, která byla schválena v dubnu 1998 a byla publikována ve Věstníku MZ ČR č. 6/1998. Koncepce ošetřovatelství byla aktualizována a vydána jako Metodické opatření č. 9, ve Věstníku MZ ČR, v září 2004, částka 9.

Význam pro ošetřovatelskou praxi

Ošetřovatelská péče není jednorázovou aktivitou, ale vyžaduje systémový přístup. Ošetřovatelský proces je myšlenkový algoritmus, který podporuje individuální přístup sestry k jedinci a přispívá ke zvýšení kvality ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský proces je metodou řešení problémů jedince při podpoře zdraví, navrácení zdraví, prevenci onemocnění a pokojném umírání. Poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu představuje vysoce kvalifikovanou činnost sestry. Předpokládá samostatnost v rozhodování sestry na základě odborných znalostí, analyticko-syntetických dovedností a kritického myšlení.

Ošetřovatelský proces zajišťuje jedinci/nemocnému:

- individuální přístup, saturaci všech jeho potřeb, kontinuitu ošetřovatelské péče, aktivní účast nemocného na péči, odstranění anonymity poskytovatele, příležitost pro komunikaci se sestrou a ostatními zdravotníky.

Ošetřovatelský proces přispívá u sestry:

- k většímu uspokojení z práce, k efektivnímu využití času, ke zkvalitnění získávání informací o nemocném, motivuje sestru k získávání dalších odborných poznatků, přispívá ke zvýšení odpovědnosti a profesního image sestry

Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces představuje sled logických a na sebe navazujících kroků/ fází, které se vzájemně prolínají a doplňují:

1. Zhodnocení stavu jedince - ošetřovatelská anamnéza
2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy
3. Plánování ošetřovatelské péče
4. Realizace plánu ošetřovatelské péče
5. Hodnocení efektu ošetřovatelské péče

Zhodnocení stavu jedince - ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je první fází ošetřovatelského procesu. Hodnocení stavu jedince začíná při prvním kontaktu sestry s jedincem v ambulanci, při přijetí do zdravotnického zařízení nebo v domácí péči. Zhodnocení stavu jedince představuje jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sestry.

K systematickému získání informací o jedinci sestra využívá všech dostupných zdrojů, kterými jsou: jedinec, rodina, zdravotnická dokumentace, členové pracovního kolektivu a ostatní.

Nejčastější metody, které sestra při hodnocení stavu jedince používá, jsou:

- **rozhovor** s jedincem/nemocným, se členy rodiny, se členy pracovního kolektivu, s ostatními,
- **pozorování** jedince/nemocného a prostředí, ve kterém se nachází,
- **fyzikální vyšetření** jedince/nemocného a
- **výběr informací ze zdravotnické dokumentace**.

Z hlediska obsahu získává sestra informace, které jsou nezbytné k identifikaci jedince/nemocného, což je zpravidla: jméno, věk, rodné číslo,číslo pojišťovny, důvod, proč jedinec vyhledal zdravotnické služby, způsob, jakým si přeje být oslovován. Tyto informace umožní sestře navázat s jedincem individuální kontakt. Další informace o reakcích jedince

na nemoc z hlediska fyziologických, emocionálních, kongnitivních, sociálních a duchovních potřeb a k strukturování získaných dat může být sestře významně nápomocen některý z modelů nebo teorií ošetřovatelství. Získané informace sestra zaznamenává do formuláře ošetřovatelské anamnézy, který se může v jednotlivých položkách lišit podle použitého modelu a teorie nebo podle charakteru oddělení.

Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelská diagnóza je reakcí jedince/nemocného na nemoc, diagnostické či terapeutické postupy, ale také na změnu prostředí. Ošetřovatelská diagnóza je jakýkoliv stav nebo situace jedince, ve které potřebuje pomoc pro udržení nebo znovu nabytí zdraví nebo podporu při klidném umírání. Ošetřovatelská diagnóza je výsledkem správného zhodnocení současných a potenciálních problémů nemocného a stává se východiskem pro plánování a realizaci ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská diagnóza má tři části.

První část popisuje **problém**, který vyžaduje ošetřovatelský zásah, např. bolest, nedostatek informací o pohybovém režimu po operaci, nesoběstačnost v hygienické péči, strach, poruchy spánku atd.

Druhá část uvádí **důvod** (etiologii), proč daný problém vznikl. Obvykle je vyjádřena slovy: bolest z důvodu fraktury femuru, nechutenství z důvodu chemoterapie, strach z výsledků vyšetření, snížená soběstačnost ve vyprazdňování z důvodu imobilizačního obvazu na pravé dolní končetině.

Ve třetí části ošetřovatelské diagnózy se objevují **charakteristiky/symptomy** problému. Tyto symptomy jsou uvedeny v ošetřovatelské anamnéze, zpravidla je znovu neopisujeme. Ošetřovatelská diagnóza má být krátká, má vyjadřovat jeden problém pacienta a musí vycházet se subjektivních a objektivních údajů o jedinci/nemocném. Ošetřovatelská diagnóza bývá velmi často zaměňována s diagnózou lékařskou.

Rozdíl mezi ošetřovatelskou a lékařskou diagnózou

Ošetřovatelská diagnóza	Lékařská diagnóza
Popisuje reakci jedince na nemoc, na změnu prostředí.	Popisuje specifický chorobný proces.
Je zaměřena na jedince. Mění se podle reakcí jedince na nemoc a změnu prostředí.	Je zaměřena na patologii nemoci. V průběhu nemoci se nemění.

Usměrňuje nezávislé ošetřovatelské intervence.	Usměrňuje diagnostiku a léčbu, na které se sestra podílí.
Doplňuje lékařskou diagnózu.	Doplňuje ošetřovatelskou diagnózu.
Nemá v ČR přijatý klasifikační systém.	Má mezinárodní klasifikaci.

Sestra při své činnosti na základě svých odborných vědomostí a zkušeností formuluje i ošetřovatelské diagnózy **potenciální**, tzn. takové problémy, které mohou v průběhu diagnostiky a léčby u jedince nastat (např. riziko infekce z důvodu zavedené flexily).

Pro formulaci ošetřovatelských diagnóz neexistuje v současné době v České republice jednotná terminologie. Sestry mohou využívat standardizovaná zahraniční taxonomii NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) nebo překlady různých typů kapesních průvodců: *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Grada, Praha 1996*. První kapesní průvodce ošetřovatelskými diagnózami byl v České republice vytvořen kolektivem autorů IDV PZ v Brně (*viz. Červinková, E. a kol.: Ošetřovatelské diagnózy. IDVPZ, Brno 20*01). Na tohoto kapesního průvodce navazují *Ošetřovatelské diagnózy v neonatologii a Ošetřovatelské diagnózy v pediatrii.*

Správná formulace ošetřovatelské diagnózy je velmi důležitá pro naplánování individuální, účinné a adekvátní ošetřovatelské péče.

Plánování ošetřovatelské péče

Plánování je z obecného hlediska stanovení určitých činností v určeném čase. Plánování ošetřovatelské péče zahrnuje stanovení priorit, formulování cílů a intervencí.

Stanovení priorit znamená určení pořadí, v jakém se budou řešit jednotlivé ošetřovatelské diagnózy. Priority se u každého jedince liší podle jeho současného zdravotního stavu a individuálních potřeb.

Cíle stanovují, jak se změní chování a jednání jedince, čeho jedinec prostřednictvím ošetřovatelských intervencí dosáhne. Cíl musí být u každého jedince individuální, konkrétní, měřitelný, časově ohraničené, reálný a formulovaný tak, aby mohla sestra v poslední fázi ošetřovatelského vyhodnotit, zda bylo cíle dosaženo. Cíle mohou být stanoveny krátkodobě na jednu pracovní směnu, na jeden den nebo **dlouhodobě** na týden, po dobu celé hospitalizace, do propuštění. *(Příklad: Pan XY vypije sám 200 ml čaje každé 3 hodiny do dvou dnů. Pan XY se bude schopen sám do týdne najíst lžičkou. Pan XY si bude schopen před propuštěním sám aplikovat inzulín.)* Jakmile je cíle dosaženo, stává se pacientovým výsledkem.

Od cílů se odvíjejí **ošetřovatelské zásahy – intervence**, tzn. činnosti, prostřednictvím kterých dosáhneme jednotlivých cílů. Ošetřovatelské intervence jsou stanoveny proto, aby pomocí nich bylo dosaženo očekávaných změn ve stavu nemocného, změn v jeho jednání a chování. Ošetřovatelské intervence musí být reálné vzhledem k podmínkám, které pro realizaci máme a bezpečné pro jedince i pro sestru, musí být v souladu s léčebně preventivním plánem (s ordinací) lékaře. Ošetřovatelské intervence by měly odpovídat na otázky CO? KDE? KDY? JAK? *Např.: změř a zapiš příjem a výdej tekutin každou hodinu, změř a zaznamenej hodnoty pulsu a dechu před a po fyzické aktivitě, naslouchej nemocnému při každém kontaktu.*

Ošetřovatelské diagnózy seřazené podle priorit, cíle a intervence sestra dokumentuje do formuláře pro plánování ošetřovatelské péče.

Realizace plánu ošetřovatelské péče

Realizace znamená vykonání jednotlivých ošetřovatelských intervencí, které byly stanoveny v plánu ošetřovatelské péče, aby bylo dotaženo stanovených cílů. Při realizaci plánu ošetřovatelské péče **je nutné brát v úvahu individualitu pacienta, podmínky a ošetřovatelské postupy (standardy), které mohou být v jednotlivých zdravotnických zařízeních rozdílné.** Při realizaci je nemocný prvořadým účastníkem ošetřovatelské péče. Jeho spolupráce je závislá na jeho zdravotním stavu.

Realizace plánu ošetřovatelské péče představuje tři okruhy činností:

a) Činnosti závislé, které vyplývají z ordinací lékaře a musí být splněny.

b) Činnosti nezávislé, které na základě svých odborných znalostí a ošetřovatelské anamnézy stanovila sestra. Tyto činnosti vykoná ve spolupráci s nemocným sama nebo je deleguje na další členy ošetřovatelského týmu.

c) Činnosti polozávislé/součinné, které byly stanoveny ve spolupráci s dalšími členy zdravotnického týmu. Na těchto činnostech se podílejí také ostatní členové pracovního kolektivu.

Do realizace ošetřovatelské péče je vhodné zapojit jednotlivé členy rodiny. Sestra dokumentuje, které intervence byly realizovány, jak jedinec reagoval, jaké nové projevy se v jeho chování objevily.

Hodnocení efektu ošetřovatelské péče

Hodnocení je poslední fází ošetřovatelského procesu. Z obecného hlediska je hodnocení zjišťování rozdílu mezi plánem a skutečností. V této fázi sestra **vyhodnocuje, zda bylo**

dosaženo stanoveného cíle, jak úspěšné byly jednotlivé intervence, jak jedinec na intervence reagoval, jak se změnilo jeho chování.

Při hodnocení efektu ošetřovatelské péče mohou nastat následující situace:

- cíle bylo dosaženo, jedinec reagoval, jak se očekávalo
- cíle bylo dosaženo částečně,
- cíle nebylo dosaženo.

Jestliže cíle bylo dosaženo částečně nebo nebylo dosaženo vůbec, zjišťuje sestra, proč tato situace nastala. Příčinou může být nedostatek informací pro formulování ošetřovatelské diagnózy, stanovení nereálného cíle, nebo nebyly zvoleny vhodné ošetřovatelské intervence. V neposlední řadě může být příčinou nesplněného nebo částečně splněného cíle individuální a neočekávaná reakce nemocného nebo změna jeho zdravotního stavu.

Hodnocení efektu poskytnuté ošetřovatelské péče **probíhá při každém kontaktu s jedincem**, jedná se o nepřetržitý a nikdy nekončící proces. Při hodnocení efektu poskytnuté ošetřovatelské péče sestra opět získává informace od nemocného, od členů pracovního kolektivu, od rodiny, eventuálně od ostatních a ze zdravotnické dokumentace. Využívá přitom metody rozhovoru, pozorování, fyzikálního vyšetření a studia zdravotnické dokumentace. Na základě nově získaných informací přehodnocuje stávající ošetřovatelské diagnózy nebo formuluje nové, určuje naléhavost jejich řešení, stanovuje nové cíle a ošetřovatelské intervence. Hodnocení může probíhat v předem stanovených časových intervalech (termínovaně), které závisí na současném zdravotním stavu nemocného.

U nemocných v kritickém stavu probíhá hodnocení i několikrát v průběhu hodiny, u jedinců stabilizovaných minimálně jedenkrát za službu (souhrnně). Hodnocení poskytuje sestře zpětnou vazbu pro stanovení nových ošetřovatelských diagnóz a pro změny v plánech ošetřovatelské péče.

Zavedení a realizace ošetřovatelského procesu v praxi

Zavedení ošetřovatelského procesu předpokládá vzdělání sester na všech úrovních, tzn. u sester, které ošetřovatelskou péči organizují a řídí, ale i u sester, které bezprostředně ošetřovatelskou péči poskytují. Metodou ošetřovatelského procesu nelze efektivně pracovat, pokud jí nerozumíme a nevíme jak na to.

Dalším krokem pro zavedení ošetřovatelského procesu jsou **organizační změny** v poskytování ošetřovatelské péče. Nejvhodnějším systémem poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského postupu je skupinový systém ošetřovatelské péče nebo systém primární sestry.

Realizace ošetřovatelského procesu do praxe předpokládá zavedení **ošetřovatelské dokumentace** pro každého nemocného. V nepolední řadě je nutné **přesvědčení** sester o přednostech ošetřovatelského procesu, **ochota sester změnit tradiční způsob myšlení a převzít na sebe zodpovědnost.**

Literatura:

1. Červinková, E. a kol.: Ošetřovatelské diagnózy. IDV PZ, Brno 2001.
2. Doenges,M.E., Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přeprac. vydání. Grada.Praha 2001.
3. Fendrychová, J.: Ošetřovatelské diagnózy v neonatologii. IDV PZ, Brno 2000.
4. Fendrychová, J., Vacušková, M., Zouharová, A.: Ošetřovatelské diagnózy v pediatrii. IDV PZ, Brno 2002.
5. Kozierová, B., Erbová, G., Olivieriová, R.: Ošetrovateľstvo 1. Osveta, Martin 1995.
6. Staňková, M.: Jak provádět ošetřovatelský proces. České ošetřovatelství 4, IDVPZ , Brno 1999.
7. Staňková, M.: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. České ošetřovatelství 3, IDV PZ, Brno 1999.
8. Wilkinson, J., M.: Nursing Process in Action: a Critical Thinking Approach. Addison-Wesley Nursing, 1991.