

# Potřeby pacientů a ošetřovatelský proces

Ošetřovatelským procesem se rozumí způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným, tedy její jednání i vlastní ošetřovatelskou péči.

## Fáze ošetřovatelského procesu

Teorie ošetřovatelského procesu určuje systematickou strategii individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a ve spirále opakují. V evropské literatuře se setkáme s **pěti fázemi**, které se často vyjadřují zkratkou **ADPIE** podle počátečních písmen anglických výrazů označujících jednotlivé fáze.

### Zhodnocení nemocného a zjišťování informací (*Assesment*)

Ošetřovatelský proces začíná sběrem informací o stavu pacienta. Využíváme rozhovor, pozorování, různé metody testování a měření. Při hodnocení určujeme kdo bude hodnocení provádět, co je potřeba zjišťovat, odkud lze informace získat, jakými metodami je získat a jak budou informace dokumentovány.

Hodnocení nemocného má zpravidla dvě části, a to ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu pacienta.

Jako informační zdroje nám slouží nemocný a jeho dokumentace, jeho rodinní příslušníci či jiné blízké osoby, ostatní členové zdravotnického týmu nebo i jeho spolupacienti.

Cílem této fáze ošetřovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost jednotlivých problémů.

### Stanovení ošetřovatelské diagnózy (*Diagnosis*)

Cílem této fáze ošetřovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí (problémy pociťované nemocným i identifikované sestrou), čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů pro ošetřovatelskou péči z hlediska sestry i nemocného.

Při ošetřovatelské diagnóze třídíme informace získané při první fázi ošetřovatelského postupu, verbalizujeme současné i potencionální problémy nemocného a stanovujeme pořadí jejich priorit. Toto vše provádíme ideálně za účasti pacienta.

Ošetřovatelskou diagnózou se tedy rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním narušeny.

### Plánování ošetřovatelské péče (*Planning*)

Během fáze plánování si klademe otázku, co můžeme pro pacienta udělat. Stanovujeme tak krátkodobé i dlouhodobé cíle ošetřovatelské péče, navrhujeme vhodná opatření pro jejich dosažení a dohodou s nemocným stanovujeme jejich pořadí podle závažnosti.

Plán ošetřovatelské péče poté určuje, jak a v jakém pořadí budeme společně s pacientem řešit individuální problémy nemocného. Strategie plánu vstřícné ošetřovatelské péče vychází z:

- Ošetřovatelské diagnózy
- Charakteristiky ošetřovatelské péče v příslušném klinickém oboru
- Rysů moderního ošetřovatelství

Během plánování ošetřovatelské péče kromě určování priority problémů a stanovování cílů péče také určujeme, jak můžeme měřit efekt naší péče a provádíme zápis ošetřovatelského plánu.

Jak již bylo řečeno, cíle ošetřovatelské péče můžeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobý plán se týká bezprostředně následujícího období (hodin či dnů), má být zcela konkrétní (například změna mobility pacienta) a pokud je to možné, tak i měřitelný (například změna hmotnosti pacienta). Oproti tomu dlouhodobý plán se vztahuje k delšímu období, například ke konci hospitalizace, může také směřovat až do domácí péče. Určujeme například, jakých úkonů bude nemocný schopen před propuštěním.

Vlastní plán ošetřovatelské péče je poté tvořen návrhem vhodných ošetřovatelských intervencí, které povedou k dosažení stanovených cílů.

### Provedení navržených opatření (*Implementation*)

Při fázi implementace plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetřovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. Současně získáváme o nemocném další poznatky, které umožňují lépe specifikovat ošetřovatelskou diagnózu a operativně modifikovat plán další ošetřovatelské péče.

### Zhodnocení efektu poskytnuté péče (*Evaluation*)

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je i objektivní změření účinku naší péče. Zhodnocujeme zejména fyzický a psychický komfort nemocného, zda bylo úspěšně dosaženo stanoveného cíle a zda některý z naplánovaných kroků nevyžaduje korekci. V průběhu hodnocení zároveň získáváme další informace o nemocném, které využíváme k plánování další péče, pokud zatím nebylo dosaženo cíle.

## Význam ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces vytváří jednoznačně novou roli sestry zaměřenou na specifickou úlohu ošetrovatelství v multidisciplinárním týmu. Zvyšuje profesní kompetenci sester a jejich tvořivost. Zároveň, jak prokázala řada výzkumných prací, přináší sestrám mnohem lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace.

Sestry znají pacienta mnohem lépe jako člověka, který tak přestává být „kusem“ v nemocniční masinérii. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt svých konkrétních doporučení v individualizované péči, což umožňuje určitý stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Zároveň však každý člen nese zodpovědnost za tu část práce, kterou je kompetentní provádět u daného pacienta.

Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem více prospěchu i chronicky nemocným a nemocným v terminálním stavu, u nichž již nelze očekávat vyléčení. U pacientů, s nimiž se obtížně spolupracuje, lze při použití ošetrovatelského procesu najít snáze příčiny jejich chování i způsoby, jak k nim přistupovat.

Ve finále je tedy ošetrovatelský proces sérií vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl, a tak zhodnotit účinnost použitých postupů.

## Potřeby pacientů

Potřeby pacientů může rozdělit na základní a vyšší, přičemž způsob uspokojování těchto potřeb je velmi rozdílný a je ovlivňován některými základními a obecnými faktory (pohlaví, věk, psychika), individuálními osobnostními faktory (vzdělání a výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň), společenskými faktory (životní standard) i některými vnitřními stavy (bolest, imobilizace, horečka, šok apod.)

Pro znázornění jednotlivých úrovní potřeb se často využívá Maslowovy hierarchie potřeb.

1. Potřeba seberealizace – stát se tím, čím se mohu stát, naplnit své možnosti růstu a vývoje
2. Potřeba uznání a sebeúcty – být druhými vážen, ceněn; být sám sebou kladně hodnocen
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – patřit někam, někomu, být přijímán a milován
4. Potřeba bezpečí a jistoty – uhýbání neznámému, hrozivému a hledání jistoty
5. Fyziologické potřeby – potrava, teplo, vyměšování, dýchání, rozmnožování, nemít bolesti

V. Henderson ([https://en.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](https://en.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson)) dále stanovila 14 komponent (principů) základní ošetrovatelské péče:

1. Pomoc pacientovi s dýcháním
2. Pomoc při příjmu potravy
3. Pomoc při vyměšování
4. Pomoc při udržení žádoucí polohy při chůzi, vleže, vsedě pomoc při změnách polohy
5. Pomoc při odpočinku a spánku
6. Pomoc používat vhodný oděv, pomoc při svlékání a oblékání
7. Pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí
8. Pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže
9. Ochrana nemocného před nebezpečím z okolí (nákazami, úrazy, násilím)
10. Pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb
11. Pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
12. Pomoc při produktivní (pracovní) činnosti nemocného
13. Pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech
14. Pomoc nemocnému při učení



Maslowova hierarchie potřeb

## Význam základní péče pro potřeby pacientům

Uspokojování základních biopsychosociálních potřeb člověka s různým stupněm snížené soběstačnosti se pojí s maximálním využitím fyzické i psychické kapacity nemocného, aby zůstal pokud možno nezávislý na svém okolí v činnostech denního života. Uspokojování potřeb vede k prevenci komplikací vznikajících často právě z nedostatečné ošetrovatelské péče, jako například dekubitů, hypostatické pneumonie, záněty sliznice dutiny ústní, zácpy, kontraktury a další důsledky nehybnosti nemocného. Dále se takto snižuje riziko vzniku nosokomiální infekce a dochází k urychlení terapeutického procesu (především aktivním polohováním nemocného a aktivní rehabilitací).

Ve všech postupech, částech a fázích ošetrovatelského procesu je naprosto zásadní ochota nemocného aktivně spolupracovat.

## **Použitá literatura**

- JIRKOVSKÝ, Daniel, et al. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.