

**Trnavská univerzita v Trnave**

**Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce**

**PREŤAŽENOSŤ SESTIER A JEJ DOPAD NA KVALITU  
POSKYTOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI  
V LIEČEBNIACH DLHODOBO CHORÝCH**

**Iveta Humeníková**

**Trnava 2008**

**Trnavská univerzita v Trnave**  
**Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce**

**Študijný odbor: Ošetrovatel'stvo**

**PREŤAŽENOSŤ SESTIER A JEJ DOPAD NA KVALITU  
POSKYTOVANEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI  
V LIEČEBNIACH DLHODOBO CHORÝCH**

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

**Vedúci práce: doc. PhDr. Helena Koňošová, PhD.**

**Autor: Iveta Humeníková**

## ABSTRAKT

HUMENÍKOVÁ, Iveta: Preťaženosť sestier a jej dopad na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v liečebniach dlhodobo chorých. [Diplomová práca] / Iveta Humeníková. - Trnavská univerzita v Trnave. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; Katedra ošetrovateľstva, fyzioterapie a klinických disciplín. - Školiteľ: doc. PhDr. Helena Koňošová, PhD. Bratislava: FOaZOŠ SZU, 2008, 75 s.

Práca prezentuje teoretické poznatky z oblasti ošetrovania a ošetrovateľskej starostlivosti, jej kvality, postavenia sestier a pohľad na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v liečebniach dlhodobo chorých. Praktická časť práce je zameraná na využitie teoretických poznatkov danej oblasti pri ošetrovaní konkrétneho pacienta a realizáciu prieskumu.

Objektom realizácie ošetrovateľského procesu v našej práci bola pacientka s imobilizačným syndrómom hospitalizovaná v Liečebni sv. Františka a objektom prieskumu bolo 54 sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých na Slovensku. Pri získavaní údajov sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Zamerali sme sa v ňom na zistenie dôvodov nadmernej fyzickej a psychickej záťaže sestier, vplyvu ich pracovného preťaženia na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a súvis medzi poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu a úrovňou kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Zistili sme, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne fyzicky a psychicky zaťažovaná z dôvodu neúmerneho počtu pacientov na jednu sestru v službe, prevažne imobilných, nedostatočného personálneho a technického vybavenia na oddeleniach a práce v časovom strese. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu nezvýšila úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Preťaženosť sestier negatívne vplyva na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Odporúčame prehodnotiť a dostatočne personálne aj materiálne zabezpečiť liečebne dlhodobo chorých. Vytvoriť vhodné podmienky na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Umožniť sestram účasť na oddychových aktivitách, rekondičných pobytoch a znížiť vekovú hranicu odchodu sestier do dôchodku.

Kľúčové slová: ošetrovateľská starostlivosť v liečebniach dlhodobo chorých, ošetrovateľský proces, kvalita ošetrovateľskej starostlivosti, pracovná záťaž sestier, fyzická záťaž, psychická záťaž.

Čestne prehlasujem, že som diplomovú  
prácu vypracovala samostatne a použila  
len literatúru, ktorú uvádzam v zozname.

Bratislava 2008

.....

Ďakujem doc. PhDr. Helene Koňošovej, PhD.  
za cenné rady, pripomienky a odborné vedenie  
pri vypracovaní diplomovej práce.

## Obsah

### Úvod

## TEORETICKÁ ČASŤ

<b>1 Ošetrovatel'stvo a ošetrovatel'ská starostlivosť</b> .....	<b>11</b>
1.1 Stručná história ošetrovatel'stva .....	11
1.2 Ošetrovatel'stvo a ošetrovatel'ská starostlivosť v súčasnosti .....	14
1.2.1 Ošetrovatel'ský proces .....	15
1.3 Kvalita ošetrovatel'skej starostlivosti .....	16
<b>2 Profesia sestry</b> .....	<b>19</b>
2.1 Požiadavky na profesiu sestry.....	19
2.2 Rola sestry .....	21
2.3 Zát'až v práci sestier .....	23
2.3.1 Pracovná zát'až .....	23
2.3.2 Fyzická zát'až.....	24
2.3.3 Psychická zát'až .....	25
2.3.4 Syndróm vyhorenia – burn out .....	26
<b>3 Liečebne dlhodobo chorých</b> .....	<b>28</b>
3.1 Charakteristika dlhodobej starostlivosti .....	28
3.2 Špecifiká ošetrovatel'skej starostlivosti o dlhodobo chorých .....	29

## PRAKTICKÁ ČASŤ

<b>4 Kazuistika – ošetrovatel'ský proces u pacientky s imobilizačným syndrómom podľa modelu Gordonovej</b> .....	<b>31</b>
<b>5 Prieskum</b> .....	<b>51</b>
5.1 Vymedzenie problému.....	51
5.2 Ciele.....	51
5.3 Hypotézy.....	51
5.4 Výberový súbor a metódy .....	52
5.5 Demografické údaje.....	52
5.6 Výsledky empirickej analýzy .....	55

5.6.1 Vyhodnotenie hypotéz.....	68
5.7 Diskusia .....	73
Odporúčania pre prax	
<b>Záver</b>	
<b>Použitá literatúra</b>	
Prílohy	
Súhlas	

## Zoznam grafov

<b>Graf 1</b> Rozdelenie sestier podľa veku .....	54
<b>Graf 2</b> Rozdelenie sestier podľa najvyššie dosiahnutého vzdelania .....	54
<b>Graf 3</b> Rozdelenie sestier podľa dĺžky praxe .....	55
<b>Graf 4</b> Prečo si sestry vybrali prácu práve v LDCH .....	56
<b>Graf 5</b> Názory sestier na náročnosť práce .....	57
<b>Graf 6</b> Počet pacientov v službe na jednu sestru .....	57
<b>Graf 7</b> Počet imobilných pacientov .....	58
<b>Graf 8</b> Vybavenie technickými pomôckami pre prácu s imobilnými pacientmi .....	59
<b>Graf 9</b> Počet sanitárov, ktorí sestre pomáhajú v službe .....	59
<b>Graf 10</b> Priemerný počet nočných služieb za mesiac .....	60
<b>Graf 11</b> Vyčerpanosť sestier po službe .....	60
<b>Graf 12</b> Ako sestry bývajú po službe vyčerpané .....	61
<b>Graf 13</b> Dôvody psychického vyčerpania u sestier .....	62
<b>Graf 14</b> Prejavy vyčerpania .....	63
<b>Graf 15</b> Čas na dostatočný oddych .....	63
<b>Graf 16</b> Ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu .....	64
<b>Graf 17</b> Potrebný čas na písomné vypracovanie ošetrovateľskej dokumentácie .....	64
<b>Graf 18</b> Zostatok času potrebného na realizáciu naplánovaných intervencií .....	65
<b>Graf 19</b> Zavedenie metódy ošetrovateľského procesu zvýšilo úroveň kvality .....	65
<b>Graf 20</b> Názory sestier – zdôvodnenie odpovedí z otázky 16 .....	66
<b>Graf 21</b> Vplyv preťaženia sestier na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti .....	67
<b>Graf 22</b> Zdôvodnenie otázky č. 18 .....	68
<b>Graf 23</b> Počet imobilných pacientov .....	69
<b>Graf 24</b> Dôvody psychického vyčerpania u sestier .....	70
<b>Graf 25</b> Zavedenie metódy ošetrovateľského procesu zvýšilo úroveň kvality .....	72
<b>Graf 26</b> Vplyv preťaženia sestier na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti .....	73



## Zoznam tabuliek

<b>Tabuľka 1</b> Najvyššie dosiahnuté vzdelanie v odbore .....	55
<b>Tabuľka 2</b> Slovné a percentuálne vyjadrenie k 1. otázke .....	56
<b>Tabuľka 3</b> Dôvody psychického vyčerpania u sestier .....	62
<b>Tabuľka 4</b> Zdôvodnenie odpovedí z otázky 16 .....	66
<b>Tabuľka 5</b> Zdôvodnenie otázky č. 18 .....	68
<b>Tabuľka 6</b> Dôvody psychického vyčerpania u sestier .....	71
<b>Tabuľka 7</b> Zdôvodnenie odpovedí .....	73

„Spoločnosť sa posudzuje podľa toho, ako sa stará o chorých a aký postoj k nim zaujíma.“

( Ján Pavol II.)

## Úvod

Posledné roky sa vyznačujú prúdom neustálych zmien na rôznych úrovniach. Aj ošetrovatel'stvo a sestry sa stali súčasťou procesu týchto zmien. Každá zmena však vyžaduje určité počiatočné predpoklady. V ošetrovateľskej praxi sú to napríklad: podpora spoločnosti vo forme zákonov a vyhlášok, o ktoré sa môžu sestry oprieť pri realizácii zmien, ústretový prístup manažmentu nemocníc, časový priestor, dostatočné pracovné podmienky, dostatočný počet kvalifikovaných pracovníkov, financie a podobne. Ak však tieto predpoklady nie sú, stáva sa, že zmena neprináša predpokladaný cieľ.

Súčasnú zmenu v ošetrovatel'stve majú prispieť k lepšej a kvalitnejšej ošetrovateľskej starostlivosti, posilniť status sestry, priviesť sestru bližšie k pacientovi a jeho potrebám. Avšak realita je iná. Vo viacerých krajinách sveta, ale aj na Slovensku je celkový počet sestier v nemocniciach permanentne nedostačujúci, sestry sú fyzicky a psychicky preťažené, na pacienta nemajú potrebný čas.

Touto prácou sme chceli poukázať na problematiku preťaženia sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých a jej dopad na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Diplomová práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V teoretickej časti približujeme pohľad na problematiku vývoja ošetrovatel'stva a ošetrovateľskej starostlivosti až po súčasnosť a profesiu sestry. V ošetrovateľskom pohľade sme sa zamerali na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti v liečebniach dlhodobo chorých. V praktickej časti prezentujeme kazuistiku – ošetrovateľský proces u pacientky s imobilizačným syndrómom a realizáciu prieskumu za účelom zmapovania úrovne kvality ošetrovateľskej starostlivosti v liečebniach dlhodobo chorých vzhľadom k preťaženiu sestier.

### Ciele práce:

- sprístupniť teoretické poznatky o ošetrovatel'stve a ošetrovateľskej starostlivosti;
- sprístupniť teoretické poznatky o profesii sestry a záťaži sestier;
- priblížiť špecifiká ošetrovania a ošetrovateľského procesu u pacientov hospitalizovaných v liečebniach dlhodobo chorých;

- prezentovať kazuistiku – ošetrovateľský proces u pacientky s imobilizačným syndrómom;
- zmapovať dôvody preťaženia sestier a ich dopad na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

# TEORETICKÁ ČASŤ

## 1 Ošetrovatel'stvo a ošetrovatel'ská starostlivosť

Ošetrovatel'stvo je relatívne mladý vedný odbor. V systéme zdravotnej starostlivosti má svoje významne a nezastupiteľné postavenie. Toto postavenie sa rodilo v priebehu zložitého vývoja ľudskej spoločnosti vplyvom náboženských, kultúrnych, sociálnych, ekonomických a politických faktorov. Nemalú úlohu zohrali tiež vojny, rôzne vedecké objavy a niektoré osobnosti, ktoré si uvedomovali potrebu zmien a aj ich uskutočnili. V tomto procese získalo ošetrovatel'stvo na odbornosti a kvalite. Ošetrovatel'stvo dneška už neznamená len zabezpečiť všetky ordinácie lekára. Tento interdisciplinárny odbor sa zaoberá aj otázkami ochrany a podpory zdravia, rovnako ako aj zmierňovaním utrpenia a dôstojným umieraním (Šagát a kol., 2004, s. 78).

### 1.1 Stručná história ošetrovatel'stva

Z historického hľadiska možno ošetrovatel'stvo rámcovo rozdeliť do troch období, a to na ošetrovatel'stvo neprofesionálne, charitatívne a profesionálne.

*Neprofesionálne, prevažne laické ošetrovatel'stvo – opatrovatel'stvo*, je historicky najdlhším obdobím. Človek opatroval doma sám seba, svoju rodinu a skupinu, alebo sa tejto úlohy zmocňovali ľudoví liečitelia. Dominujúce postavenie v ošetrovatel'skej starostlivosti zaujímali ženy. Vedomosti, skúsenosti a zdedené múdrosti si odovzdávali ústne z pokolenia na pokolenie. Na liečenie a ošetrovanie používali prírodné zdroje – vodu, slnko, bylinky. Bolo to obdobie prírodného a kultovo – magického liečiteľ'stva v závislosti od kultúrnych, náboženských a sociálnych podmienok.

*Charitatívne ošetrovatel'stvo* sa začalo rozvíjať v stredoveku spolu s kresťanstvom. Orientovalo sa na starostlivosť o špecifické skupiny ľudí, predovšetkým chorých, chudobných, opustené deti a jedincov odkázaných na pomoc iných. Rozvoj charitatívneho ošetrovatel'stva úzko súvisí so zakladaním mníšskych rádov, kláštorov, útulkov, hospítalov a nemocníc (Farkašová, 2005, s. 23). Útulky a špitály vznikali väčšinou pri kláštoroch. Ošetrovatel'ská starostlivosť v kláštoroch mala nesmierny význam hlavne v obdobiach epidémií, ktoré sa počas stredoveku vyskytovali pomerne často. Cirkev sa stala nositeľkou

stredovekej liečiteľskej vzdelanosti. Charakteristická pre toto obdobie bola spojitosť funkcie duchovnej a liečiteľskej. K jej osamostatneniu došlo až oveľa neskôršie. Postupne sa do starostlivosti o chorých zapájali aj laici a príslušníčky vysoko postavených spoločenských vrstiev. Medzi najznámejšie patrili: Fabiola, ktorá založila prvý špitál v Ríme, Anežka Přemyslovna a Alžbeta Durínska. Na Slovensku prvý kláštorňý útulok založili pravdepodobne benediktíni okolo roku 1000 – pri kláštore sv. Hypolita na vrchu Zobor nad Nitrou. Na území mesta Bratislavy vznikol prvý kláštorňý hospic v roku 1095 a zriadili ho antoniti, ktorých si povolal kráľ Ladislav.

Ošetrovatel'stvo v tomto období sa zameriavalo predovšetkým na uspokojovanie najzákladnejších potrieb života, teda na zabezpečenie prístrešia, poskytnutie stravy, na hygienu, duchovnú podporu a neskôr aj na liečiteľskú starostlivosť. Charitatívne ošetrovatel'stvo ovplyvnilo vývoj a ďalšie zameranie ošetrovatel'stva a ošetrovatel'ského vzdelávania na niekoľko storočí a pôsobí až dodnes (Farkašová, 2005, s. 23).

***Profesionálne ošetrovatel'stvo*** sa nesporne spája s menom Florence Nightingaleovej, vďaka ktorej sa stalo humánnym a odborným povoláním. Hoci začiatok tohto obdobia ošetrovatel'stva úzko súvisí s týmto menom, určitá profesionálna príprava, ktorú vyžadovalo fungovanie nemocníc a verejného zdravotníctva, už existovala aj predtým. V nemocniciach ošetrovali chorých školené rehoľné sestry a civilné ošetrovatel'ky. Na profesionalizáciu ošetrovatel'stva mali veľký vplyv predovšetkým tri významné osobnosti: Florence Nightingaleová, ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a o Henri Dunant .

Florence Nightingaleová (1820 – 1910) sa pokladá za zakladateľku profesionálneho ošetrovatel'stva a zároveň za prvú teoretičku v ošetrovatel'stve. Jej štyri zásady – čistota, dobré a vládne zaobchádzanie, dostatočná výživa a prívetivé slovo – sa na dlhé obdobie stali mottom aj kritériom ošetrovatel'skej starostlivosti. Vytvorila základy ošetrovatel'ského vzdelávania, pretože sa pričiniła v roku 1860 o vznik prvej ošetrovatel'skej školy na svete pri nemocnici sv. Tomáša v Londýne. V roku 1860 vydala knihu Poznámky o ošetrovatel'stve, ktorá bola v roku 1874 preložená do siedmich jazykov vrátane češtiny. Presadzovala ošetrovatel'stvo ako autonómne povolanie. Dáma s lampou, ako ju volali ranení vojaci, sa stala pre verejnosť symbolom ošetrovatel'stva. Deň jej narodenia – 12. máj – bol vyhlásený za Medzinárodný deň sestier (Farkašová, 2005, s. 25).

Nikolaj Ivanovič Pirogov (1810 – 1881) prvýkrát pripravil pre ošetrovanie ranených v Krymskej vojne ako ošetrovatel'ky ženy.

Henri Dunant (1828 – 1910) bol švajčiarsky kupec .V bitke pri Solferine zriadil lazaret a na pomoc raneným vojakom zmobilizoval dobrovoľníkov z radu civilného obyvateľstva. Z jeho iniciatívy vznikla v roku 1863 Medzinárodná organizácia Červeného kríža zameraná na poskytovanie prvej pomoci raneným (Krištofová, 2003, s. 15).

Pre slovenské ošetrovatel'stvo má praktický aj symbolický význam založenie Lekárskej fakulty v roku 1770 na pôde jezuitskej univerzity v Trnave, ktorá vznikla už v roku 1635. Ošetrovatel'ské vzdelávanie prebiehalo popri práci, mladší sa učili od starších a skúsenejších. Profesionalizáciu slovenského ošetrovatel'stva ovplyvňovali spoločenské, ekonomické, sociálne a kultúrne podmienky, stav zdravia, demokracie, humanizmu, úroveň zdravotnej starostlivosti, ale aj práv národa na vzdelanie. Koncom 19. storočia prežívalo Slovensko obdobie sociálneho nedostatku a národného útlaku. Ošetrovatel'ská starostlivosť bola v tomto období orientovaná na činnosti v nemocniciach a na primárnu zdravotnú starostlivosť. V nemocniciach ošetrovali chorých za veľmi nepriaznivých podmienok rádové a civilné ošetrovatel'ky, spravidla zaškolené. Pracovali podľa potreby. Ústavné ošetrovatel'stvo sa orientovalo na uspokojovanie potrieb chorých, asistenciu pri niektorých lekárskech výkonoch a na zabezpečovanie prevádzky oddelení. V rámci primárnej zdravotnej starostlivosti sa vytvorili podmienky predovšetkým pre pôrodné baby. Profesionálne ošetrovatel'stvo bolo len v začiatkoch, no kvalifikovaná ošetrovatel'ská činnosť bola potrebná nielen v nemocniciach, ale aj na sociálne, kultúrne a zdravotne zaostalom vidieku Slovenska (Farkašová, 2005, s. 26).

Priekopníčkou ošetrovatel'stva na Slovensku bola Janka Hrebendová. Od manžela lekára si osvojila základné liečiteľské poznatky. V polovici 19. storočia na kopaniciach v okolí Myjavy organizovala pre ženy kurzy ošetrovania rán a obväzovania. Bola tiež prvou organizátorkou ošetrovania ranených na bojisku v roku 1848 pri záchrane slovenských dobrovoľníkov (Krištofová, 2002, s. 14).

Až v roku 1874 vznikla v Prahe prvá ošetrovatel'ská škola v Rakúsko – Uhorsku. Trvala len do roku 1881. V roku 1914 vydalo rakúske ministerstvo vnútra nariadenie, že ošetrovatel'ky majú byť vzdelávané v dvojročných ošetrovatel'ských školách. Absolventky končili štúdium skúškou s titulom „diplomovaná ošetrovatel'ka“. V zmysle tohto nariadenia bola v Prahe v roku 1916 založená civilná ošetrovatel'ská škola, ktorá významne ovplyvnila ošetrovatel'ské vzdelávanie a prax na území Slovenska (Farkašová, 2005, s. 25).

Jednotný systém výchovy a vzdelávania sa vytvoril až po roku 1948. Ošetrovatel'ské školy sa začlenili medzi stredné odborné školy prevažne ako stredné zdravotné školy s maturitou. V roku 1960 vzniklo vysokoškolské vzdelávanie na Karlovej univerzite v Prahe

a Komenského univerzite v Bratislave ako medziodborové štúdium na lekárskej a filozofickej fakulte, kombinácia psychológia – pedagogika a ošetrovatel'stvo. V roku 1960 vznikol Ústav pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorý rozvíjal pomaturitné špecializačné štúdium. Po roku 1992 sa zlúčil s Inštitútom pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov. Výsledkom ich ostatnej transformácie je vznik Slovenskej zdravotníckej univerzity v roku 2002 s Fakultou ošetrovatel'stva a zdravotníckych štúdií, ktorá zabezpečuje spolu s ďalšími vysokými školami vysokoškolské vzdelávanie sestier v zmysle požiadaviek Európskej únie (Šagát a kol., 2004, s. 80).

## **1.2 Ošetrovatel'stvo a ošetrovatel'ská starostlivosť v súčasnosti**

Od druhej polovice 20. storočia ošetrovatel'stvo na celom svete prekonáva významné zmeny. Stredobodom záujmu sa postupne stáva človek so svojimi individuálnymi potrebami a problémami, ktoré vznikajú, alebo sa menia chorobou.

Súčasne ošetrovatel'stvo sa zameriava predovšetkým na:

- udržanie a podporu zdravia;
- navrátenie zdravia a rozvoj sebestačnosti;
- zmierňovanie utrpenia nevyliciteľne chorých;
- zabezpečenie dôstojného a pokojného umierania (Šagát a kol., 2004, s. 80).

Na Slovensku sa až po roku 1989 začalo s celkovými zmenami v rezorte zdravotníctva, ktoré neobišli ani sestry a pôrodné asistentky. Po viacerých pokusoch, ktoré z rozličných dôvodov buď zlyhali, alebo sa uplatnili iba čiastkovo, došlo aj v oblasti ošetrovatel'stva k určitému pokroku. O tom svedčí Konceptia ošetrovatel'stva schválená a prijatá v roku 1994, Konceptia agentúr domácej ošetrovatel'skej starostlivosti, schválená a prijatá v roku 1995 a napokon Národný plán rozvoja ošetrovatel'stva v Slovenskej republike, ktorý bol schválený v januári 1997 Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Plán rozvoja ošetrovatel'stva vychádza z programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky a je zameraný na zmenu zdravotného systému a na podporu ošetrovatel'stva ako samostatného vedného odboru ( Pechová, 2002, s. 5).

Ošetrovatel'stvo sa v praxi realizuje ako ošetrovatel'ská starostlivosť. Poskytuje v štátnych a neštátnych zdravotníckych a sociálnych zariadeniach, v domácnostiach a komunitách. Chápe sa ako odborná činnosť zameraná na zachovanie, upevňovanie a obnovu zdravia jednotlivcov i skupín. Vykonávajú ju sestry, a to samostatne, na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom ako:

- komplexnú ošetrovatel'skú starostlivosť;

- špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť;
- základnú ošetrovateľskú starostlivosť.

*Komplexná ošetrovateľská starostlivosť* sa ako plánovaná a organizovaná činnosť realizuje výlučne metódou ošetrovateľského procesu, ktorý umožňuje stanoviť zameranie a štruktúru poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby zodpovedala zdravotným potrebám a stavu jedinca, rodiny, spoločnosti a riešila ich biopsychosociálne problémy. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť identifikuje aktuálne a potenciálne zdravotné problémy, stanovuje priority ošetrovateľstva a definuje špecifickú zodpovednosť a autonómiu sestier pri jej poskytovaní.

*Špecializovaná ošetrovateľská starostlivosť* je spravidla súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a je zameraná na vysoko odborné ošetrovateľské činnosti vo vymedzených užších špecializačných odboroch.

*Základná ošetrovateľská starostlivosť* je zameraná na menej náročné činnosti vykonávané v štandardných podmienkach, najmä na starostlivosť o hygienu, stravovanie, vylučovanie, sledovanie fyziologických funkcií a telesnej aktivity pacientov, starostlivosť o prostredie, pomôcky, ako aj na pomocné, prípravné, dokončovacie a administratívne práce (Farkašová, 2005, s. 171-172).

### **1.2.1 Ošetrovateľský proces**

Ošetrovateľský proces je nástroj, metóda profesionálneho ošetrovateľstva tak, ako liečebný proces nástrojom medicíny a vzdelávací proces nástrojom pedagogiky (Farkašová, 2004, s. 73).

Prvé písomné dokumenty o ošetrovateľskom procese sa objavili v USA v polovici 50. rokov, kedy v roku 1955 Lýdia Hall po prvý raz použila výraz „ošetrovateľstvo je proces“. Ošetrovateľský proces je systematický, problémy riešiaci a problémom predchádzajúci prístup k ošetrovaniu, ktorý v sebe zahŕňa akceptáciu práv klienta na individualizovanú starostlivosť, podľa možnosti aj účasti na nej, vrátane rozhodovania. Je to racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Skladá sa z nasledujúcich krokov :

*Posudzovanie* – zahrňuje zber, overovanie a triedenie údajov o zdravotnom stave pacienta a jeho potrebách.

*Diagnostika* – vyúsťuje do sesterskej diagnózy, ktorá predstavuje záver o potenciálnom či skutočnom narušení zdravotného stavu pacienta a jeho problémoch.



*Plánovanie* – zahrňuje sériu krokov, počas ktorých si sestra i pacient vytyčujú priority, zaznamenávajú ciele a očakávané výsledky, tvoria písomný plán starostlivosti na odstránenie či obmedzenie zistených problémov pacienta a koordináciu starostlivosti poskytovanej všetkými členmi zdravotníckeho tímu.

*Realizácia* – znamená implementáciu ošetrovateľského plánu, v tejto fáze sestra pokračuje v zhromažďovaní údajov.

*Vyhodnotenie* – ide o posúdenie odpovede pacienta na ošetrovateľské výkony (Farkašová, 2003, s. 171) .

Všetky kroky ošetrovateľského procesu sledujú skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti a v konečnom dôsledku spokojnosť pacienta. Legislatívne podmienky pre zavedenie ošetrovateľského procesu do praxe sa vytvorili už v roku 1994 prijatím zákona NR SR č. 277/1994 o zdravotnej starostlivosti a prijatím zákona NR SR č. 311/2002 o povolani sestra. Cieľom zavedenia ošetrovateľského procesu do praxe, ako metódy práce sestry, je posunúť sestru bližšie k pacientovi a jeho potrebám.

### **1. 3 Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti**

Definovať kvalitu ako takú nie je ľahké. Je to možno preto, že kvalita nepredstavuje len súbor metód, techník a pracovných postupov, ale v modernom kontexte je vnímaná ako filozofia úzko spojená s organizačnou kultúrou. Kvalita závisí tiež od vlastností ako sú hodnoty, správanie a postoje zamestnancov.

Prvá organizácia, ktorá bola v USA uznávaná ako autorita definujúca kvalitnú starostlivosť v rámci zdravotníckych organizácií stanovila deväť stupňov kvalitnej starostlivosti:

- dostupnosť starostlivosti;
- primeranosť starostlivosti;
- kontinuita starostlivosti;
- efektivita starostlivosti;
- pôsobivosť starostlivosti;
- účinnosť starostlivosti;
- pohľad pacienta;
- bezpečnosť prostredia starostlivosti;
- včasnosť starostlivosti.

Požaduje, aby každá organizácia zdravotníckej starostlivosti definovala kvalitu pomocou týchto stupňov a z pohľadu klientov a zákazníkov organizácie (Chmelík, 2007, s. 35).

Rastúcimi nárokmi na kvalitu zdravotnej starostlivosti zvyšujú sa aj kritéria na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je jej neoddeliteľnou súčasťou.

Kritériá kvality ošetrovateľskej starostlivosti sú:

- prístupnosť pre všetkých, ktorí starostlivosť potrebujú;
- komunikatívnosť pre interakciu medzi sestrou a pacientom;
- kompetentnosť ošetrovateľského tímu;
- zdvorilosť k pacientom, ich rodinám a skupinám;
- spoľahlivosť ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej na základe najnovších poznatkov;
- vnímavosť sestier na potreby a požiadavky pacienta;
- bezpečnosť poskytovanej starostlivosti pre pacienta (Kubicová, 2004, s. 24).

Základom pri určovaní kvality by vždy mala byť spokojnosť pacienta a mala by obsahovať určité prvky kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Podľa Medzinárodnej rady sestier (ICN) kvalitná ošetrovateľská starostlivosť:

- vyúsťuje do najväčšieho možného zlepšenia zdravia za čo najkratší čas;
- kladie dôraz na prevenciu a liečbu v rannom štádiu;
- poskytuje sa načas bez zbytočných odkladov;
- snaží sa dosiahnuť informovanú spoluprácu a účasť pacienta;
- je založená na vedeckých princípoch, na využívaní primeraných technológií a profesionálnych zdrojov;
- vyznačuje sa záujmom o pacienta s cieľom odstrániť úzkosť, stres, záujmom o jeho dobrý telesný a duševný stav;
- je dostatočne zdokumentovaná v záujme kontinuity starostlivosti a jej podrobného vyhodnocovania (Kilíková, 2003, s. 12).

Na zabezpečovaní kvality ošetrovateľskej starostlivosti sa musia aktívne zúčastňovať aj sestry. Zabezpečovanie kvality je nepretržitý proces, ovplyvnený praktickými poznatkami z oblasti ošetrovateľstva a vedeckými pokrokmi medicíny. V mnohých prípadoch to, čo sa považovalo za kvalitné pred rokmi, je dnes nedostatočné. Sestry preto v záujme zachovania kvality musia neustále prehodnocovať poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť a prijímať zmeny. Podmienkou pre dosiahnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je objektivizácia kvality. Pod objektivizáciou sa rozumie určenie znakov kvality. Kvalitná starostlivosť je

dynamická koncepcia s mnohými dimenziami, ktoré smerujú k dosiahnutiu požadovanej úrovne kvality. Za kvalitnú sa považuje starostlivosť, ktorá je relevantná v danom stave pacienta, je pre pacienta prínosom, je efektívna v zmysle využitia zdrojov, presne dokumentovaná a maximálne ohľaduplná.

Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť charakterizujú tieto znaky:

- v krajine, resp. v konkrétnom zdravotníckom zariadení existuje jasná koncepcia ošetrovateľstva;
- ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje metódou ošetrovateľského procesu;
- ošetrovateľská starostlivosť je odvodená od potrieb pacienta;
- pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa rešpektujú práva pacienta;
- práca pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je tímová;
- ošetrovateľský tím je odborne pripravený a dobre motivovaný;
- ošetrovateľský tím si stanovuje reálne ciele;
- ošetrovateľský tím dodržiava profesionálny etický kódex;
- ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje na základe najnovších vedeckých poznatkov;
- do ošetrovateľskej starostlivosti sú zapojení pacienti, prípadne aj rodinní príslušníci;
- existuje účinná medziodborová spolupráca (Farkašová, 2005, s. 192).

Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je podmienené kvalitnou ošetrovateľskou praxou a jej miestom v celkovom systéme starostlivosti. Kvalitná starostlivosť býva spravidla vyjadrená v štandardoch, podľa nich sa potom ošetrovateľská starostlivosť posudzuje.

Sekcia zdravotnej starostlivosti MZ SR vypracovala Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov. Tieto štandardy sú určitými odporúčanými podkladmi pre tvorbu lokálnych procesuálnych štandardov.

Ošetrovateľský štandard predstavuje dohodnutú profesijnú úroveň kvality, určuje záväznú normu pre kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, umožňuje objektívne hodnotenie poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Štandardy sú dôležité nie len pre sestry, ale aj pre pacienta, ktorý bude jednoznačne vedieť na akú starostlivosť má zákonné a morálne právo a že nebude poškodený nedostatočne poskytnutou ošetrovateľskou starostlivosťou (Gomolčáková a kol., 2003, s. 1).

Neoddeliteľnou súčasťou každého štandardu je kontrolný list – ošetrovateľský audit, ktorý obsahuje metódu monitorovania kritérií štruktúry, procesu a výsledku.

## 2 Profesia sestra

Zdravotnú starostlivosť poskytujú zdravotnícki pracovníci. Podľa stupňa vzdelania a odborných pracovných činností, ktoré na základe svojho vzdelania zdravotnícki pracovníci vykonávajú, sa delia na tieto kategórie:

- lekár;
- zubný lekár;
- farmaceut;
- sestra;
- pôrodná asistentka;
- laborant;
- asistent;
- technik;
- iný zdravotnícky pracovník (Šagát a kol., 2004, s. 112).

### 2.1 Požiadavky na profesiu sestra

Sestra je osoba, ktorá získava absolvovaním vzdelávacieho programu kvalifikáciu na výkon povolania sestry vo všeobecnej ošetrovateľskej starostlivosti, registráciu či zákonnú licenciu na vykonávanie praxe (Závodná, 2005, s. 32).

Podľa súčasných ustanovení spĺňa sestra odbornú spôsobilosť na výkon :

- odborných činností v odbore ošetrovateľstvo získaním vysokoškolského bakalárskeho alebo magisterského vzdelania a vyššieho odborného vzdelania v odbore ošetrovateľstvo;
- špecializovaných pracovných činností získaním diplomu o špecializácii v príslušnom špecializačnom odbore v rozsahu určenom akreditovaným špecializačným študijným programom;
- certifikovaných pracovných činností získaním certifikátu v rozsahu určenom akreditovaným certifikačným študijným programom.

Odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností sestry spĺňa aj zdravotnícky pracovník, ktorý získal úplné stredné odborné vzdelanie na strednej zdravotníckej škole v študijnom odbore zdravotná sestra, všeobecná sestra, detská sestra, zubná sestra alebo ženská sestra a vykonával činnosť sestier zodpovedných za všeobecnú starostlivosť najmenej tri roky v priebehu obdobia piatich rokov ku dňu účinnosti nariadenia vlády z roku 2004,

ktorým sa dopĺňa nariadenie vlády SR č. 156/2002 Z.z. o odbornej spôsobilosti pracovníkov v zdravotníctve (Šagát a kol., 2004, s. 114).

Okrem odbornej spôsobilosti sa musí profesia sestry vyznačovať:

- súborom vedomostí, schopností a zručností;
- komunikatívnou a sociálno – interakčnou spôsobilosťou;
- intrapersonálnou a interpersonálnou spôsobilosťou;
- zmyslom pre službu verejnosti;
- etickým prístupom, oddanosťou práci a pacientom;
- prijímaním zodpovednosti za výkon ošetrovateľských činností a za existujúci súbor výkonových štandardov;
- autonómiou rozhodnutí vo vybraných oblastiach vlastnej pracovnej činnosti;
- aplikáciou výsledkov výskumu a teórie v praxi;
- spôsobilosťou permanentne hodnotiť ( spätnou väzbou, reflexiou a analýzou) svoju prácu;
- dôverou jednotlivých pracovníkov v profesii a pracovníkov v tíme (Závodná, 2005, s. 32- 33).

Ošetrovateľstvo ako umenie aj veda si vyžaduje pochopenie a praktickú aplikáciu špecifických vedomostí a zručností, ktoré sa v rámci možností opierajú o výsledky vedeckého výskumu a praxe.

Súčasnú ošetrovateľstvo od sestry očakáva, že bude vykonávať tieto činnosti:

- základné ošetrovateľské činnosti zamerané na identifikáciu a plánovanie uspokojenia základných potrieb človeka, ktoré mu choroba narušila alebo obmedzila, že bude schopná zabezpečovať diagnosticko-terapeutické činnosti, prípravu pacientov na vyšetrenie, odber biologického materiálu, aplikovanie liekov, pozorovanie pacienta a iné;
- psychosociálne činnosti zamerané na zber informácií, komunikáciu s pacientom a jeho rodinou, odovzdávanie informácií, edukáciu, ochranu pacientových práv a jeho podporu;
- administratívne práce, ktoré zahŕňajú vedenie ošetrovateľských záznamov, sesterskej dokumentácie zákonom stanovenej formy a rozsahu, vypisovanie sprievodných lístkov, evidenciu pacientov a iné;

- prípravné a dokončovacie práce, ku ktorým zaraďujeme dezinfekciu prostredia, dezinfekciu a sterilizáciu nástrojov, dopĺňanie liekov, pomôcok a iné (Krištofová, Mesárošová, 2003, s. 8).

Medzi rozšírené činnosti sestry, ktoré vyplývajú z poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu, patrí samostatnosť spojená s prevzatím zodpovednosti a ochota sestry aktívne chrániť záujmy pacienta. Aby sestra bola schopná zvládnuť všetky uvedené činnosti, musí mať dostatočné kognitívne schopnosti v šiestich hlavných kategóriách, ktoré sú uvedené v Európskej stratégii WHO pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek:

- vedomosť: schopnosť vybaviť si konkrétne údaje, terminológiu metódy alebo teórie;
- porozumenie: predstavuje relatívne minimálny stupeň chápania súvislosti pri zmene zdravotného stavu;
- aplikácia: schopnosť aplikovať všeobecné pravidlá alebo abstraktné pojmy v konkrétnych situáciách pri realizácii ošetrovateľských výkonov;
- analýza: schopnosť rozpoznať súvislosti a interakcie medzi jednotlivými prvkami danej situácie;
- syntéza: predstavuje schopnosť sumarizovať vzájomne súvisiace časti jedného celku;
- hodnotenie: schopnosť utvoriť si názor na problém na základe dostupných informácií a podľa toho sa rozhodnúť, či je nutné zakročiť alebo možno pokračovať v doterajšom postupe (Krištofová, Mesárošová, 2003, s. 8).

## 2.2 Rola sestry

Profesia sestry zahrňuje určitý systém rolí, rolového správania predpokladaného spoločenským statusom povolania. Rola je očakávané správanie jedinca, ktoré súvisí s jeho určitým postavením v spoločnosti (Farkašová, 2005, s. 186).

Rolu sestry charakterizujú najmä tieto znaky:

- sestra pri svojej práci vychádza z potrieb chorého a pochopenia jeho problémov, má schopnosť zabezpečiť chorému pocit istoty;
- je emocionálne neutrálna, t.j. je schopná svoju emocionalitu vždy podriadiť racionálnej kontrole (Farkašová, 2005, s. 187).

Súčasný rozvoj ošetrovateľstva a jeho zameranie mení aj rolu sestry. Túto zmenu si vyžaduje nielen rozvoj nových poznatkov z medicíny, ale aj nové poznatky zo spoločenských vied, najmä sociológie, psychológie, pedagogiky a etiky. Sestra sa stáva rovnocennou členkou tímu, schopnou v oblasti svojej činnosti samostatne pracovať. Mení sa aj rola pacienta z tradičného pasívneho konzumenta na aktívneho účastníka starostlivosti o svoje zdravie. Toto všetko sa odráža v nárokoch na kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

V súčasnosti plní sestra najčastejšie tieto roly:

*Sestra- poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti.* Ide o rolu vzťahov, ktoré sa vytvárajú na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Tieto vzťahy charakterizujú holistické chápanie jedinca a skupiny zohľadňujúce ich zdravie a prostredie v záujme uspokojovania potrieb.

*Sestra – manažérka.* Pôsobí v riadení a organizácii na rôznych úrovniach – štátnej, regionálnej a na úrovni zdravotníckeho zariadenia. Plní aj úlohy manažérky ošetrovateľskej starostlivosti priamo u jednotlivcov a skupín tým, že manažuje ošetrovateľský proces. Rola manažérky je súčasťou všetkých ošetrovateľských činností. Nestotožnenie sa sestry s touto rolou má za následok nekoordinovanú a neefektívnu ošetrovateľskú starostlivosť.

*Sestra – edukátorka.* Edukačná rola sestry je mnohostranne zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania a konania jedinca i skupiny v záujme podpory zachovania a obnovy zdravia. Edukačné ovplyvňovanie sa realizuje formou získavania nových vedomostí, zmien postojov, presvedčení, ako aj zmien motivácie prežívania, správania a konania človeka.

*Sestra – advokátka.* Sestra je obhajkyňou pacienta, reprezentuje jeho práva a vysvetľuje mu ich, predkladá a tlmočí jeho názory a požiadavky, obhajuje jeho záujmy. Uplatnenie tejto roly sestry je prejavom záujmu sestry o pacienta.

*Sestra – nositeľka zmien.* Ošetrovateľstvo podobne ako každá iná činnosť podlieha zmenám. Účinnosť ošetrovateľskej starostlivosti závisí od kontinuálnych zmien. V záujme jeho rozvoja sa sestra musí stotožniť s rolou nositeľky zmien. Sestry by preto mali byť hnacími, a nie odporujúcimi silami zmien v ošetrovateľstve.

*Sestra – výskumníčka.* Rola sestry - výskumníčky sa stáva aktuálnou v spoločnosti, v ktorej sa utvára ošetrovateľstvo ako sociálne významná, dôveryhodná vedecká profesia, ako záruka kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Rola výskumníčky predpokladá primerané vzdelanie, možnosti a potenciál pre výskumnú činnosť v oblasti ošetrovateľstva.

*Sestra – mentorka.* Zodpovedá za klinický dohľad nad študentmi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Rola mentorky v klinickej a komunitnej praxi predpokladá adekvátnu klinickú a pedagogickú spôsobilosť a zrelú osobnosť (Farkašová, 2005, s. 188) .

## 2.3 Zát'az v práci sestier

Dnešné ošetrovatel'stvo je mnohostranné a dynamické, ale aj nesmierne náročné. Na sestru vplývajú mnohé negatívne faktory pracovného prostredia. Podľa intenzity ich pôsobenia môžeme hovoriť o zát'aži v práci sestry.

Ide o faktory:

- fyzikálne: zvýšená teplota, hluk, nesprávne osvetlenie, vibrácie radiačné žiarenie, elektrický prúd;
- chemické: cytostatiká, diagnostiká, dezinfekčné prípravky;
- sociálne: rodina, medziľudské vzťahy na pracovisku, konflikt medzi prácou a ostatnými rolami, vzťah nadriadených a podriadených, pracovné podmienky, organizácia práce a iné.

Podľa charakteru pôsobiacich podnetov a primárnych reakcií môžeme rozlíšiť tri druhy zát'aže:

*Biologická zát'až* - činitelia majú fyzikálnu, chemickú alebo biologickú povahu, organizmus odpovedá primárne biologicky, psychické reakcie sú následné a druhotné .

*Fyzická zát'až* - požiadavky sa týkajú primárne svalovej činnosti, organizmus funguje ako zdroj energie, svalová činnosť sa odráža v psychickom prežívaní.

*Psychická zát'až* - proces primárne psychického spracovania a vyrovnávania sa s požiadavkami životných a pracovných situácií. Telesné reakcie sú druhoradé, vyvolané psychickým procesom (Hladký, Židková, 1999, s. 3).

### 2.3.1 Pracovná zát'až

Pracovná zát'až predstavuje určitú vyčlenenú kategóriu celkovej životnej zát'aže a stresu, spojenú s pracovnou činnosťou a pracovnými podmienkami (Nevařilová, 2006, s. 18).

Pracovné podmienky (272/1994 Z.z.) sú fyzikálne, chemické, biologické, fyziologické, psychologické a sociologické faktory pôsobiace na zdravie a pracovnú výkonnosť človeka v pracovnom procese. Ovplyvňované sú režimom práce a odpočinku, ako aj technickým stavom pracovného prostredia (Krišková, 2004, s. 103).

Celkové pracovné zaťaženie sa dá vyjadriť ako súčet zaťaženia predstavovaného platenou a neplatenou prácou. Za neplatenú prácu tu považujeme všetky povinnosti súvisiace so starostlivosťou o rodinu, chodom domácnosti, starostlivosťou o deti, starnúcich rodičov a podobne. Vysoká miera celkovej pracovnej zát'aže sestier vyplýva z toho, že ide prevažne o ženy a vo väčšine prípadov o matky s nezaopatrenými deťmi a manželky. Podľa výsledkov



výskumu o rodinách s nezaopatrenými deťmi pracuje žena celkovo 98,5 hodín týždenne, pričom počet hodín rastie s počtom detí. Nepriaznivým dôsledkom celkového vyššieho pracovného zaťaženia žien je menej voľného času, čo znamená menej času na relaxáciu (Nevařilová, 2006, s. 23).

### 2.3.2 Fyzická záťaž

Optimálna telesná záťaž patrí k prostriedkom, ktoré kladne ovplyvňujú zdravie, aj pracovnú výkonnosť. Avšak nadmerná fyzická záťaž poškodzuje zdravie a znižuje pracovnú výkonnosť. Práca sestier na lôžkových oddeleniach, hlavne traumatologických, neurologických, geriatrických a v liečebniach dlhodobo chorých je aj z tohto hľadiska namáhavá. Pri realizácii ošetrovateľských intervencií, ako je preventívne a terapeutické polohovanie, dvíhanie pacientov, vysádzanie, manipulácia pri hygiene, presuny, pasívne cvičenie s imobilnými pacientmi a iné, pri ktorých sestra pracuje väčšinou v predklone a vo vynútených polohách, dochádza k fyzickému preťaženiu pohybového systému.

Harber a spolupr. (1985) uvádzajú päť najčastejších príčin poškodenia kostrovo-svalového systému chrbta u sestier súvisiacich s nasledovným výskytom:

- dvíhanie pacienta na posteli 48%
- pomoc pacientovi s posteľou 30%
- pohybovanie s posteľou 27%
- zdvíhanie pacienta na nosidlá 22%
- nosenie bremien s hmotnosťou väčšou ako 15 kg (in Komačeková, 2004, s. 16).

Práca s bezvládnymi a imobilnými pacientmi je fyzicky veľmi namáhavá. Manipulácia s pacientom je pre sestru energetický náročná. Najvyšší energetický výdaj, až 32 KJ/min, sa zistil pri pracovných činnostiach týkajúcich sa hygieny pacienta a pri manipulácií s pacientom, čo predstavuje veľkú fyzickú záťaž. Podľa štúdie Hubačovej a spolupr.(1999) podiel činností a takýmto energetickým výdajom predstavoval 6% pracovnej zmeny sestry.

Zo štúdie vyplýva, že sestry počas pracovnej zmeny dvíhali pacienta viac krát bez technického zariadenia. Telesná hmotnosť ošetrovaných pacientov sa pohybovala od 40 do 130 kg. V súbore sledovaných sestier sa prejavila záťaž podpornopohybovej sústavy s významným podielom statických prvkov. Prekonané alebo súčasné choroby chrbtice udávalo 44% sestier. Opakované bolesti a opuch dolných končatín uvádzalo 50% sestier.

Estryn-Beharová považuje prácu s imobilnými pacientmi za fyzicky namáhavú a porovnateľnú so stredne ťažkou fyzickou prácou v priemysle (in Komačeková, 2004, s. 16).

Fyzickú záťaž sestram spôsobuje aj časté chodenie, nakoľko sú na oddeleniach nevhodne umiestnené pracovne sestier a niektoré oddelenia sú nedostatočne vybavené komunikačnými zariadeniami pre pacientov.

### **2.3.3 Psychická záťaž**

Práca v zdravotníctve je spojená s väčšou mierou stresu ako práca v iných profesiách. Záťažové faktory v zdravotníctve môžeme rozdeliť na špecifické a nešpecifické. Na osobnosť zdravotníka tieto faktory pôsobia spolu.

Záťažové - stresujúce faktory, ktoré pôsobia v zdravotníckom povolání, prehľadne uvádza Nešpor (2001):

- kontakt s do značnej miery tabuizovanými oblasťami ľudskej existencie (bolesť, súkromie pacienta, smrť);
- emočné stavy pacientov a ich reakcie (depresia, vyčerpanie, podráždenosť, hnev);
- veľká zodpovednosť (morálna a právna), neistota pri zodpovednej voľbe optimálneho liečebného postupu;
- konflikt rolí (rola matky alebo otca verzus nároky zdravotníckej profesie);
- nedostatočná pozornosť vlastným neriešeným problémom, ktoré sa stykom s chorými často aktivujú;
- rýchly životný štýl a mala pripravenosť uspokojovať vlastné psychické potreby;
- domnelé alebo skutočné profesiové zlyhanie prežívajú zdravotníci väčšinou horšie ako iné profesie;
- zdravotník býva svojim okolím často vnímaný cez svoju profesiu, čo môže viesť k obtiažnemu oddeľovaniu súkromného a profesionálneho života;
- reálne riziká niektorých zdravotníckych profesií (napr. riziko infekcie alebo napadnutie pacientom);
- trojzmená prevádzka, nočná práca, niekedy aj spánková deprivácia;
- nutnosť rozhodovať sa i pri neúplných informáciách;
- časové a iné nároky na sústavné vzdelávanie;
- nutnosť adaptovať sa na novú situáciu a nové prístupy;
- nároky, ktoré plynú z tímovej práce a interpersonálnych problémov;
- nárazový charakter práce v mnohých oboroch, zdravotník býva náhle zavalený zložitými a niekedy nezlučiteľnými úlohami, ktoré má zvládnuť v obmedzenom čase;

- syndróm vyhorenia vzniká v dôsledku dlhotrvajúceho profesionálneho stresu a je v zdravotníctve relatívne častý;
- k všeobecne stresovým faktorom patrí nepredvídateľný hluk.

Nadmerná psychická záťaž, stres zvyšuje riziko chybných výkonov a rozhodnutí, pracovných úrazov, psychosomatických ochorení, závislosti na alkohole a iných návykových látkach. Zhoršuje teda zdravotný stav a výkonnosť práce zdravotníkov a tiež nepriaznivo pôsobí na ich rodinné prostredie (Nevařilová, 2006, s. 29).

### 2.3.4 Syndróm vyhorenia – burn out

S preťaženosťou a s dlhotrvajúcim stresom úzko súvisí syndróm vyhorenia. Presná definícia syndrómu vyhorenia neexistuje. Opisuje sa však ako úplné fyzické a psychické vyčerpanie, ktoré je dôsledkom dlhodobého pôsobenia stresu a nevhodného vysporiadania sa s psychickou záťažou (Gážiova, 2004, s. 44). Zapríčiňuje únavu, inaktivitu, depresie a negatívny postoj k pracovnému prostrediu, kolegom, ako aj k sebe samému. Syndróm vyhorenia je vždy spájaný s výkonom určitého povolania. Často postihuje aj sestry.

Najdôležitejším znakom syndrómu vyhorenia je chronický stres vychádzajúci z pracovnej činnosti, ktorý môže byť sprevádzaný ďalšou záťažou z osobného života, sociálneho i fyzikálneho okolia. Sestra, ktorá upadá do stavu vyhorenia, prežíva rad negatívnych citových stavov a ťažkých myšlienok. Cíti sa telesne a emocionálne vyčerpaná a „unavená až na smrť“, smutná, preťažená starosťami, plná beznádeje a pesimizmu.

K všeobecným symptómom patrí:

- mimoriadne veľká únava;
- negatívne sebahodnotenie a nízka miera sebaúcty vyplývajúce z pocitov zníženej profesionálnej kompetencie;
- porucha koncentrácie pozornosti;
- dráždivosť a negativizmus;
- príznaky stresu pri absencii organického ochorenia (Nôtová, Paleníková, 2003, s. 222).

Syndróm vyhorenia nie je samostatným javom, ale je do určitej miery výsledkom pozvoľného procesu, ktorý má nasledujúce fázy:

„nultá fáza „: sestra pracuje čo najlepšie, snaží sa, napriek tomu má pocit, že požiadavkám nie je možné vyhovieť a jej snaha nie je dostatočne ohodnotená;

1. fáza: pocit, že sestra nič nestíha, jej práca začína strácať systém;

2. fáza: vyskytujú sa symptómy neurózy spolu s pocitom, že sestra stále musí niečo robiť, pričom výsledkom je chaotické konanie;

3. fáza: pocit, že niečo „musí“ byť urobené mizne a nahrádza ho opačný pocit, že nemusí nič, už samotná prítomnosť druhých ľudí sestru dráždi, pridružuje sa strata akéhokoľvek nadšenia a záujmu, prevláda únava, sklamanie a vyčerpanie (<http://sk.wikipedia.org>, [2008-01-06]).

Je dôležité oddeliť fyzickú vyčerpanosť, ktorá sa prejavuje nedostatkom energie, únavou chronického charakteru, bolesťami hlavy, bolesťami chrbta, rôznymi poruchami spánku a podobne, od syndrómu vyhorenia. Fyzická únava z práce po odpočinku prejde. V prípade vyhorenia sa únava prežíva inak, je spojená s pocitom zlyhania a nestačí pri nej iba oddych (Gážiova, 2004, s. 44).

### 3 Liečebne dlhodobo chorých

Liečebňa dlhodobo chorých je samostatným zdravotníckym zariadením, v ktorom sa poskytuje liečebno-preventívna starostlivosť pacientom, ktorých stav si nevyžaduje intenzívne vyšetrenie, vyžaduje si však liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností (Poledníková, 2006, s. 18).

Súčasťou liečebne dlhodobo chorých môže byť aj hospic alebo oddelenie paliatívnej starostlivosti. Do tohto typu zariadenia sa prijímajú dospelý s chronickými chorobami bez ohľadu na vek, prevažne sú to však geriatrický pacienti.

Pre chronicky chorého je charakteristické, že:

- trpí manifestnou poruchou jedného alebo viacerých systémov, pre chorobu mení svoje zvyčajné aktivity;
- mení interakcie s rodinou, priateľmi, so spoločnosťou;
- nie je schopný predstaviť si riešenie situácie v dohľadnom čase;
- pokúša sa o kompenzáciu a obmedzenie psychickej záťaže;
- z neúspešného pokusu o získanie fyzickej a psychickej rovnováhy trpí pocitom napätia, sebaobviňovania, zúfalstva a podobne.

Výskyt chronických problémov sa vekom výrazne zvyšuje. Približne 80% starých ľudí sa nachádza minimálne v jednej chronickej situácii a takmer polovica nie je schopná vykonávať niektoré aktivity denného života (Litomerický, 2003, s. 192).

#### 3.1 Charakteristika dlhodobej starostlivosti

Pojem dlhodobá starostlivosť vyjadruje poskytovanie zdravotnej i sociálnej starostlivosti po dlhšiu alebo dlhú dobu, poprípade ako trvalú starostlivosť. Z medicínskeho hľadiska sa dá povedať, že dlhodobá starostlivosť sa poskytuje po dobu až niekoľkých mesiacov, vyžaduje pravidelný lekársky dohľad a odbornú ošetrovateľskú starostlivosť. Táto starostlivosť je poskytovaná pacientom, ktorých základné diagnózy sú známe a stav nevyžaduje intenzívne vyšetrenie, ale vyžaduje liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností. Dôvodom k dlhodobej starostlivosti môže byť nepriaznivo prebiehajúce základné ochorenie, napríklad onkologické alebo kardiovaskulárne, ale v geriatrii každopádne ochorenie, sprevádzané komplikáciami. Za najväznejšie komplikácie, indikujúce dlhodobú starostlivosť, považujeme imobilitu a demenciu. Z ďalších syndrómov sú to najmä imobilizačný syndróm, vážne poruchy výživy, maladaptívny syndróm, opakované

ťažké infekcie, depresia, delírium, inkontinencia, retencia moča, obstipácia, poruchy spánku, poruchy termoregulácie, pády a úrazy, ortostatická hypotenzia, dekubity, slepota a hluchota a ďalšie (Hegyí, 2007, s. 54).

### 3.2 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých

Ošetrovateľská starostlivosť o dlhodobo chorého je veľmi náročná. Vedúcim motívom starostlivosti o dlhodobo chorých je čo najdlhšie udržať sebestačnosť a oddialiť alebo úplne vylúčiť odkázanosť na pomoc.

Sestry pracujúce v liečebniach dlhodobo chorých sú denne konfrontované s koncom života a s trápením, ktorý tento koniec sprevádza. Ošetrovanie zomierajúceho vyžaduje od sestier viac trpezlivosti a úsilia. Výskumy ukázali, že úmrtnosť v liečebniach dlhodobo chorých je približne trojnásobná oproti nemocniciam a že veľká časť poskytovaných služieb má charakter ošetrovania. Pacienti sú tu väčšinou ležiaci, prípadne ťažko pohybliví, vyžadujúci pomoc v základných oblastiach sebaopatery. Často trpia chronickou bolesťou, ktorá slabo reaguje na liečbu. Ich psychický stav je poznačený chorobou a vekom. Sestry musia pri ošetrovaní týchto dlhodobo chorých vynaložiť veľké fyzické a psychické úsilie. Pri malej obmene pacientov a pomaly postupujúcom zlepšovaní ich stavu, môžu pociťovať monotónnosť a malú úspešnosť vynaloženého úsilia. Veľký podiel činností, ktoré sa týkajú sebaobsluhy pacienta, môže u sestier vyvolať pocit nízkej odbornosti a stratu doterajších vedomostí a znalostí. Fyzická únava, spolu s malou odozvou chorých na ošetrovateľskú starostlivosť, znižuje motiváciu sestier zvyšovať svoju kvalifikáciu a sústavne sa vzdelávať. Často sa podceňuje psychická náročnosť práce sestier v liečebniach dlhodobo chorých. Pritom viacerí pacienti na týchto oddeleniach trpia depesiou, apatiou a sociálnou izoláciou. Je ťažké nájsť niečo, čo by týchto pacientov mohlo potešiť, nájsť spoločnú tému na rozhovor. V liečebniach je tiež určitá časť pacientov v pokročilom štádiu demencie, nekludných a agresívnych. U týchto pacientov je vyššie riziko úrazu, niekedy sú veľmi hluční, vyžadujú neustálu prítomnosť sestry, je s nimi náročná komunikácia, ošetrovateľské výkony u nich zaberajú oveľa viac času a je u nich nutná neustála kontrola. Ich ošetrovanie vyžaduje veľkú trpezlivosť a sebaovládanie sestier. Taktiež príbuzní dlhodobo chorých pacientov zasahujú v porovnaní s inými oddeleniami viac do ošetrovania (Nevařilová, 2006, s. 35-36).

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých sa premietajú aj do všetkých fáz ošetrovateľského procesu.

*Posudzovanie* predstavuje komplexné bio-psycho-sociálno-spirituálne zhodnotenie pacienta, rešpektuje všetky zvláštnosti veku a orientuje sa na jeho potreby, ktoré boli vekom

a chorobami modifikované, prípadne novovytvorené. Hlavnými metódami na zber údajov je rozhovor, pozorovanie a funkčné testovanie.

Výsledkom posudzovania je *diagnostický záver* - identifikácia ošetrovateľských problémov a formulovanie ošetrovateľskej diagnózy. Špecifickosť ošetrovateľských problémov je daná zmenami, výskytom viacerých chorôb súčasne, ktoré majú tendenciu sa ďalej komplikovať. V takejto situácii sa môže u jedného pacienta vyskytnúť viacero ošetrovateľských problémov, ktoré sú aktuálne, potencionálne, alebo majú permanentný charakter, vyžadujú si neustále sesterské intervenovanie. Tie viditeľné sa týkajú predovšetkým somatickej stránky dlhodobo chorého, súvisia s jeho schopnosťou pohybu, sebaopaterou pri aktivitách denného života, s výživou, vyprázdňovaním a pod. Tie ťažšie pozorovateľné, ale rovnako závažné sú prejavom straty istoty a bezpečia. Dlhodobo chorý trpí pocitmi úzkosti, strachu alebo ho ovláda smútok a beznádej. Problémy v sociálnej oblasti vystupujú do popredia v situáciách, keď je človek sám a opustený.

Pri *plánovaní* ošetrovateľskej starostlivosti sestra stanovuje ciele vzhľadom k ošetrovateľským diagnózam, ktoré bývajú zvyčajne dlhodobé, vzťahujú sa na celé obdobie hospitalizácie a pokračujú v následnej starostlivosti. Výber ošetrovateľských zásahov sa musí riadiť špecifikami dlhodobo chorých. Nesmú ich zaťažovať, musia rešpektovať ich fyzické možnosti, rokmi vypestované zvyky a individuálne osobitosti.

*Realizácia* naplánovaných ošetrovateľských intervencií má tiež svoje špecifiká. Častejšie si vyžaduje prítomnosť viacerých zdravotníckych pracovníkov. Medzi takéto činnosti patrí: polohovanie, hygienická starostlivosť, vysádzanie, rehabilitácia a pod. Do vlastnej realizácie môže sestra zapojiť aj členov rodiny pacienta, čo prispieva k atmosfére dôvery a zároveň je prípravou na kontinuitu starostlivosti po prepustení z liečebne.

Špecifikom *vyhodnotenia* býva zistenie, že zlepšenie je často nepatrné a vyžaduje si čas a trpezlivosť ako zo strany dlhodobo chorého a jeho rodiny, tak aj zo strany ošetrojúceho personálu (Poledníková, 2003, s. 89-90).

## PRAKTICKÁ ČASŤ

### 4 Kazuistika – ošetrovateľský proces u pacientky s imobilizačným syndrómom podľa modelu Gordonovej

**Kazuistika:** 81 ročná pacientka prijatá do Liečebne sv. Františka dňa 20. 9. 2007 ako plánovaný príjem s hlavnou medicínskou diagnózou Imobilizačný syndróm a vedľajšími diagnózami Arteriálna hypertenzia III št. WHO, ICHS nebolestivá forma, DM na diéte, Deformujúca artróza členkových kĺbov DK bilaterálne, Inkontinencia moču.

Pacientka už niekoľko rokov cítila slabosť dolných končatín, čo postupne vyústilo do imobilizačného syndrómu. Pacientka nie je schopný chôdze, ani sa postaviť. Bola prijatá z domu za účelom intenzívnej rehabilitačnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Do liečebne bola privezená sanitkou v sprievode dcéry.

#### IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE

Meno a priezvisko: J. P

Dátum prijatia: 20. 9. 2007

Dátum narodenia: 1926

Typ prijatia: plánované

Vek: 81 rokov

Oddelenie: LDCH

RČ: 26.....

Prijatie doporučil: MUDr. N. N.

Číslo poisťovne: 25- 61

Ošetrojúci lekár: MUDr. M. M.

Stav: vdova

Zamestnanie: dôchodkyňa

Štátna príslušnosť: SR

Národnosť: slovenská

Adresa bydliska a telefón: Bratislava

Adresa príbuzných (vzťah), číslo telefónu: dcéra, Bratislava

Dôvod prijatia udávaný pacientkou/klientkou: „Prišla som na preliečenie“.

Základná medicínska diagnóza: Imobilizačný syndróm.

Medicínske diagnózy vedľajšie: Arteriálna hypertenzia III št. WHO,

ICHS nebolestivá forma,

DM na diéte,



Deformujúca artróza členkových kĺbov bilaterálne,  
Inkontinencia moču.

### **ANAMNÉZA:**

#### ***Rodinná anamnéza***

Matka: zomrela ako 90 ročná na starobu.

Otec: zomrel ako 64 ročný na infarkt myokardu.

Súrodenci: má jednu sestru, ktorá sa lieči na vysoký TK a dvoch bratov, ktorí už zomreli.

Deti: má jednu dcéru a jedného syna, obaja sú zdraví.

#### ***Osobná anamnéza***

Prekonané a chronické ochorenia:

Recidivujúce infekcie močových ciest, DM na diéte, Artériová hypertenzia WHO III.

Hospitalizácie a operácie:

07. 2006 INT. ODD. FN- Ružinov, 08. 2006 ODCH- FN- Ružinov

Úrazy: neudáva.

Transfúzie: zatiaľ nemala.

Očkovania: bežné detské očkovania + tetanové očkovanie.

#### ***Lieková anamnéza***

Nitro-Mack retard 2,5 mg. 1-1- 0, Tralgit SR 100 mg. 1-1- 0, Digoxín 0, 125 mg. 1R (So, Ne – ex), Lucetam 1200 mg. 1-1- 0, Anopyrin 100 mg. 0-1- 0.

#### ***Alergologická anamnéza***

Pacientka neudáva alergiu na lieky, potraviny, ani chemické látky.

#### ***Abúzy***

Alkohol: „Neznášam alkohol“.

Fajčenie: „Nefajčím, ani som nikdy nefajčila“.

Káva: „Kávu nepijem“.

Lieky: neudáva.

Drogy: neudáva.

Iné: neudáva.

### ***Sociálna anamnéza***

Stav: vdova.

Bytové podmienky: býva v rodinnom dome spolu s dcérou a jej rodinou, domáce zvierá nemajú, v dome nie je výťah.

Vzťahy, roly a interakcie v rodine: vzťahy v rodine dobré, stará sa o ňu dcéra;  
mimo rodiny: navštevuje ju jedna dobrá priateľka.

### ***Pracovná anamnéza***

Vzdelanie: učňovské.

Pracovné zaradenie: dôchodkyňa, predtým pracovala ako pomocná robotníčka.

Čas pôsobenia, čas odchodu do dôchodku, akého: do starobného dôchodku odišla ako 56 ročná.

Ekonomické podmienky: dobré.

### **STAV PRI PRIJATÍ:**

TK : 130 / 80 mm Hg. – normotenzia

P : 78´- tvrdý, pravidelný

D : 19 / min. pravidelné eupnoe

TT : 36,4 °C- afebrilná

Vedomie: pri plnom vedomí

### **VNÍMANIE ZDRAVIA**

*Vnímanie zdravia:*

*Subjektívne* - „Je veľmi dôležité“.

*Objektívne* - vníma zdravie ako významnú hodnotu vo svojom živote.

*Vnímanie zdravotného stavu:*

*Subjektívne* - „Bolo by dobré, keby som mohla chodiť, ale už asi nikdy nebudem“.

*Objektívne* - realistické vnímanie zdravotného stavu.

*Prežívanie ochorenia a reakcia na ochorenie:*

*Subjektívne* - „Čo sa dá robiť, i keď doma je vždy lepšie“.

*Objektívne* - primeraná reakcia na ochorenie, má záujem o informácie o chorobe.

*Reakcia na hospitalizáciu:*

*Subjektívne* - „Tu sa o mňa dobre starajú a dcéra si oddýchne“.

*Objektívne* - reakcia na hospitalizáciu primeraná, bez prejavov hospitalizmu a maladaptácie, pacientka spolupracuje pri liečbe.

*Adaptácia na ochorenie:*

*Subjektívne* - „Už som si zvykla, lebo som už bola v nemocnici“.

*Objektívne* - realistická adaptácia, obdobie aktívnej adaptácie.

## **VÝŽIVA A METABOLIZMUS**

Výška : 165 cm

Hmotnosť : cca 60 kg

*Stravovanie:*

*Subjektívne - doma:* „, Jest' mi chutí, kvôli cukrovke mám diétu a najradšej mám koláče“.

- *v nemocnici:* „Zjem všetko čo mi prinesú“.

*Objektívne* - naordinovaná diéta číslo 9N – diabetická nesolená, výživa primeraná, pri príjme potrava je pacientka samostatná, ak je strava vopred pripravená.

*Príjem tekutín:*

*Subjektívne - doma:* „Doma pijem najviac čaj a minerálky, asi liter“.

- *v nemocnici:* „Najradšej mám džús zmiešaný s Korytnicou. Vypijem asi dva litre“.

*Objektívne* - sliznice dutiny ústnej vlhké, jazyk bez povlaku, pacientka vypije 2000 – 2500 ml tekutín denne.

*Koža:*

*Subjektívne* - „S kožou nemám problémy“.

*Objektívne* - koža anikterická, bez cyanózy, čistá, turgor kože primeraný veku, vlasy šedivé, nechty dlhé, neostrihané, ružové bez cyanózy.

*Chrup:*

*Subjektívne* - „Mám protézu, ale veľmi ju nepoužívam“.

*Objektívne* - obojstranná zubná protéza

## **VYLUČOVANIE**

*Močenie:*

*Subjektívne - doma:* „Už dva roky mám zavedenú hadičku, lebo nedokážem udržať moč“.

- *v nemocnici:* „Cikám cez hadičku“.

*Objektívne* - moč jantárovo žltej farby, bez patologického zápachu, pH 5,5, glukóza +, ostatné hodnoty negatívne. Pacientka má zavedený permanentný katéter č. 18 s poslednou výmenou na urologickej ambulancii dňa 12. 9. 2007.  
Denná diuréza 1800 – 2000 ml moča.

*Stolica:*

*Subjektívne - doma:* „Mám problém ísť na záchod“.

- *v nemocnici:* „Stolicu som mala asi pred štyrmi dňami. Keď mám ísť na záchod, veľmi ma to bolí“.

*Objektívne* - posledná stolica v druhý deň hospitalizácie 22.9.07, hnedej farby a tuhej konzistencie. Pacientka pociťuje bolesť pri defekácií, máva zápchu.

*Potenie:*

*Subjektívne* - „Nejako veľmi sa nepotím“.

*Objektívne* - potenie v norme

## **AKTIVITA – CVIČENIE**

*Cvičenie:*

*Subjektívne - doma:* „Už asi dva roky nemôžem chodiť, nedokážem sa ani postaviť, snažím sa sama cvičiť na posteli“.

- *v nemocnici:* „Aj tu cvičím a pomáha mi pri tom sestrička“.

*Objektívne* - pacientka je imobilná, snaží sa cvičiť v rámci možností na posteli

*Aktívny/ pasívny odpočinok:*

*Subjektívne - doma:* „Najlepšie si odpočiniem pri počúvaní rádia a čítaní“.

- *v nemocnici:* „Čas si krátim rozhovormi s ostatnými pacientka a počúvam rádio“.

*Objektívne* - pacientka je komunikatívna, na stolíku má zapnuté rádio.

*Denné aktivity:*

*Subjektívne - doma:* „Už dva roky sa o mňa stará dcéra“.

- *v nemocnici:* „Neviem sama skoro nič urobiť“.

*Objektívne* - Barthelov test 20 bodov – závislosť ťažkého stupňa v hygiene, obliekaní a čiastočne i pri stravovaní.

*Hygiena:*

*Subjektívne - doma:* „Starala sa o mňa moja dcéra“.

- *v nemocnici:* „Ráno ma sestrička poumýva a včera som bola aj v sprche“.

*Objektívne* - hygienu vykonáva ošetrojúci personál

## **SPÁNOK –ODPOČINOK**

*Subjektívne - doma:* „Doma spávam dobre“.

- *v nemocnici:* „Tu sa často budím, lebo suseda vykrikuje zo sna a toto nie je moja posteľ“.

*Objektívne-* pacientka spí aj počas dňa, prítomné známky ospalosti.

## **POZNÁVANIE- VNÍMANIE**

*Sluch:*

*Subjektívne -* „Už aj slabšie počujem“.

*Objektívne -* pacientka orientačne počuje horšie.

*Zrak:*

*Subjektívne -* „Používam okuliare na čítanie“.

*Objektívne -* zrak s kompenzačnou pomôckou – okuliarami 2 dioptrie na blízko..

*Orientácia a vedomie:*

*Subjektívne -* „Niekedy cítim bolesť celého tela“.

*Objektívne -* vedomie plné, jasné. Orientácia v čase, priestore a osobách dobrá.

Komunikačná schopnosť dobrá, bez dysfagických a dysartrických ťažkostí.

Porucha motoriky na oboch horných končatinách. Pacientka udáva bolesti celého tela.

*Nálada:*

*Subjektívne -* „Som vd'ačná za všetko“.

*Objektívne -* bez poruchy nálady.

*Pamäť:*

*Subjektívne -* „Na dávnejšie veci si pamätám veľmi dobre, s novšími informáciami je to horšie“.

*Objektívne -* staropamäť bez poruchy pamätania a vybavovania, čiastočná porucha zapamätávania nových udalostí, prevládajúci typ: názorná pamäť.

*Myslenie:*

*Objektívne-* reálne, logické a spomalené myslenie, prevládajúci druh myslenia – praktické myslenie.

## **VNÍMANIE SEBA – PREDSTAVA O SEBE**

*Sebahodnotenie:*

*Subjektívne* - „Som len taký obyčajný človek“.

*Objektívne* - pacientka vníma svoje telo i osobnosť pozitívne, javí sa ako flegmatik, introvert, emocionálne stabilný typ osobnosti.

## **ROLA – VZŤAHY**

*primárna rola:* 81 ročná žena;

*sekundárne role:*

*Subjektívne* - „Rodina je pre mňa veľmi dôležitá“.

*Objektívne* - matka, ktorej hospitalizácia neumožňuje plniť svoje role.

*terciárne role:*

*Subjektívne* - „Tu tiež môžem počúvať rádio“.

*Objektívne* - v liečebni môže pacientka realizovať svoju záľubu.

*Sociálne interakcie:*

*Subjektívne* - „Dcéra príde na návštevu dvakrát do týždňa, ale radšej by som bola doma“.

*Objektívne* - hospitalizácia obmedzila kontakt pacientky s rodinou len na návštevné hodiny .

## **REPRODUKCIA – SEXUALITA**

*Subjektívne* - „Nemám žiadne problémy, musím o tom hovoriť?“

*Objektívne* - pacientka nepriamo sa odmietla k tejto téme vyjadrovať.

## **PRISPÔSOBOVANIE SA – ODOLÁVANIE STRESU**

*Subjektívne* - „Mám niekedy strach, aby sa to všetko ešte nezhoršilo, ale keď to na mňa príde, pustím si rádio alebo televízor, alebo začnem si niečo pekné čítať“.

*Objektívne* - pacientka verbalizuje strach z vývoja svojho ochorenia. Strach a napätie kompenzuje počúvaním rádia, sledovaním televízie, čítaním románov.

## **HODNOTOVÁ ORIENTÁCIA – NÁBOŽENSKÉ PRESVEDČENIE**

Vierovyznanie: rímsko – katolícke.

*Subjektívne* - „Odkedy nemôžem chodiť, nechodím do kostola, ale počúvam omšu v rádiu a pravidelne sa modlím. Viem, že ma môže navštíviť kňaz, aj to, že mi môže priniesť sväté prijímanie“.

*Objektívne* - pacientka bola informovaná o možnosti duchovnej služby.

## **Informácie z ordinácie lekára dôležité pre sestru**

*Diagnostické metódy a postupy, sledovania:*

TK 1x denne, TT 2x denne, bandáž dolných končatín.

*Liečba:*

diéta: 9N,

medikamentózna: Anopyrin 100mg. 0-1-0, Nitromack 1-1-0, Lucetam 1200mg. 1-1-0, Digoxin 0,125mg. 1R ( So., Ne. – ex), Duphalac 2x týždenne 10 ml. p.p

Pohybový režim: imobilný

Rehabilitácia: na posteli

## **SITUAČNÁ ANALÝZA zo dňa 22. 9. 2007**

81 ročná pacientka, dôchodkyňa, prijatá do Liečebne sv. Františka ako plánovaný príjem s hlavnou medicínskou dg. Imobilizačný syndróm a vedľajšími dg.: Deformujúca artróza členkových kĺbov bilaterálne, Arteriálna hypertenzia III št. WHO, ICHS nebolestivá forma, DM na diéte a Inkontinencia moču. Pacientka udáva: „Prišla som na preliečenie“.

V tretí deň hospitalizácie pacientka verbalizuje strach z vývoja svojho ochorenia. Podľa Barthelovho testu bežných denných činností dosiahla skóre 20 bodov, čo je závislosť ťažkého stupňa. Pacientka potrebuje pomoc pri osobnej hygiene, kúpaní, obliekaní a pri stravovaní. V súvislosti s rušivým vplyvom spolupacientky a zmenou domáceho prostredia za nemocničné, verbalizuje nedostatok spánku, spí počas dňa a pôsobí ospalým dojomom. Pacientka nie je schopná chôdze, postavenia, je prítomná porucha motoriky v horných končatinách. Niekedy pociťuje bolesti celého tela. Vzhľadom k hospitalizácii pacientka verbalizuje nedostatok kontaktu so svojou dcérou. Pociťuje bolesť pri defekácií, máva zápchu s tvrdou formovanou stolicou.

Pacientka je ohrozená rizikom úrazu v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti, rizikom infekcie v súvislosti so zavedeným PK. Taktiež je ohrozená rizikom narušenej kožnej integrity v súvislosti s imobilizáciou.

## **Stanovenie sesterských diagnóz a ich usporiadanie podľa priorit:**

### *Aktuálne sesterské diagnózy*

- 1. Deficit sebaopatery pri stravovaní (00102)** v súvislosti s poruchou motoriky v horných končatinách, prejavujúci sa neschopnosťou pacientky samostatne sa najesť.
- 2. Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene (00108)** v súvislosti s imobilitou, prejavujúci sa neschopnosťou pacientky samostatne sa umyť.
- 3. Deficit sebaopatery pri obliekaní a úprave zovňajšku (00109)** v súvislosti s imobilitou, prejavujúci sa zníženou úrovňou sebaopatery pri obliekaní.
- 4. Narušený spánok (00095)** v súvislosti s rušivým vplyvom spolupacientky a zmenou domáceho prostredia za nemocničné, prejavujúci sa verbalizáciou nedostatku spánku, spánkom počas dňa a známkami ospalosti.
- 5. Zápcha (00011)** vo vzťahu k neadekvátnej fyzickej aktivite, prejavujúca sa tvrdou formovanou stolicou a bolesťou pri defekácií.
- 6. Chronická bolesť (00133)** celého tela v súvislosti s dlhotrvajúcou nepohyblivosťou pacientky, prejavujúca sa verbalizáciou ťažkostí a zaujímaním úľavovej polohy.
- 7. Zhoršená pohyblivosť (00085)** v súvislosti s deformujúcou artrózou členkových kĺbov DK, prejavujúca sa neschopnosťou chôdze ani postavenia sa.
- 8. Strach (00148)** z vývoja ochorenia v súvislosti s možným zhoršením zdravotného stavu, prejavujúci sa verbalizáciou pacientkiných obáv.
- 9. Sociálna izolácia (00053)** v súvislosti s hospitalizáciou, prejavujúca sa verbalizáciou nedostatku kontaktu s dcérou.

### *Potencionálne sesterské diagnózy*

- 10. Riziko úrazu (00038)** v súvislosti s poruchou telesnej hybnosti.
- 11. Riziko infekcie (00004)** v súvislosti s zavedeným PK.
- 12. Riziko narušenia integrity kože (00047)** v súvislosti s imobilitou.



### *Riešenie sesterských diagnóz*

**Sesterská diagnóza č. 2:** Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene (00108) v súvislosti s imobilitou, prejavujúci sa neschopnosťou pacientky samostatne sa umyť.

**Cieľ:** pacientka dosiahne maximálnu mieru sebaopatery pri kúpaní a hygiene.

**Priorita:** stredná

#### **Výsledné kritériá:**

- pacientka popisuje faktory, ktoré jej bránia, aby sa stala sebestačnou do 2 dní;
- pacientka plne využíva všetky svoje telesné i duševné rezervy do 5 dní;
- pacientka sa aktívne zúčastňuje na vykonávaní aktivít denného života do 6 dní.

#### **Plán ošetrovateľských intervencií: zo dňa 22. 9. 2007:**

- ihneď posúdiť a zaznamenať stupeň závislosti v aktivitách denného života podľa dostupných škál (Barthel) – sestra;
- ihneď zabezpečiť bezpečnosť pacientky pri hygienickej starostlivosti s cieľom prevencie úrazu – sestra;
- dbať, aby pacientka čo najviac starostlivosti o seba vykonávala sama – celý oš. tím;
- dopraj pacientke dostatok času na vykonávanie starostlivosti o seba- celý oš. tím;
- pochváľ pacientku hneď ako skončí starostlivosť o seba- celý oš. tím;
- využívaj všetky podporné pomôcky (hrazdička, zábrany), uprav prostredie, v ktorom pacientka žije – sestra, sanitár;
- dvakrát týždenne zabezpečiť pomoc pacientke pri sprchovaní a každý deň toaletu – sestra, sanitár;
- podľa ordinácie lekára zabezpečiť konzultáciu s fyzioterapeutom- sestra;
- denne spolupracuj s fyzioterapeutom – sestra;
- pomôž pacientke vykonať si hygienu večer pred spaním – sestra, sanitár;

Plán intervencií zostavila: Iveta Humeníková

#### **Realizácia dňa 22. 9. 2007**

7,30 - posúdenie stupňa závislosti Barthelov test 20 bodov – závislosť ťažkého stupňa. I. H.

8,00 - pomoc pacientke z postele, úprava postele, transport pacientky na vozíku do sprchy - pacientka je osprchovaná vyjadruje spokojnosť, cíti sa svieža. I.H., J.K.

- 10,00 - posteľ pacientky doplnená o hrazdičku a zábranu na pravú stranu. J.K.
- 13,00 - rozhovor s pacientkou, pochvala a povzbudenie pri opätovnom nadobúdaní stratených funkcií tela – pacientka sa usmievala. I.H.
- 14,30 - rehabilitačné konzílium – naordinované pasívne cvičenia na rozsah pohybov dvakrát denne. S.V.
- 19,00 - vykonaná toaleta na posteli, pacientka si sama umyla zubnú protézu. J.K.

### **Realizácia dňa 23. 9. 2007**

- 7,00 - toaleta pacientky na posteli, výmena osobného prádla – pacientka verbalizuje spokojnosť I. H.
- 11,00 - rozhovor s pacientkou, pochvala a povzbudenie k sebestačnosti – pacientka sa usmievala. I. H.
- 13,00 - rozhovor zameraný na zistenie príčin ktoré jej bránia byť sebestačnou – je to najmä deformácia kĺbov a kontraktúry dolných končatín. I. H.
- 14,00 - po dohovore so staničnou sestrou pacientke zabezpečená nižšia posteľ – pacientka verbalizuje spokojnosť. S.V.
- 19,00 - vykonaná večerná toaleta, pacientka sa aktívne zapájala do činností s ňou súvisiacich. D.P.

### **Hodnotenie zo dňa 27. 9. 2007 po 6 dňoch.**

Pacientka popisuje faktory, ktoré jej bránia pri sebaopatre. V rámci svojich možností sa zúčastňuje na starostlivosti o seba. Pri hygienickej starostlivosti a kúpaní je nutné naďalej jej pomáhať. Cieľ bol čiastočne splnený a vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Iveta Humeníková

**Sesterská diagnóza č. 4:** Narušený spánok (00095) v súvislosti s rušivým vplyvom spolupacientky a zmenou domáceho prostredia za nemocničné, prejavujúci sa verbalizáciou nedostatku spánku, spánkom počas dňa a známkami ospalosti.

**Cieľ:** pacientka dosiahne plnohodnotný spánok prinášajúci oddych.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritéria:**

- pacientka zaspáva do 30 minút po uložení sa do postele do 3 dní;
- pacientka spí najmenej 6 hodín bez prerušenia do 2 dní;
- pacientka sa zobúdzá oddýchnutá do 2 dní;
- pacientka opisuje faktory, ktoré jej bránia spať, alebo jej skracujú spánok do 2 hodín.

**Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 22. 9. 2007**

- ihneď zisti príčinu nespavosti pacientky- sestra;
- zabezpeč pokojné prostredie a obmedz rušivé vplyvy – sestra;
- vyvetraj izbu vždy pred uložením sa pacientky na spánok – sanitár;
- uprav posteľ pred spaním, pomôž pacientke vykonať si hygienu večer pred spaním – sestra, sanitár;
- zabezpeč pohodu a relaxáciu – pohodlné nočné oblečenie, masáž chrbta, vhodnú polohu, vyprázdnenie pacientky – sestra, sanitár;
- odporuč pacientke, aby nespávala počas dňa a zamestnávaj ju aktivitami počas dňa – sestra;
- konzultuj stav pacientky s lekárom – sestra;
- podávaj hypnotiká podľa ordinácie lekára a sleduj ich účinok, upozorni pacientku na vedľajšie účinky a riziko závislosti – sestra.

Plán intervencií zostavila: Iveta Humeníková

**Realizácia zo dňa 22. 9. 2007**

7,30 - rozhovor zameraný na zistenie príčin nespavosti pacientky – pacientka nemôže spať, pretože nie je zvyknutá na nemocničné prostredie a vyrušovanie počas noci. I.H.

9,00 - pacientke odporučené, aby nespávala počas dňa, pacientka si požiadala knihu na čítanie. I.H.

11,00 - po konzultácii s lekárom bol pacientka preložená na inú izbu. S.V., I. H.

19,00 - večer pred spaním vyvetraná izba, vykonaná toaleta na posteli + masáž chrbta Mentol – Alkoholom. J.K.

### **Realizácia zo dňa 23. 9. 2007**

7,45 - rozhovor zameraný na kontrolu kvality spánku – pacientka verbalizuje zlepšenie kvality spánku, zobudila sa iba 1x za noc. I.H.

13,30 - aktivizácia pacientky- pacientka sledovala v spoločenskej miestnosti televízny program. S.V.

18,30 - na posteli vykonaná masáž chrbta Mentol – Alkoholom. D.P.

19,30 - večer pred spánkom zabezpečené nočné svetlo, zatvorené dvere, umiestnenie signalizačného zariadenia tak, aby sa dalo ľahko dočiahnuť. D.P.

### **Hodnotenie zo dňa 23. 9. 2007 po 2 dňoch.**

Pacientka voľne popisuje faktory, ktoré jej bránia spať. Po preložení na inú izbu pacientka prespí 6 hodín bez prerušenia. Pacientka verbalizuje spokojnosť s kvalitou spánku. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Iveta Humeníková

**Sesterská diagnóza č. 5:** Zápcha (00011) vo vzťahu k neadekvátnej fyzickej aktivite, prejavujúca sa tvrdou formovanou stolicou a bolesťou pri defekácií.

**Ciel':** pacientka si obnoví pravidelnosť stolice.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritériá:**

- pacientka nemá pocity bolesti ani nadmernej námahy pri defekácií do 3 dní;
- pacientka vie vymenovať päť potravín bohatých na vlákniiny 4 hod.;
- pacientka vyjadruje spokojnosť so súčasnými defekačnými návykmi do 2 dní;
- pacientka prijíma stravu so zvýšeným objemom vlákniiny do 1 dňa.

**Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 22. 9. 2007**

- počas dňa zisti stravovacie zvyklosti pacientky – sestra;
- počas dňa pouč pacientku o potrebe zvýšeného príjmu vlákniiny – sestra;
- ihneď vysvetli pacientke nutnosť zvýšenej fyzickej aktivity – sestra;
- nauč pacientku počas hospitalizácie kroky k prevencii zápchy (masírovanie brucha, polohovanie, ráno na lačno užiť teplú vodu)- sestra;
- počas celej hospitalizácie zabezpeč hydratáciu pacientky – sestra;
- sleduj každý deň vyprázdňovanie - farbu, množstvo, konzistenciu, frekvenciu stolice a zaznamenávaj stolicu do dekurzu – sestra;
- hneď pouč pacientku pri sťaženej defekácií o správnej životospráve- kompóty, ovocné šťavy- sestra;
- podľa ordinácie lekára aplikuj laxatíva, čapíky alebo klyzmu a sleduj ich účinok – sestra.

Plán intervencií zostavila: Iveta Humeníková

**Realizácia zo dňa 22. 9. 2007**

9,30- rozhovor zameraný na zistenie stravovacích zvyklostí pacientky – pacientka preferuje múčne jedlá. I.H.

9,40 - rozhovor zameraný na potrebu zvýšeného príjmu vlákniiny a potrebu pohybu – pac. verbalizovala pochopenie. I.H.

11,00 - počas celého dňa pacientke ponúkané tekutiny – pacientka vypije na jeden raz polovicu pohára – 100 ml. J.K:

12,45 - konzultácia stavu s lekárom – lekár naordinoval 10ml. Duphalacu na lačno 2x týždenne. I.H.

15,30 - rozhovor s dcérou pacientky o vhodnosti priniesť pacientke potraviny, ktoré podporujú defekáciu. I.H.

### **Realizácia zo dňa 23. 9. 2007**

8,20 - pacientke ponúknutý pohár teplej vody a 10ml. Duphalacu – pacientka užila ponúknutý liek. I.H.

11,00 - pacientke ponúkané tekutiny – pacientka vypila jeden pohár minerálky s džúsom – 200 ml. I.H.

12,20 - pacientke ponúknutý čerešňový kompót, ktorý priniesla jej dcéra – pacientka zjedla celú misku kompótu. I.H.

13,00 - pomoc pacientke pri použití prenosného WC – stolica je tuhej konzistencie, hnedej farby, primeraného množstva. S.V.

13,30 - záznam stolice do dekurzu a teplotnej tabuľky. S.V.

### **Hodnotenie: zo dňa 28. 9. 2007 po 7 dňoch.**

Pacientka nepociťuje bolesť pri defekácií, vie vymenovať päť potravín, ktoré podporujú defekáciu. Podľa ordinácie lekára užíva 2x do týždňa 10ml Duphalacu. Stolica je formovaná, hnedej farby. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných aktivitách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Iveta Humeníková

**Sesterská diagnóza č. 11:** Riziko infekcie (00004) v súvislosti s zavedeným permanentným katétrom.

**Cieľ:** pacientka predíde riziku vzniku infekcie močových ciest.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritériá:**

- pacientka pozná všetky príznaky infekcie močových ciest do 1 hodiny;
- pacientka má dennú diurézu od 1500 – 2000 ml;
- pacientka má hodnoty TT v fyziologickom rozmedzí počas času zavedenia PK.

**Plán ošetrovateľských intervencií zo dňa 22.9. 2007**

- 1x denne vykonaj hygienickú starostlivosť genitálií vlažnou vodou a mydlom – sestra, sanitár;
- hneď vysvetli pacientke, aby oznámila prípadné pálenie alebo bolesť pri močení – sestra;
- 1x za týždeň vyšetri moč chemicky – sestra;
- počas celého dňa zabezpeč dostatočnú hydratáciu pacientky – celý ošetrovateľský tím;
- podľa ordinácie lekára sleduj 24 hodinovú diurézu – sestra;
- v prípade potreby zabezpeč preplach močového katétra FR – sestra;
- pokles diurézy oznám lekárovi a podľa jeho ordinácie podávajú pacientke infúzne roztoky – sestra.

Plán intervencií zostavila: Iveta Humeníková

**Realizácia zo dňa 22. 9. 2007**

8.00 - pomoc pacientke zísť z postele, úprava postele, transport pacientky na vozíku do sprchy – pacientka je osprchovaná, vyjadruje spokojnosť, cíti sa sviežo. I.H., J.K.

9,00 - rozhovor zameraný na poučenie pacientky a vysvetlenie, aby oznámila prípadné pálenie alebo bolesť pri močení. I.H.

11.30 - vyšetrený moč chemicky- pH 5,5. I.H.

16,00 - TT : 36,6 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky. S.V.

18,30 - kontrola diurézy – denná diuréza 1900 ml moču. J.K.

### **Realizácia zo dňa 23. 9. 2007**

6,30 - TT: 36,4 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky. J.K.

7,00 - toaleta pacientky na posteli, výmena osobného prádla – pacientka verbalizuje spokojnosť. I.H., S.V.

11,00 - pacientke ponúkané tekutiny – pacientka vypila jeden pohár minerálky s džúsom. I.H.

16,10 - TT: 36,6 °C, zaznamenanie do teplotnej tabuľky. S.V.

18,30 - kontrola diurézy – denná diuréza 1800 ml. D.P.

19,00 - toaleta genitálu na posteli + masáž chrbta Mentol – Alkoholom. D.P.

### **Hodnotenie zo dňa 23. 9. 2007 po 2 dňoch.**

Pacientka má hodnoty TT vo fyziologickom rozpätí, pozná prípadné prejavy infekcie močových ciest. Denná diuréza bola počas dvoch predchádzajúcich dní 1900 ml a 1800ml, pH moču 5,5. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pretrvávajúcu hospitalizáciu je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala: Iveta Humeníková



**Sesterská diagnóza č.12:** Riziko narušenia integrity kože (00047) v súvislosti s imobilitou.

**Cieľ:** pacientka predíde riziku narušenia kožnej integrity.

**Priorita:** stredná

**Výsledné kritériá:**

- pacientka používa správnu techniku polohovania a používa pomôcky na prevenciu dekubitov do 2 dní;
- pacientka pri prepúšťaní z nemocnice nemá nijaké začervenenie ani podráždenie kože v oblasti predilekčných miest;
- pacientka používa 2 metódy na zníženie tlaku na predilekčných miestach do 2 dní.

**Plán intervencií zo dňa 22. 9. 2007**

- vysvetli pacientke význam pravidelnej starostlivosti o kožu pri prevencii problémov- sestra;
- vysvetli pacientke dôležitosť častej zmeny polohy v prevencii narušenia kože- sestra;
- pomáhaj pacientke pri vykonávaní hygienickej starostlivosti, odporuč jej používať jemné mydlá, dôkladne, ale jemne vysušiť pokožku a používať hydratačné mlieko – sestra, sanitár;
- pravidelne kontroluj povrch kože, aktívne pátraj po začervenaných alebo bledších miestach, ihneď aplikuj liečbu ordinovanú lekárom- sestra;
- premasíruj jemne ohrozené miesta, pri manipulácii s pacientkou sa vyhýbaj treniu – sestra, sanitár;
- pravidelne polohuj pacientku podľa polohovacieho plánu, povzbudzuj ju k spolupráci – sestra, sanitár;
- udržiuj posteľ pacientky čistú, suchú, dbaj na čistú a suchú osobnú bielizeň- sanitár;
- zabezpeč pacientke antidekubitové pomôcky a vysvetli ich význam – sestra, sanitár.

Plán intervencií zostavila: Iveta Humeníková

**Realizácia zo dňa 22. 9. 2007**

8,00 - pomoc pacientke vstať z postele, úprava postele, transport pacientky na vozíku do sprchy – aktívne vyhľadávanie začervenaných alebo bledších miest – pacientka nemá narušenú kožnú integritu, vyjadruje spokojnosť, cíti sa sviežo. I.H., S.V.

9,00 - rozhovor zameraný na význam pravidelnej starostlivosti o kožu pri prevencii problémov. I.H.

9,10 - rozhovor zameraný na dôležitosť častej zmeny polohy v prevencii narušenia kože-  
pacientka verbalizovala pochopenie. I.H.

9,10 - aktívna pomoc pacientke pri zmene polohy – pacientka leží na ľavom boku. S.V.

11,30 - posteľ doplnená o antidekubitový matrac a hrazdu. I.H.

11,45 - príprava pacientky na obed – pacientka sedí na posteli. I.H.

13,30 - zmena polohy pacientky - pacientka leží na pravom boku. S.V.

### **Realizácia zo dňa 23. 9. 2007**

7,00 - toaleta pacientky na posteli, výmena osobného prádla a aktívne vyhľadávanie  
začervenaných alebo bledších miest – pacientka nemá narušenú kožnú integritu a  
verbalizuje spokojnosť s polohou. I.H., S.V.

9,00 - aktívna pomoc pacientke pri zmene polohy, pacientka je polohovaná na ľavom boku.  
S.V.

11,30 - príprava pacientky na obed – pacientka sedí na posteli. I.H.

13,30 – pacientka vysadená do vozíka , aktivizácia pacientky - pacientka sledovala  
v spoločenskej miestnosti televízny program. I.H., S.V.

### **Hodnotenie zo dňa 27. 9. 2007 po 6 dňoch.**

Pacientka aktívne spolupracuje pri zmene polohy a využíva hrazdu na zmenu polohy.  
Pacientka chápe význam častej zmeny polohy. Do dňa hodnotenia pacientka nemá  
začervenanie ani podráždenie kože. Cieľ bol splnený, ale vzhľadom na pokračujúcu  
hospitalizáciu je nutné v naplánovaných intervenciách pokračovať.

Hodnotenie vykonala Iveta Humeníková

### **Celkové hodnotenie zo dňa 2. 10. 2007 po 12 dňoch hospitalizácie.**

U pacientky sa zlepšila sebestačnosť o 5 bodov v Barthelovom teste, ale stále je to ťažký stupeň závislosti. Narušený spánok zo zmeneného prostredia a rušivých vplyvov spolupacientky sa po preložení pacientky na inú izbu upravil, pacientka spí v noci bez prebudenia 6 hodín. Strach z vývoja ochorenia sa čiastočne vytratil. Vitálne funkcie a hodnoty TT boli vo fyziologickom rozpätí, hodnota glykémie bola stabilizovaná. Počas doterajšej hospitalizácie nebol zaznamenaný výskyt infekcie a úraz sa taktiež nestal. Do dňa hodnotenia pacientka nemá začervenanú ani podráždenú kožu v oblasti predilekčných miest. Po úprave stravy a rehabilitácií na posteli máva pacientka každé 2 dni stolicu a po týždni nebolo potrebné podávať Duphalac 10ml. 2x týždenne. Po rozhovore s dcérou, dcéra prisľúbila častejší kontakt so svojou matkou. Na bolesť bol pacientke naordinovaný Novalgin 500mg - 1 tabletku podľa potreby. Po vykonávaní dvojfázovej rehabilitačnej starostlivosti došlo k čiastočnému zlepšeniu pohyblivosti v dolných končatinách. Hospitalizácia je plánovaná na 21 dní a potom má byť pacientka prepustená do domácej starostlivosti, ktorú jej poskytne dcéra.

Naplánované intervencie boli vhodne zvolené, správne realizované a účinné.

Celkové hodnotenie vykonala: Iveta Humeníková

## 5 Prieskum

### 5.1 Vymedzenie problému

Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov v liečebniach dlhodobo chorých je fyzicky aj psychický náročná. Vyžaduje od sestier nielen odborné znalosti, ale tiež osobné zaangažovanie a ochotu. Aj keď kvalitná ošetrovateľská starostlivosť závisí v prvom rade od sestier, nedá sa vykonávať bez dostatočného personálneho a materiálneho vybavenia.

Na základe teoretických východísk sme sformulovali problém: Aká je úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti v liečebniach dlhodobo chorých vzhľadom k zaťaženiu sestier?

### 5.2 Ciele

Cieľom nášho prieskumu bolo:

- zistiť dôvody fyzickej záťaže sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých z pohľadu sestier;
- zistiť dôvody psychickej záťaže sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých z pohľadu sestier;
- posúdiť odraz ošetrovateľskej starostlivosťou poskytovanej metódou ošetrovateľského procesu na úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti v súčasných podmienkach zdravotníctva z pohľadu sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých;
- posúdiť vplyv preťaženia sestier na úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestier.

### 5.3 Hypotézy

Podľa zámeru nášho prieskumu sme stanovili nasledujúce hypotézy:

*Hypotéza 1:* Predpokladáme, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne fyzicky zaťažená, pretože prevažná časť hospitalizovaných pacientov je imobilná a na oddeleniach chýba potrebné personálne a technické vybavenie.

*Hypotéza 2:* Predpokladáme, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne psychicky zaťažená, pretože pracujú v časovom strese a nemajú možnosť si dostatočne oddýchnuť.

*Hypotéza 3:* Predpokladáme, že ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zvýšila úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pretože posúva sestru bližšie k pacientovi a jeho potrebám.

*Hypotéza 4:* Predpokladáme, že preťaženosť sestier negatívne ovplyvňuje úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pretože u preťažených sestier sa zvyšuje riziko chybných výkonov a rozhodnutí a znižuje pracovná výkonnosť.

#### **5.4 Výberový súbor a metódy**

Do súboru bolo zaradených 60 respondentov - sestier pracujúcich v piatich náhodne vybraných liečebniach dlhodobo chorých (ďalej už len LDCH) na Slovensku. Boli to sestry pracujúce v LDCH vo Vranove nad Topľou, LDCH v Humennom, LDCH v Bánovciach nad Bebravou, LDCH v Žiline a LDCH v Bratislava. Prieskum prebehol od novembra 2007 do decembra 2007 po predchádzajúcom telefonickom dohovore s vedúcimi sestrami vybraných liečební a následnom zaslaní dotazníkov na oddelenia.

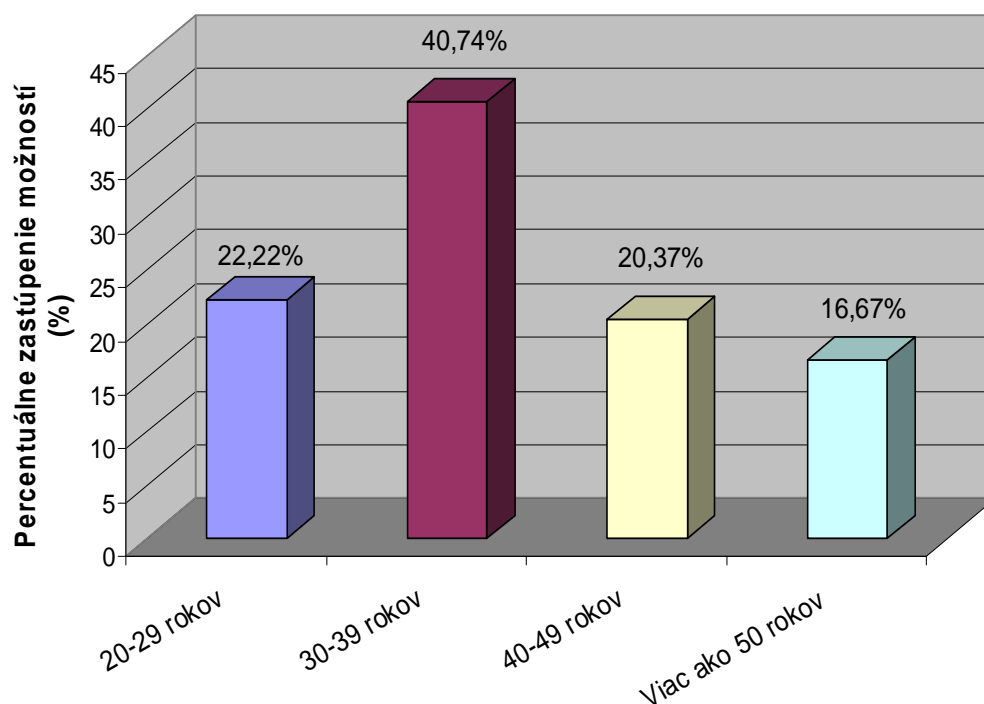
Pri prieskume sme použili empirickú metódu – dotazník. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný, pozostával z 22 položiek, položky dotazníka mali z väčšej časti charakter viazanej odpovede s výnimkou položiek 17 a 19, kde sme použili otvorené otázky, v ktorých si respondenti sami zvolili dĺžku odpovede i konkrétne informácie, ktoré chceli k danej problematike povedať. V zostávajúcich položkách mali respondenti zakrúžkovať alebo doplniť jednu a viac z najpravdepodobnejších odpovedí. Rozdaných dotazníkov bolo 60, vyplnených sa vrátilo 54, čo je 90% návratnosť.

Prieskumu predchádzala pilotná štúdia, použitá u 5 respondentov, na zistenie, či otázky v dotazníku sú ľahko pochopiteľné a zahrňujú celú problematiku prieskumu. Výsledky boli spracované ručne, čiarkovou metódou. Na vyhodnotenie získaných informácií sme použili metódu kvantitatívnej a kvalitatívnej analýzy. Informácie sme hodnotili numericky, percentuálne a graficky.

#### **5.5 Demografické údaje**

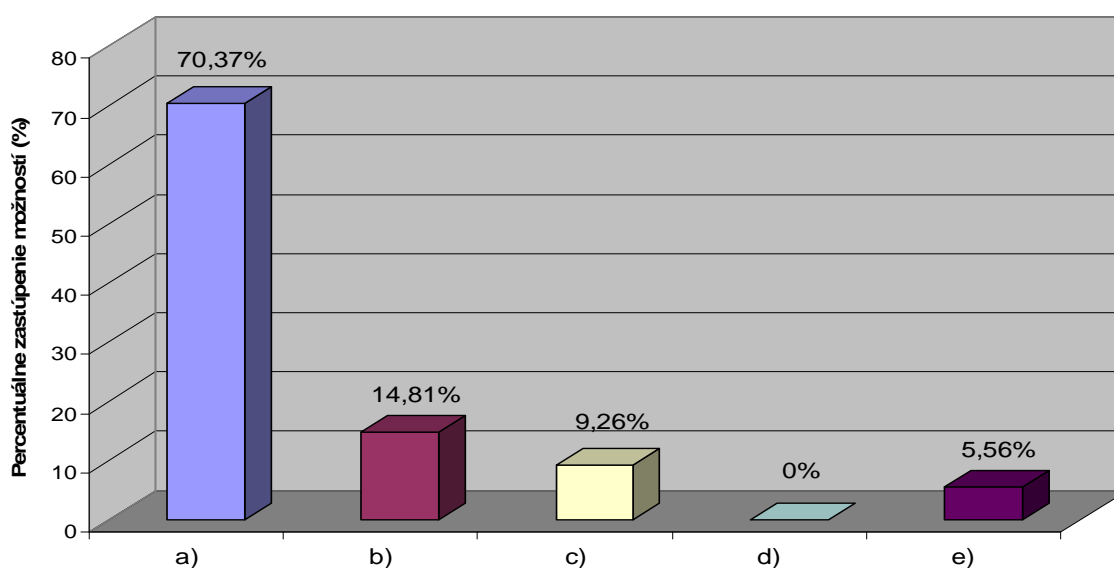
Prieskumu sa zúčastnilo 54 sestier pracujúcich v LDCH. Najväčšiu skupinu tvorili sestry vo veku od 30 do 39 rokov – 22 sestier, t.j. 40,74%. 12 sestier, t.j. 22,22% boli sestry vo veku od 20 do 29 rokov Sestier vo veku od 40 do 49 rokov sa zúčastnilo 12, t.j. 20,37%. Najmenšiu skupinu tvorili sestry, ktoré mali viac ako 50 rokov – 9 sestier, t.j. 16,67%. **Graf 1** ukazuje percentuálne vyhodnotenie.

**Graf 1** Rozdelenie sestier podľa veku



**Graf 2 a Tabuľka 1** ukazujú percentuálne vyhodnotenie sestier podľa najvyššie dosiahnutého vzdelania v odbore. Na prieskume sa zúčastnilo 38 sestier, t.j. 70,37% so SZŠ – všeobecná sestra, 8 sestier, t.j. 14,81% so SZŠ – diplomovaná sestra, 5 sestier, t.j. 9,26% s I. stupňom vysokoškolského vzdelania – Bc., 3 sestry, t.j. 5,56% s PŠŠ a žiadna sestra, t.j. 0% s II. stupeň vysokoškolského vzdelania – Mgr.

**Graf 2** Rozdelenie sestier podľa najvyššie dosiahnutého vzdelania

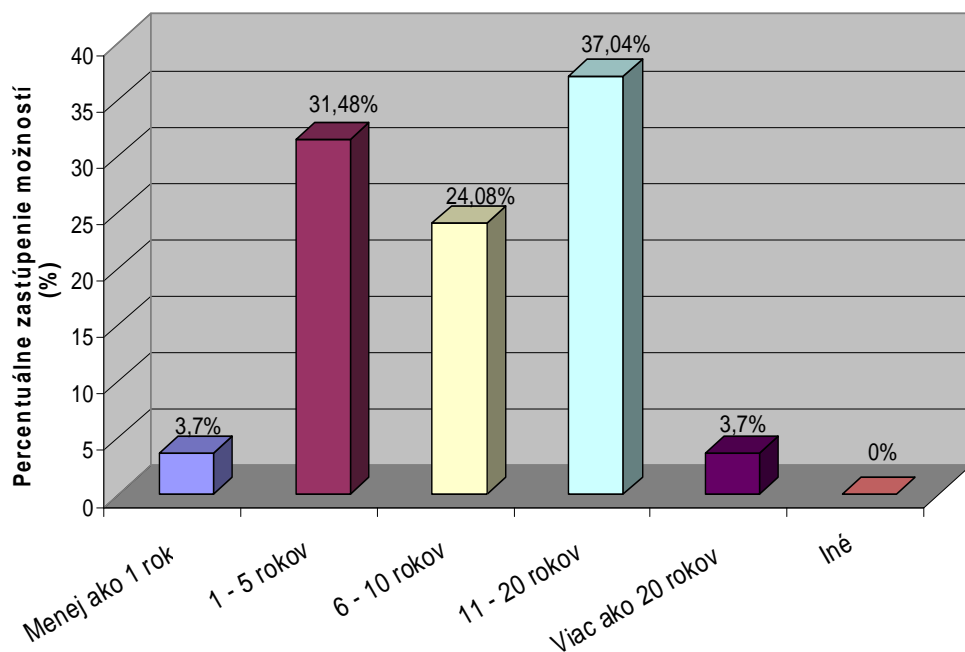


**Tabuľka 1** Najvyššie dosiahnuté vzdelanie v odbore

	Vzdelanie	n	%
a)	SZŠ- všeobecná sestra	38	70,37%
b)	SZŠ- diplomovaná sestra	8	14,81%
c)	I. stupeň vysokoškolského vzdelania- Bc.	5	9,26%
d)	II. Stupeň vysokoškolského vzdelania- Mgr.	0	0%
e)	Iné, uved' aké (PŠŠ)	3	5,56%

**Graf 3** ukazuje percentuálne vyhodnotenie sestier podľa počtu rokov praxe v LDCH. Prieskumu sa zúčastnili 2 sestry, t.j. 3,7% s praxou menej ako 1 rok, 17 sestier, t.j. 31,48 % s praxou 1- 5 rokov, 13 sestier, t.j. 24,08% s praxou 6-10 rokov, 20 sestier, t.j. 37,04% s praxou 11- 20 rokov a 2 sestry, t.j. 3,7% s praxou nad 20 rokov.

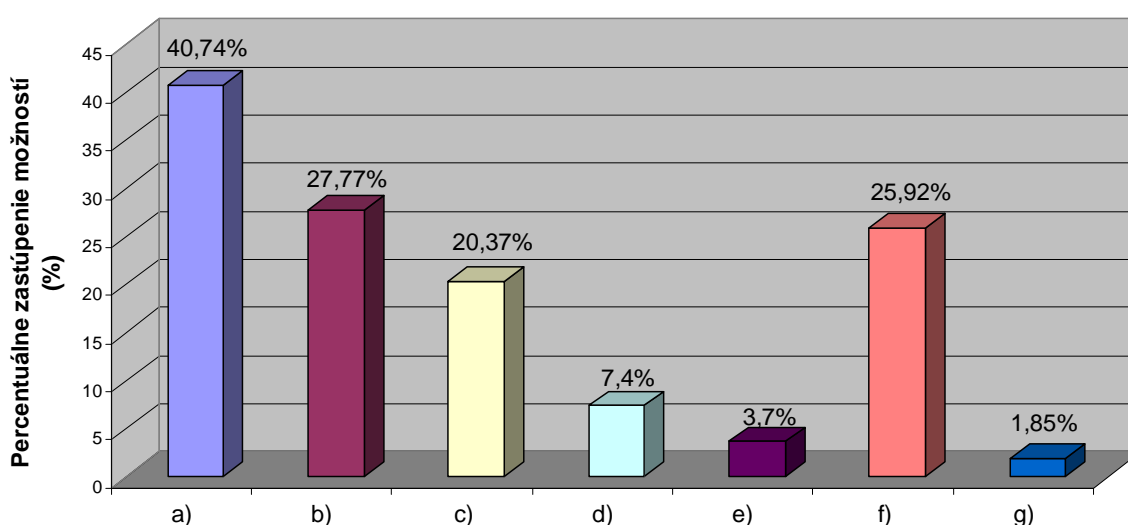
**Graf 3** Rozdelenie sestier podľa dĺžky praxe



## 5.6 Výsledky empirickej analýzy

V otázke 1 sme zisťovali, prečo si sestry vybrali prácu práve v liečebni dlhodobo chorých. Sestry mohli uviesť viac možností. Z opýtaných sestier si 22 sestier, t.j. 40,74% vybralo túto prácu preto, lebo má kladný vzťah k tejto práci, 15 sestier, t.j. 27,77%, pretože rady pomáhajú, 11 sestier, t.j. 20,37%, lebo majú rady starých ľudí, 4 sestry, t.j. 7,4% kvôli dobrému kolektívu, 2 sestry, t.j. 3,7%, pretože je blízko ich bydliska, 14 sestier, t.j. 25,92% kvôli tomu, že nemali inú možnosť a 1 sestra, t.j. 1,85% uviedla iné. Slovné a percentuálne vyjadrenie uvádzame v grafe 4 a tabuľke 2.

Graf 4 Prečo si sestry vybrali prácu práve v LDCH



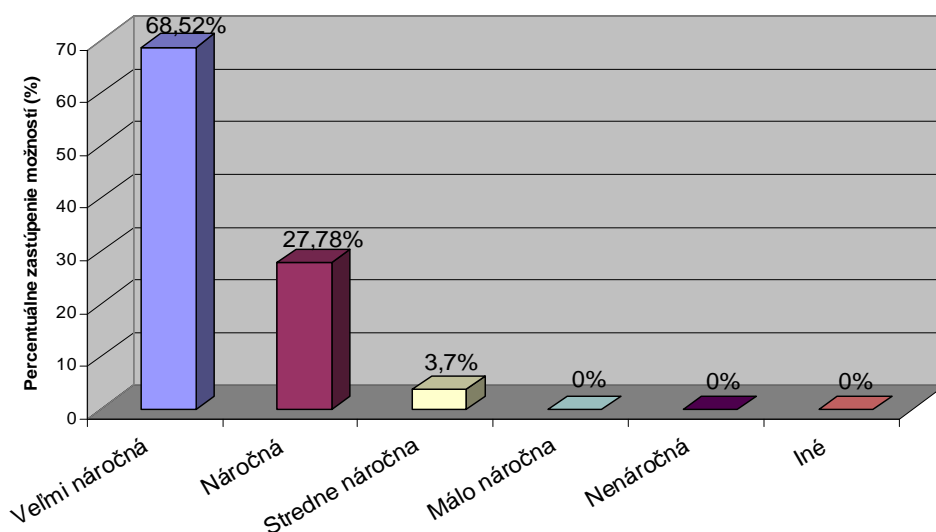
Tabuľka 2 Slovné a percentuálne vyjadrenie k 1. otázke

	Možností	n	%
a)	Mám kladný vzťah k tejto práci	22	40,74%
b)	Rada/rád pomáham	15	27,77%
c)	Mám rada/rád starých ľudí	11	20,37%
d)	Kvôli dobrému kolektívu	4	7,4%
e)	Je blízko môjho bydliska	2	3,7%
f)	Nemala/nemal som inú možnosť	14	25,92%
g)	Iné	1	1,85%

Otázke 2 bola zameraná na zistenie názoru sestier na to, ako je podľa nich náročná práca v LDCH. 37 sestier, t.j. 68,52% pokladá prácu v LDCH za veľmi náročnú, 15 sestier, t.j. 27,87% pokladá túto prácu za náročnú, 2 sestry, t.j. 3,7% pokladajú túto prácu za stredne náročnú. Ani 1 sestra, t.j. 0% si nemyslí, že je táto práca málo náročná a taktiež ani 1 sestra, t.j. 0%, nepokladá túto prácu za nenáročnú.

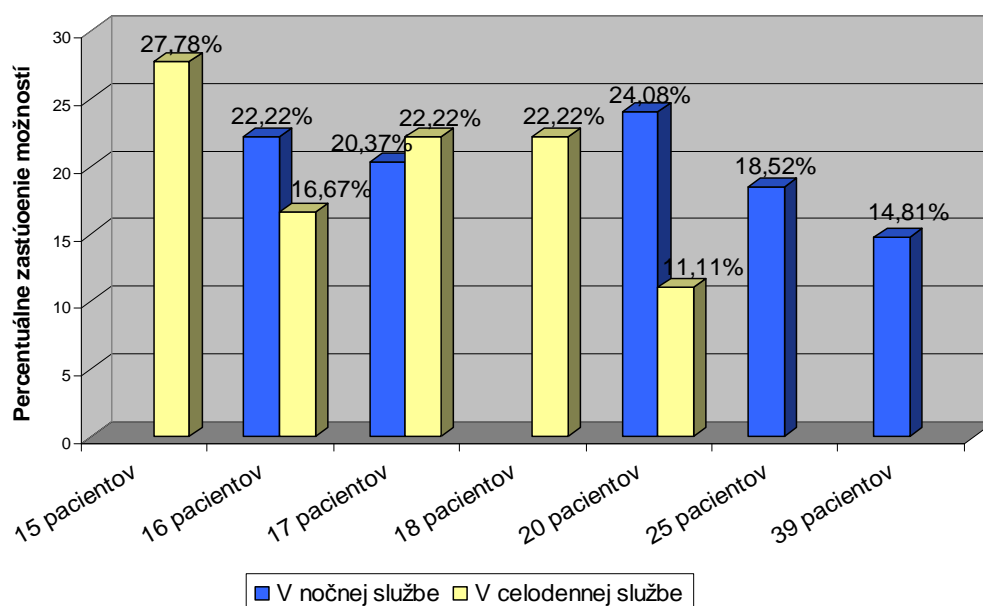


**Graf 5** Názory sestier na náročnosť práce



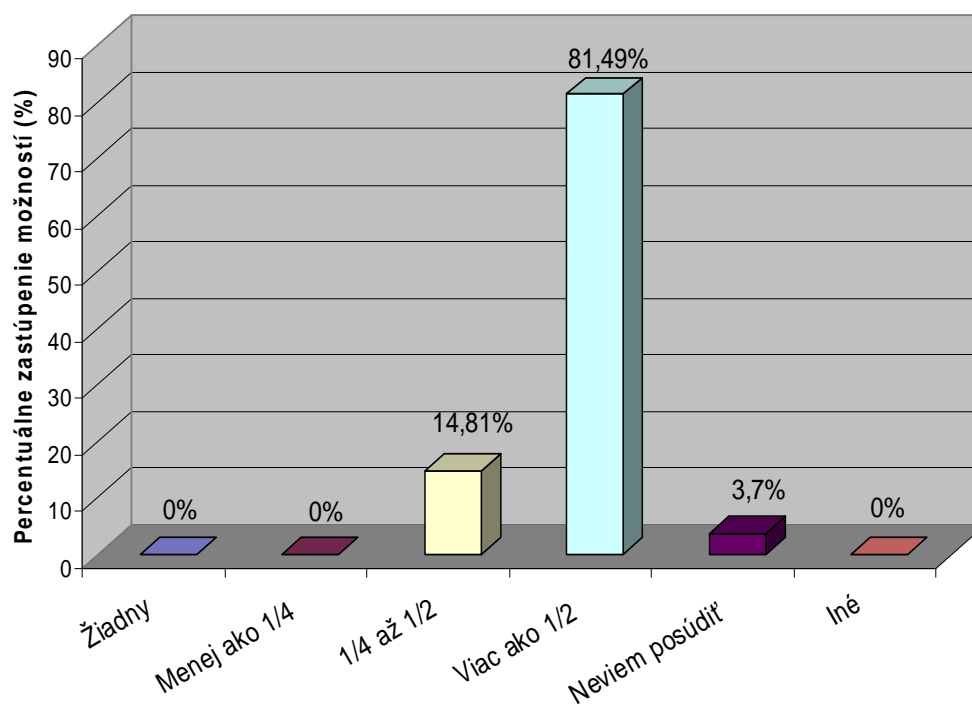
V otázke 3 sme zisťovali, koľko pacientov má na starosti jedna sestra v službe. V celodennej službe 15 sestier, t.j. 27,78% uviedlo, že má jedna sestra na starosti 15 pacientov, 9 sestier, t.j. 16,67% uviedlo, že 16 pacientov, 12 sestier, t.j. 22,22% uviedlo, že 17 pacientov, 12 sestier, t.j. 22,22% uviedlo, že 18 pacientov a 6 sestier, t.j. 11,11% uviedlo, že 20 pacientov. V nočnej službe 12 sestier, t.j. 22,22% uviedlo, že má jedna sestra na starosti 16 pacientov, 11 sestier, t.j. 20,37% uviedlo, že 19 pacientov, 13 sestier, t.j. 24,08% uviedlo, že 20 pacientov, 10 sestier, t.j. 18,52% uviedlo, že 25 pacientov a 8 sestier, t.j. 14,81% uviedlo, že má jedna sestra v nočnej službe na starosti až 39 pacientov.

**Graf 6** Počet pacientov v službe na jednu sestru



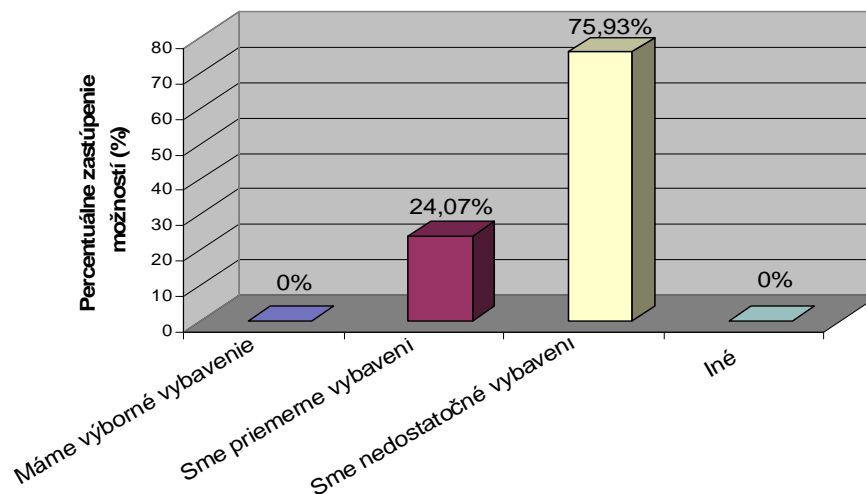
V otázke 4 sme zisťovali, v priemere koľkých imobilných pacientov má na starosti jedna sestra v službe. Ani 1 sestra, t.j. 0% neuviedla žiadneho, taktiež žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla menej ako 1/4, 8 sestier, t.j. 14,81% uviedlo, že z pacientov, ktorých má sestra v službe na starosti je v priemere 1/4 až 1/2 imobilných, 44 sestier, t.j. 81,49% uviedlo, že v priemere viac ako 1/2 imobilných pacientov má jedna sestra na starosti v službe, 2 sestry, t.j. 3,7% uviedli, že nevedia posúdiť a iné neuviedla žiadna sestra. Percentuálne vyjadrenie je znázornené v grafe 7.

**Graf 7** Počet imobilných pacientov



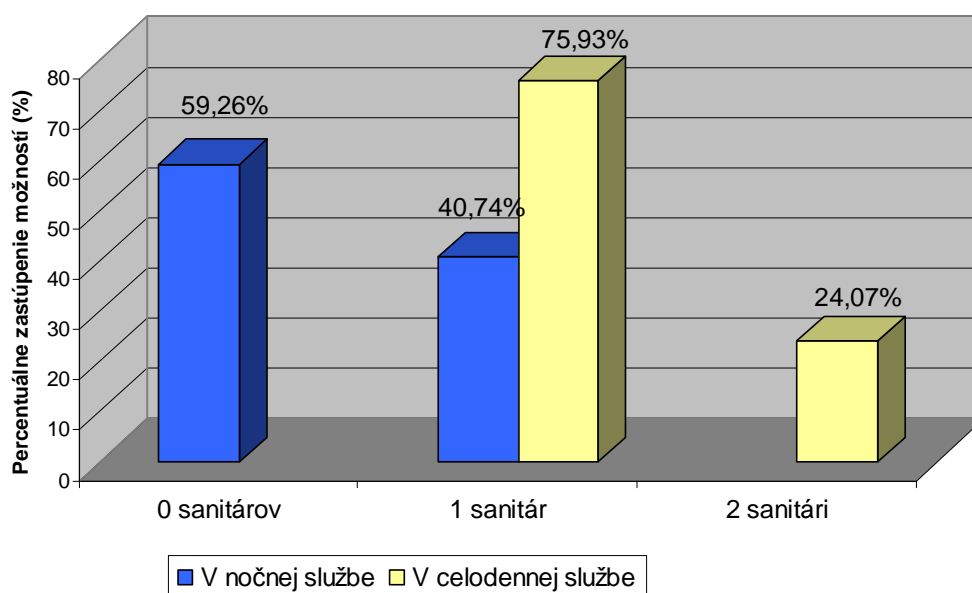
V otázke 5 sme zisťovali, či je podľa sestier na ich oddeleniach k dispozícii dostatok technických zariadení na zdvíhanie imobilných pacientov a manipuláciu s nimi. Ani 1 sestra, t.j. 0% si nemyslí, že majú výborne vybavenie. 13 sestier, t.j. 24,07% si myslí, že majú priemerné vybavenie a 41 sestier, t.j. 75,93% si myslí, že majú nedostatočné vybavenie. Percentuálne vyjadrenie je znázornené v grafe 8.

**Graf 8** Vybavenie technickými pomôckami pre prácu s imobilnými pacientmi



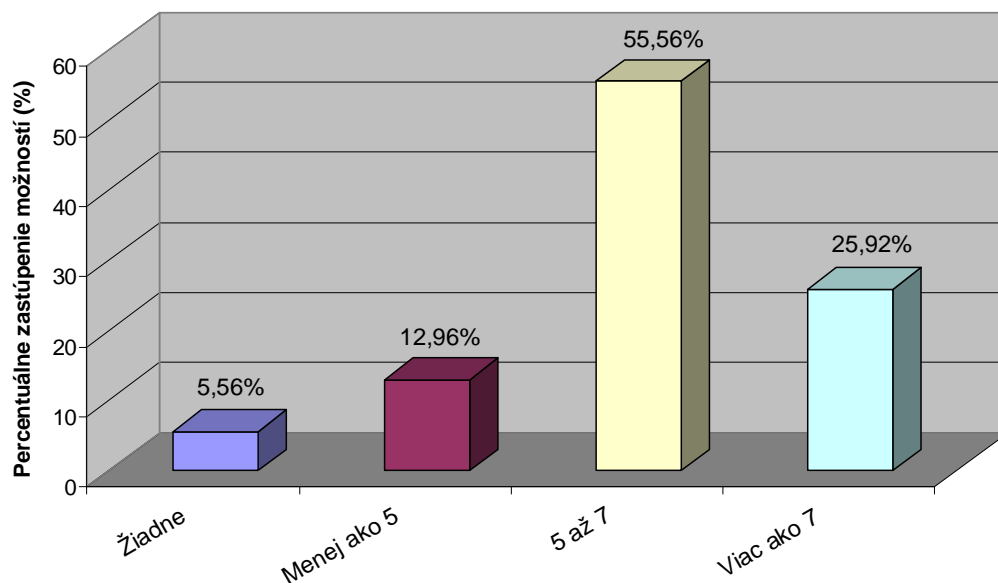
V otázke 6 mali sestry uviesť, koľko sanitárov pomáha jednej sestre v službe. 41 sestier, t.j. 75,93% uviedlo, že sestre v celodennej službe pomáha 1 sanitár a 13 sestier, t.j. 24,07% uviedlo, že 2 sanitári. V nočnej službe 32 sestier, t.j. 59,26% uviedlo, že im nepomáha žiadny sanitár a 22 sestier, t.j. 40,74% uviedlo, že im v nočnej službe pomáha 1 sanitár.

**Graf 9** Počet sanitárov, ktorí sestre pomáhajú v službe



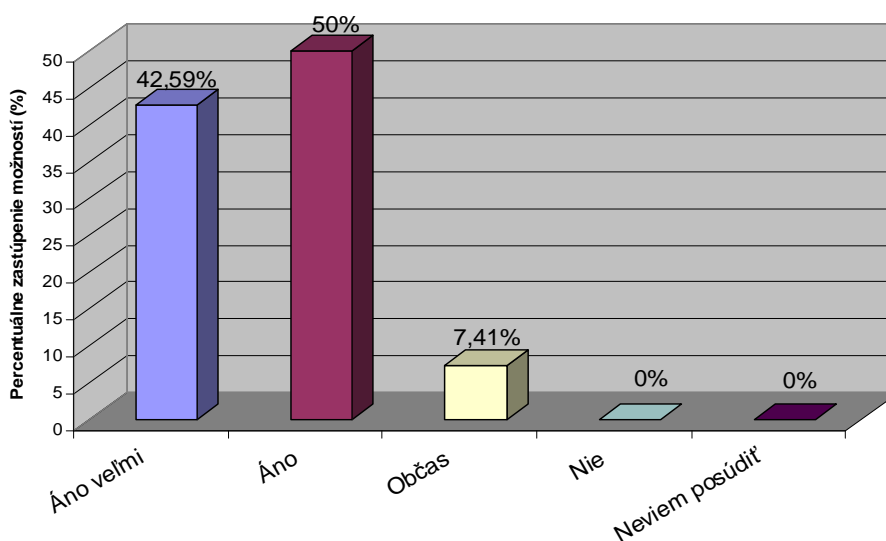
**Otázka 7** bola zameraná na zistenie, koľko nočných služieb odpracujú sestry priemerne za mesiac. 3 sestry, t.j. 5,56% neuviedlo nočnú službu, 7 sestier, t.j. 12,96% má priemerne za mesiac menej ako 5 nočných služieb, 30 sestier, t.j. 55,56% uviedlo, že má priemerne za mesiac 5 až 7 nočných služieb a 14 sestier, t.j. 25,92% uviedlo, že má priemerne viac ako 7 nočných služieb za mesiac.

**Graf 10** Priemerný počet nočných služieb za mesiac



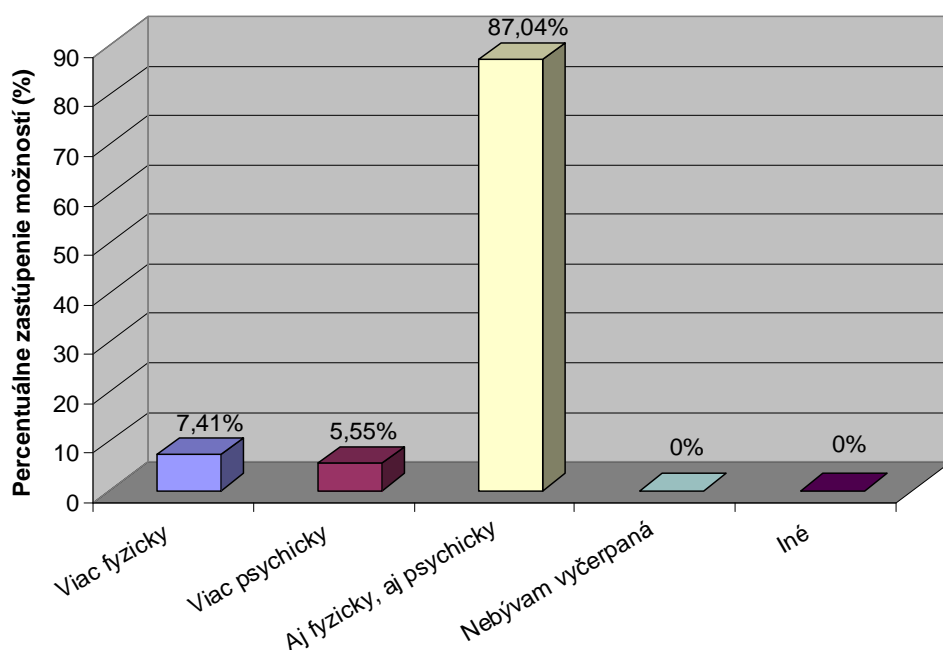
V **otázke 8** sme zisťovali, či bývajú sestry po službe vyčerpané. 23 sestier, t.j. 42,59% uviedlo, že áno veľmi, 27 sestier, t.j. 50% uviedlo, že áno, 4 sestry, t.j. 7,41% uviedli, že občas a žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla, že nie a taktiež žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla, že nevie posúdiť.

**Graf 11** Vyčerpanosť sestier po službe



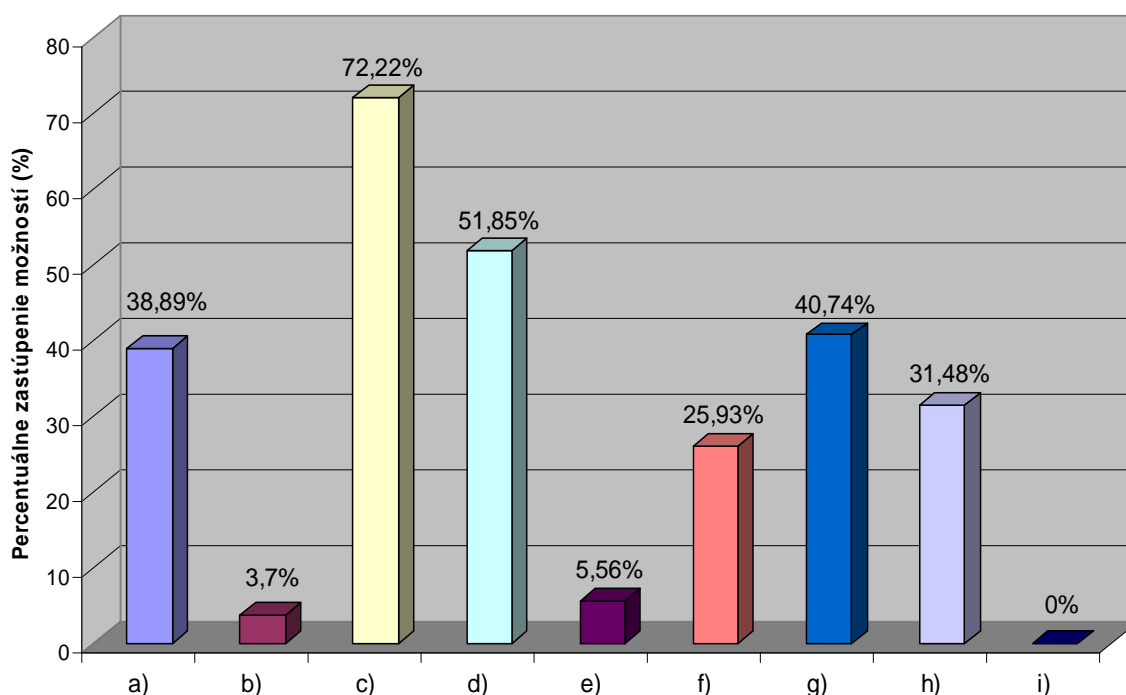
**Otázka 9** bola zameraná na zistenie, ako bývajú sestry po službe vyčerpané. 4 sestry, t.j. 7,41% uviedli, že po službe bývajú viac fyzicky vyčerpané. 3 sestry, t.j. 5,55% uviedli, že po službe bývajú viac psychicky vyčerpané, 47 sestier, t.j. 87,04% uviedlo, že po službe bývajú aj fyzicky aj psychicky vyčerpané a žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla, že nebýva po službe vyčerpaná a iné.

**Graf 12** Ako sestry bývajú po službe vyčerpané



**Otázka 10** bola zameraná na zistenie, že ak sestry sú po službe aj psychicky vyčerpané, čo to spôsobuje. Sestry mohli v tejto otázke uviesť viac možností. 21 sestier, t.j. 38,89% uviedlo, že množstvo práce, 2 sestry, t.j. 3,7% uviedli, že zlá organizácia práce. 39 sestier, t.j. 72,22% uviedlo, že práca v časovom strese, 28 sestier, t.j. 51,87% uviedlo, že zodpovednosť, 3 sestry, t.j. 5,56% uviedli, že narušené pracovné vzťahy, 14 sestier, t.j. 25,93% uviedlo, že ošetrovanie zomierajúcich, 22 sestier, t.j. 40,74% uviedlo, že komunikácia s pacientom a príbuznými a 17 sestier, t.j. 31,48% uviedlo, že aj nedostatočné finančné ohodnotenie. Slovné a percentuálne zastúpenie uvádzame v tabuľke 3 a grafe 13.

**Graf 13** Dôvody psychického vyčerpania u sestier

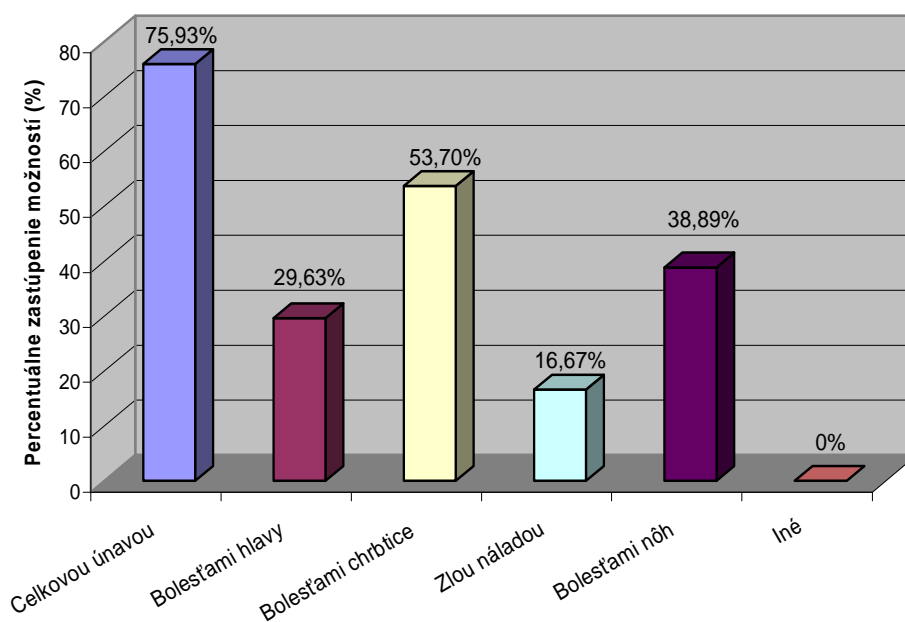


**Tabuľka 3** Dôvody psychického vyčerpania u sestier

	<b>Možnosť</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>a)</b>	Množstvo práce	21	38,89%
<b>b)</b>	Zlá organizácia práce	2	3,7%
<b>c)</b>	Práca v časovom strese	39	72,22%
<b>d)</b>	Zodpovednosť	28	51,85%
<b>e)</b>	Narušené pracovné vzťahy	3	5,56%
<b>f)</b>	Ošetrovanie zomierajúcich	14	25,93%
<b>g)</b>	Komunikácia s pacientom a jeho príbuznými	22	40,74%
<b>h)</b>	Nedostatočné finančné ohodnotenie	17	31,48%
<b>i)</b>	Iné	0	0%

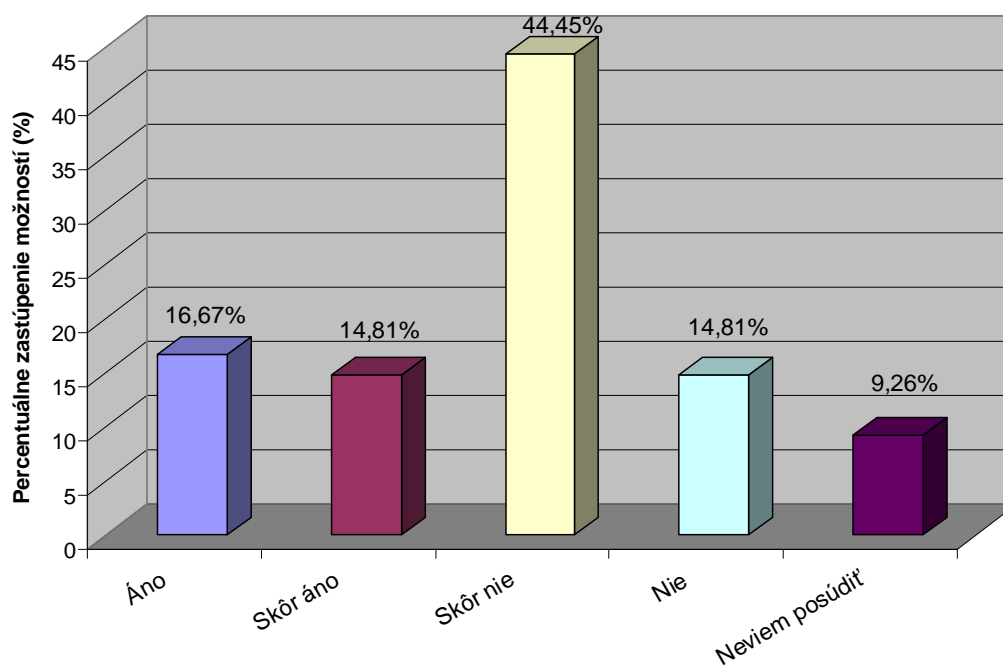
V otázke 11 sme zisťovali, ako sa prejavuje pracovná vyčerpanosť u sestier. Sestry mohli aj v tejto otázke uviesť viac možností. 41 sestier, t.j. 75,93% uviedlo, že pracovná vyčerpanosť sa u nich prejavuje celkovou únavou, 16 sestier, t.j. 29,63% uviedlo, že bolesťami hlavy, 29 sestier, t.j. 53,70% uviedlo, že bolesťami chrbtice, 9 sestier, t.j. 16,67% uviedlo, že zlou náladou a 21 sestier, t.j. 38,89% uviedlo, že bolesťami nôh. Iné neuviedla žiadna sestra, t.j. 0%.

**Graf 14** Prejavy vyčerpania



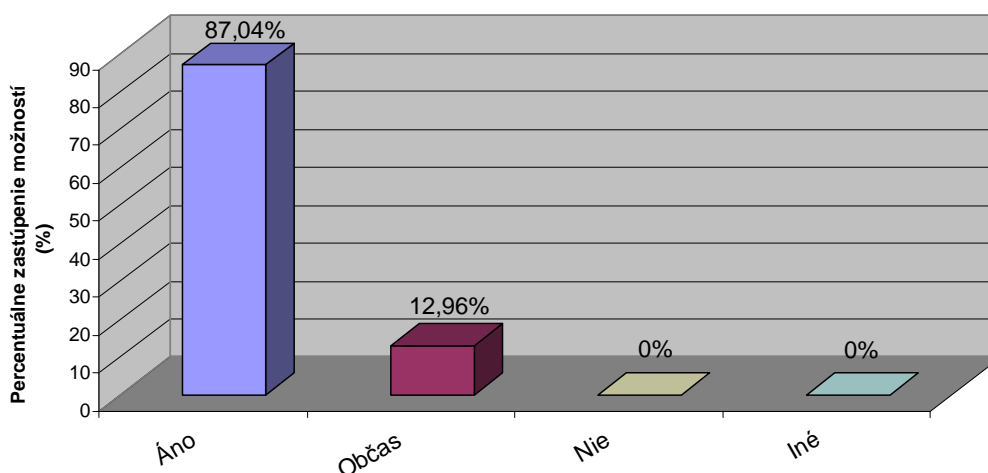
V otázke 12 sme zisťovali, či majú sestry po službe čas na dostatočný oddych. 9 sestier, t.j. 16,67% uviedlo, že áno, 8 sestier, t.j. 14,81% uviedlo, že skôr áno, 24 sestier, t.j. 44,45% uviedlo, že skôr nie, 8 sestier, t.j. 14,81% uviedlo, že nie a 5 sestier, t.j. 9,26% uviedlo, že nevie posúdiť.

**Graf 15** Čas na dostatočný oddych



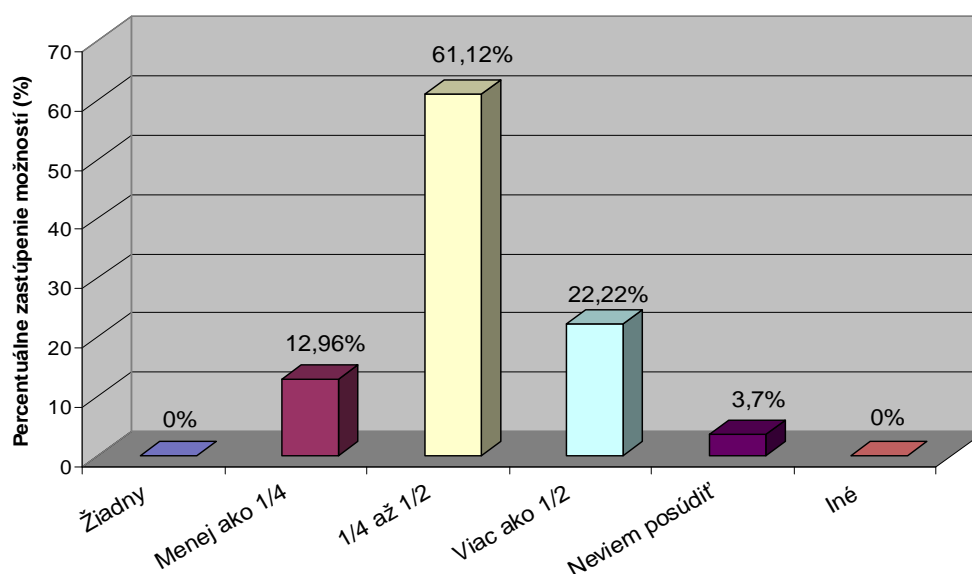
**V otázke 13** sme sa pýtali sestier, či vykonávajú na oddelení ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. 47 sestier, t.j. 87,04% uviedlo, že áno, 7 sestier, t.j. 12,96% uviedlo, že občas. Žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla, že nie a žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla iné.

**Graf 16** Ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu



**V otázke 14** sme zisťovali, koľko pracovného času venujú sestry písomnému vypracovaniu ošetrovateľskej dokumentácie. Ani jedna sestra, t.j. 0% neuviedla žiadny, 7 sestier, t.j. 12,96% uviedlo menej ako 1/4 pracovného času, 33 sestier, t.j. 61,12% uviedlo 1/4 až 1/2 pracovného času, 12 sestier, t.j. 22,22% uviedlo, že viac ako 1/2 pracovného času, 2 sestry, t.j. 3,7% nevedeli dopovedať a žiadna sestra, t.j. 0% neuviedla iné.

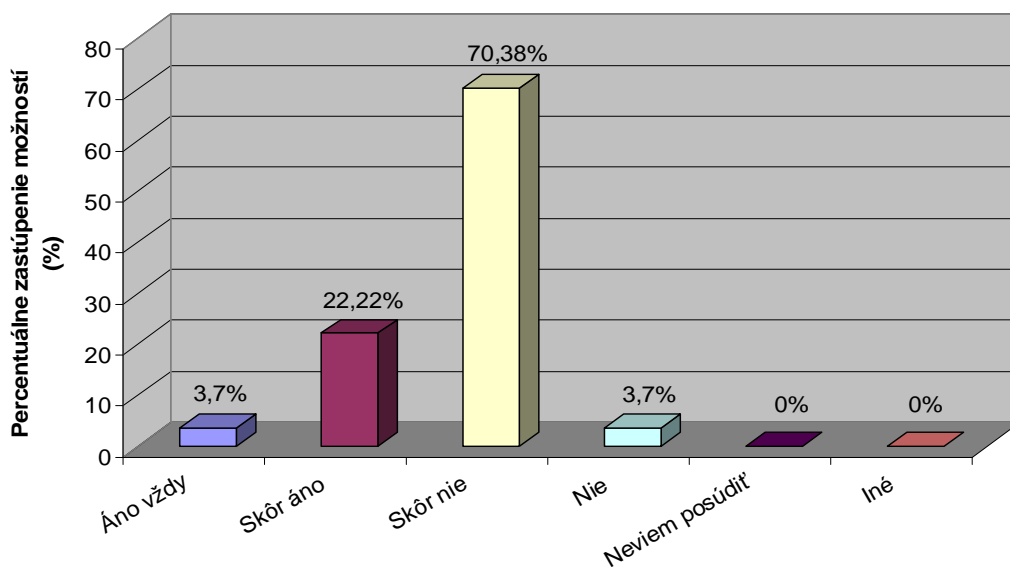
**Graf 17** Potrebný čas na písomné vypracovanie ošetrovateľskej dokumentácie





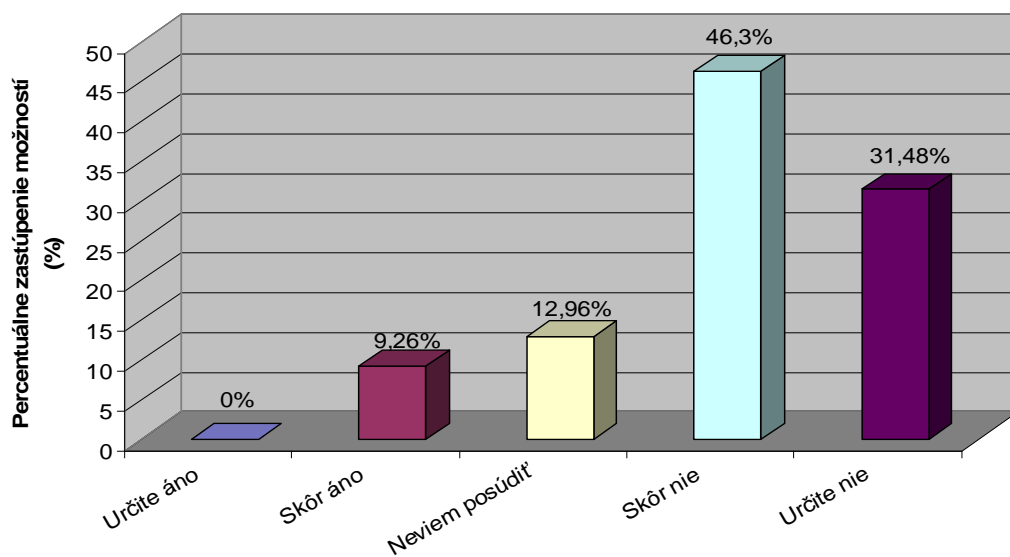
**Otázkou 15** sme zisťovali, či zostáva sestram dostatok času na realizáciu naplánovaných intervencií. 2 sestry, t.j. 3,7% uviedli, že áno vždy, 12 sestier, t.j. 22,22% uviedlo, že skôr áno, 38 sestier, t.j. 70,38% uviedlo, že skôr nie a 2 sestry, t.j. 3,7% uviedli nie. Nevie odpovedať a iné neuviedla žiadna sestra, t.j. 0%.

**Graf 18** Zostatok času potrebného na realizáciu naplánovaných intervencií



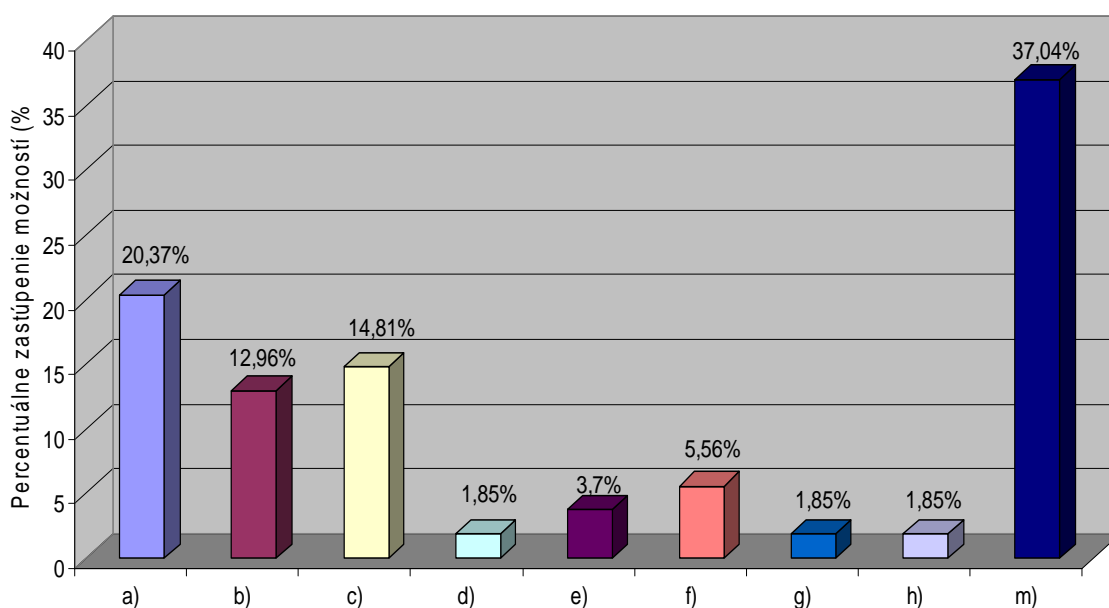
**V otázke 16** sme zisťovali, čo si sestry myslia, či zavedenie ošetrovateľských procesov do praxe zvýšilo úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Určite áno neuviedla žiadna sestra. 5 sestier, t.j. 9,26% uviedlo, že skôr áno, 7 sestier, t.j. 12,96% uviedlo, že nevie posúdiť, 25 sestier, t.j. 46,30% uviedlo, že skôr nie a 17 sestier, t.j. 31,48% uviedlo, že určite nie.

**Graf 19** Zavedenie metódy ošetrovateľského procesu zvýšilo úroveň kvality



**Otázka 17** bola koncipovaná ako otvorená a zisťovali sme ňou, čo viedlo sestry v predchádzajúcej otázke k danej odpovedi. Odpovede sme rozdelili do nasledujúcich kategórií. 20 sestier, t.j. 37,04% sa nevyjadrilo. 11 sestier, t.j. 20,37% má názor, že je veľa dokumentácie a na pacienta zostáva málo času, 8 sestier, t.j. 14,81% má názor, že nie je dostatok času venovať sa pacientovi, 7 sestier, t.j. 12,96% uvádza, že nie sú na to v praxi vytvorené podmienky, 3 sestry, t.j. 5,56% si myslia, že je málo zdravotníckeho personálu, 2 sestry, t.j. 3,7% si myslia, že práca sa lepšie organizuje a plánuje, 1 sestra, t.j. 1,85% má názor, že sú nedostatočne zaučené sestry, 1 sestra, t.j. 1,85% má názor, že kvalita práce nezáleží od vedenia ošetrovateľských procesov a 1 sestra, t.j. 0% má názor, že väčší dôraz v praxi sa kladie na dokumentáciu a obchádza sa pacient. Percentuálne a slovné zastúpenie uvádzame v grafe 21 a tabuľke 4.

**Graf 20** Názory sestier – zdôvodnenie odpovedí z otázky 16

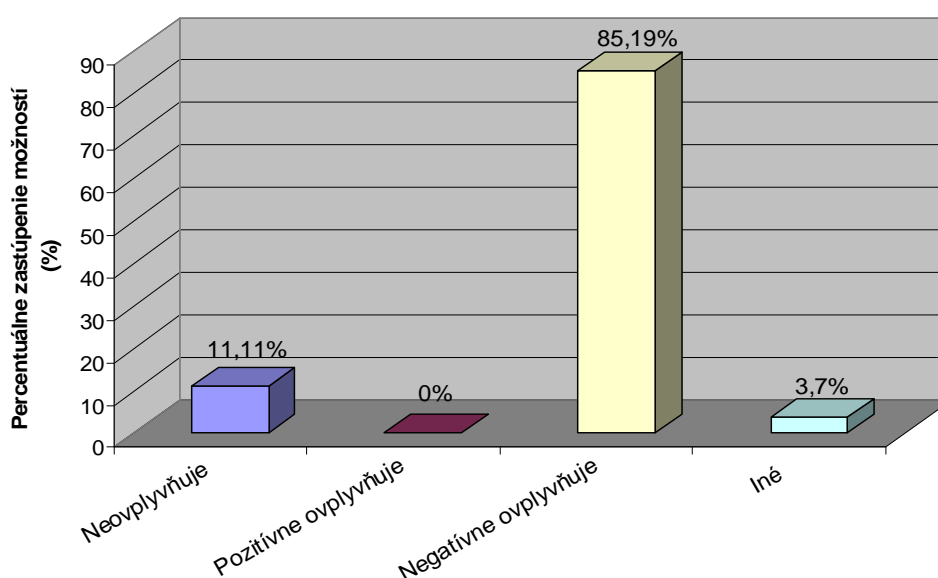


**Tabuľka 4** Zdôvodnenie odpovedí z otázky 16

	<b>Kategórie odpovedí</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>a)</b>	Veľa dokumentácie a na pacienta zostáva málo času	11	20,37%
<b>b)</b>	Nie sú na to v praxi vytvorené podmienky	7	12,96%
<b>c)</b>	Nie je dostatok času venovať sa pacientovi	8	14,81%
<b>d)</b>	Nedostatočne zaučené sestry	1	1,85%
<b>e)</b>	Práca sa lepšie organizuje a plánuje	2	3,7%
<b>f)</b>	Málo zdravotníckeho personálu	3	5,56%
<b>g)</b>	Väčší dôraz v praxi sa kladie na dokumentáciu nie na sa pacienta	1	1,85%
<b>h)</b>	Kvalita práce nezáleží od vedenia ošetrovateľských procesov	1	1,85%
<b>m)</b>	Nevyjadrilo sa	20	37,04%

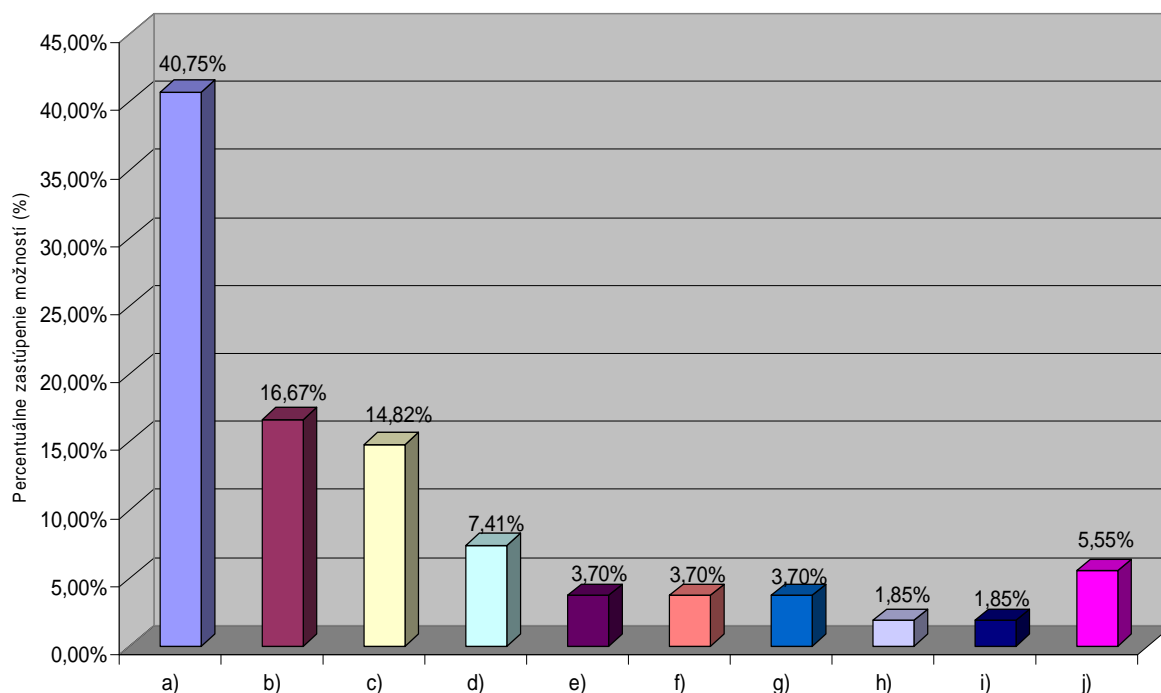
V otázke 18 sme zisťovali názory sestier, ako podľa nich ovplyvňuje preťaženosť sestier kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. 6 sestier, t.j. 11,11% uviedlo, že preťaženosť sestier neovplyvňuje kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, žiadna sestra, t.j. 0%, že ovplyvňuje pozitívne, 46 sestier, t.j. 85,19%, že ovplyvňuje negatívne a 2 sestry, t.j. 3,7% uviedli iné.

**Graf 21** Vplyv preťažnosti sestier na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti



V otázke 19 mali sestry zdôvodniť predchádzajúcu odpoveď. 22 sestier, t.j. 40,75% si myslí, že sestry majú spomalené reakcie a robia častejšie chyby, 9 sestier, t.j. 16,67%, že je veľa pacientov a málo času, 8 sestier, t.j. 14,82%, že sestry sú podráždenejšie a netrpezlivejšie, neššímavé k potrebám pacienta, 4 sestry, t.j. 7,41%, že nie je dostatok času na každého pacienta, koľko by potreboval, 2 sestry, t.j. 3,7%, že je veľa úkonov a málo času, 2 sestry, t.j. 3,7%, že pre fyzickú vyťaženosť kvalita práce nie je dostatočná, 2 sestry, t.j. 3,7%, že sa to odzrkadľuje na postoji sestier k práci a celkovej nálade, 1 sestra, t.j. 1,85%, že vyčerpanosť a únava je faktorom, pre ktorý nemôže vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť, ako by chcela, 1 sestra, t.j. 1,85%, že je málo sestier na veľa pacientov, množstvo povinností aj namiesto iného personálu (ošetrovateľov) a 3 sestry, t.j. 5,55%, sa nevyjadrili.

**Graf 22** Zdôvodnenie otázky č. 18



**Tabuľka 5** Zdôvodnenie otázky č. 18

Kategórie odpovedí	%
a) Sestry majú spomalené reakcie , robia častejšie chyby	40,75%
b) Veľa pacientov a málo času	16,67%
c) Sestry sú podráždenejšie a netrpezlivejšie, nevšímavé k potrebám pacienta	14,82%
d) Nie je dostatok času na každého pacienta, koľko by potreboval	7,41%
e) Veľa úkonov a málo času	3,70%
f) Pre fyzickú vyťaženosť kvalita práce nie je dostatočná	3,70%
g) Odzrkadľuje s to na postoji sestier k práci a celkovej nálade	3,70%
h) Vyčerpanosť a únava je faktorom, pre ktorý nemôžem vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť, ako by som chcela	1,85%
i) Málo sestier na veľa pacientov, množstvo povinností aj namiesto iného personálu (ošetrovatelia)	1,85%
j) Nevyjadriilo sa	5,55%

### 5.6.1 Vyhodnotenie hypotéz

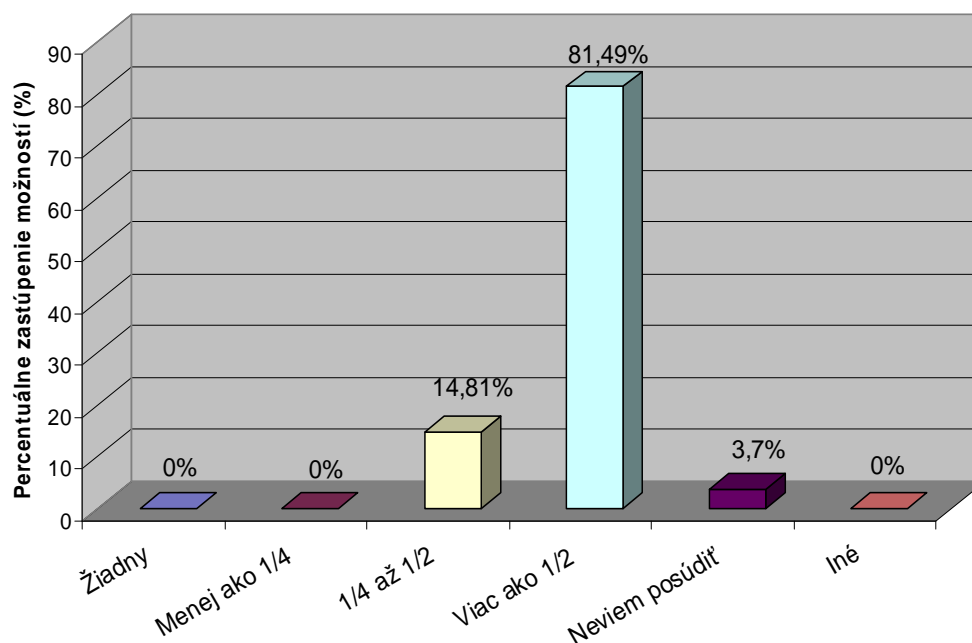
Hypotéza 1: *Predpokladáme, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne fyzicky zaťažená, pretože prevažná časť hospitalizovaných pacientov je imobilná a na oddeleniach chýba potrebné personálne a technické vybavenie.*

Hypotéza sa **potvrdila**. Overovali sme ju otázkami č. 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Na základe získaných informácií môžeme konštatovať, že väčšina sestier je nadmerne fyzicky zaťažená, pretože 68,52% sestier pokladá prácu v LDCH za veľmi náročnú. Všetky sestry (100%) bývajú po službe vyčerpané. Z toho 42,59% sestier uviedlo, že bývajú veľmi vyčerpané. Aj keď iba 7,41% sestier uviedlo, že po službe bývajú vyčerpané viac fyzicky, však ďalších 84,04% sestier uviedlo, že bývajú po službe vyčerpané aj fyzicky aj psychicky.

V ďalších doplňujúcich otázkach sme sa sestier pýtali, koľkých pacientov má sestra na starosti v službe a koľkí z nich sú imobilní. Sestry majú priemerne v jednej službe na starosti 15 až 39 pacientov, čo je z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti veľmi veľký počet pacientov. Viac pacientov majú na starosti sestry v nočnej službe, kde sa počet pacientov pohyboval od 16 do 39, v celodennej službe uvádzali sestry počet pacientov nižší- 15 až 20. Väčšina sestier (81,49%) ďalej uviedla, že z pacientov, ktorých má jedna sestra na oddelení na starosti, je viac ako 1/2 imobilných. Percentuálne zastúpenie uvádza graf 23.

**Graf 23** Počet imobilných pacientov



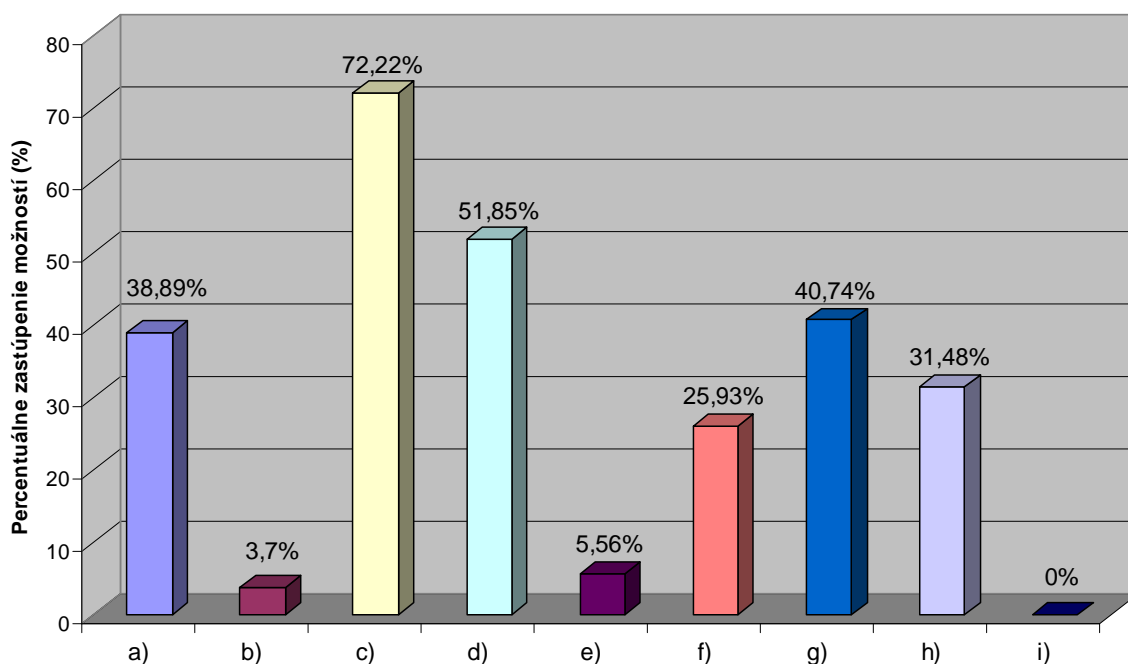
Analýzou odpovedí na ďalšie otázky, v ktorých sme zisťovali, koľko sanitárov sestram v službe pomáha a či sú oddelenia dostatočne vybavené technickými zariadeniami na zdvíhanie imobilných pacientov a manipuláciu s nimi sme zistili, že 59,26% sestier v nočnej službe sú samé, bez sanitára a 40,74% sestier v nočnej službe pomáha 1 sanitár. V celodennej službe väčšine sestier (75,93%) pomáha iba 1 sanitár. Taktiež 75,93% sestier uviedlo, že na oddelení majú nedostatočné vybavenie technickými zariadeniami na zdvíhanie imobilných pacientov a manipuláciu s nimi.

Hypotéza 2: *Predpokladáme, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne psychicky zaťažená, pretože pracujú v časovom strese a nemajú možnosť si dostatočne oddýchnuť.*

Hypotéza sa **potvrdila**. Overovali sme ju otázkami č. 9, 10, 11, 12.

Po analýze získaných odpovedí môžeme konštatovať, že väčšina sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých je nadmerne psychicky zaťažená, nakoľko všetky sestry (100%) bývajú po službe vyčerpané. Väčšina sestier (89,59%) sa vyjadrila, že sú vyčerpané psychicky. Dôvody, ktoré spôsobuje sestram psychické vyčerpanie sú znázornené v grafe 24 a tabuľka 6.

**Graf 24** Dôvody psychického vyčerpania u sestier



**Tabuľka 6** Dôvody psychického vyčerpania u sestier

<b>a)</b>	Množstvo práce	38,89%
<b>b)</b>	Zlá organizácia práce	3,7%
<b>c)</b>	Práca v časovom strese	72,22%
<b>d)</b>	Zodpovednosť	51,85%
<b>e)</b>	Narušené pracovné vzťahy	5,56%
<b>f)</b>	Ošetrovanie zomierajúcich	25,93%
<b>g)</b>	Komunikácia s pacientom a jeho príbuznými	40,74%
<b>h)</b>	Nedostatočné finančné ohodnotenie	31,48%
<b>i)</b>	Iné	0%

U väčšiny sestier (72,22%) je to práca v časovom strese, ďalej zodpovednosť (51,87%), komunikácia s pacientom a príbuznými (40,74%), množstvo práce (38,89%), nedostatočné finančné ohodnotenie (31,48%), ošetrovanie zomierajúcich (25,93%), narušené pracovné vzťahy (5,56%) a zlá organizácia práce (3,7%). Pracovná vyčerpanosť, spôsobená nadmernou psychickou záťažou, sa určitým spôsobom aj prejavuje. Väčšina sestier (75,93%) hodnotí, že sa ich pracovná vyčerpanosť prejavuje celkovou únavou, ďalej bolesťami hlavy (29,63%) a zlou náladou (16,67%). Nedostatočný oddych zvyšuje psychickú záťaž. Analýzou odpovedí na otázku, či majú sestry po službe čas na dostatočný oddych, viac ako 1/2 sestier (59,62%) uviedla, že nemá .

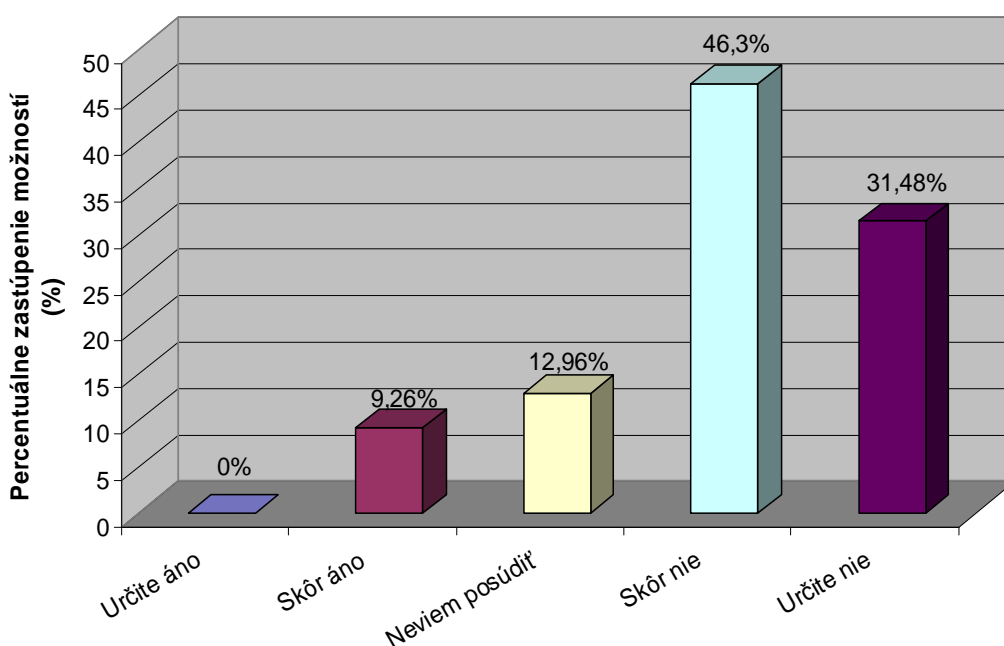
Hypotéza 3: *Predpokladáme, že ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zvýšila úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pretože posúva sestru bližšie k pacientovi a jeho potrebám.*

Hypotéza sa **nepotvrdila**. Overovali sme ju otázkami č. 13, 14, 15, 16, 17.

Na základe získaných odpovedí môžeme konštatovať, že všetky sestry (100%) na oddeleniach vykonávajú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu. Sestry (61,12%) venuje písomnému vypracovaniu 1/4 a 1/2 pracovného času a 22,22% sestier viac ak 1/2 pracovného času. Väčšine sestier (74,08,%), nezostáva dostatok času na realizáciu naplánovaných intervencií. Iba 9,26% sestier si myslí, že zavedenie ošetrovateľských procesov do praxe skôr zvýšilo úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, ale 77,78,% sestier má názor, že zavedenie ošetrovateľských procesov do praxe nezvýšilo úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry to zdôvodnilo tým, že je veľa dokumentácie a na pacienta zostáva málo času (20,37%), nie je dostatok času venovať sa

pacientovi (14,81%), nie sú na to v praxi vytvorené podmienky (12,96%), je málo zdravotníckeho personálu (5,56%), sú nedostatočne zaučené sestry (1,85%), väčší dôraz v praxi sa kladie na dokumentáciu, nie na pacienta (1,85%), kvalita práce nezáleží od vedenia ošetrovateľských procesov (1,85%).

**Graf 25** Zavedenie metódy ošetrovateľského procesu zvýšilo úroveň kvality

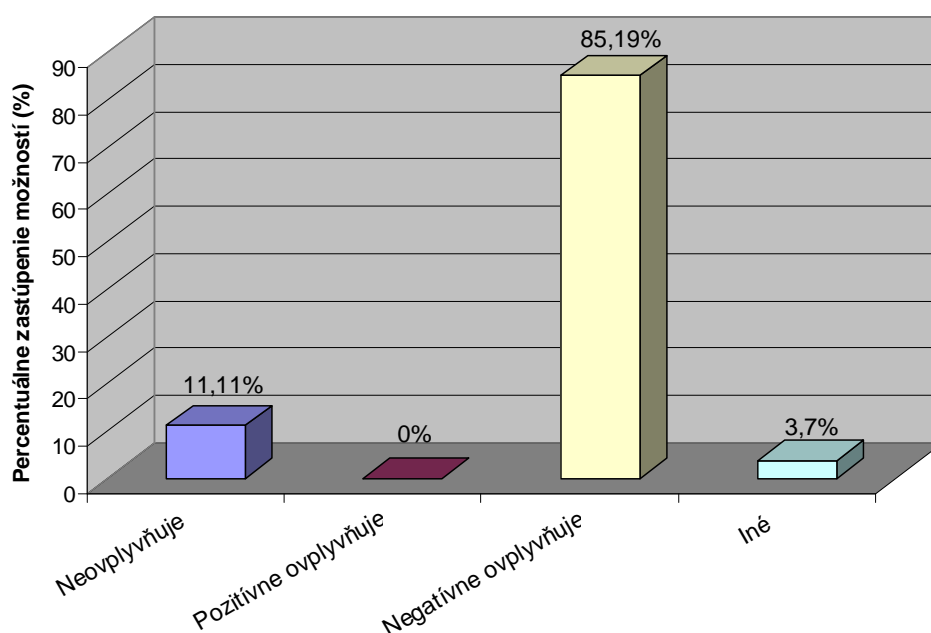


Hypotéza 4: *Predpokladáme, že preťaženosť sestier negatívne ovplyvňuje úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pretože u preťažených sestier sa zvyšuje riziko chybných výkonov a rozhodnutí a znižuje pracovná výkonnosť.*

Hypotéza sa **potvrdila**. Na základe analýzy odpovedí na otázku 18 môžeme konštatovať, že preťaženosť sestier negatívne ovplyvňuje úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti, pretože to potvrdila prevažná väčšina sestier (85,19%).



**Graf 26** Vplyv preťaženia sestier na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti



Hypotézu potvrdzuje aj skutočnosť, že sestry, ako zdôvodnenie odpovede na otázku ako podľa nich ovplyvňuje preťaženie sestier úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti uviedli, že preťažené sestry majú: spomalené reakcie, robia častejšie chyby (40,75%), je veľa pacientov a málo času (16,67%), sestry sú podráždenejšie, netrpezlivejšie a nevšímavé k potrebám pacienta (14,82%). Odpovede respondentov, na základe ktorých sme overovali platnosť hypotézy, sú znázornené v grafe 26 a tabuľke 7.

**Tabuľka 7** Zdôvodnenie odpovedí

Kategoríe odpovedí		
a)	Spomalené reakcie sestier, častejšie chyby	40,75%
b)	Veľa pacientov a málo času	16,67%
c)	Sestry sú podráždenejšie, netrpezlivejšie a nevšímavé k potrebám pacienta	14,82%
d)	Nie je dostatok času na každého pacienta, koľko by potreboval	7,41%
e)	Veľa úkonov a málo času	3,70%
f)	Pre fyzickú vyťaženosť kvalita práce nie je dostatočná	3,70%
g)	Odzrkadľuje sa to na postoji sestier k práci a celkovej nálade	3,70%
h)	Vyčerpanosť a únava je faktorom, pre ktorý nemôžem vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť, ako by som chcela	1,85%
i)	Málo sestier na veľa pacientov, množstvo povinností aj namiesto iného personálu (ošetrovatelia)	1,85%
j)	Nevyjadriilo sa	5,55%

## 5.7 Diskusia

Na základe výsledkov prieskumu je zjavné, že sestry pracujúce v liečebniach dlhodobo chorých sú fyzicky a psychicky preťažené a že to má negatívny dopad na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Psychické vyčerpanie im spôsobuje hlavne práca v časovom strese (72,22%), zodpovednosť (51,87%), množstvo práce (38,89%), komunikácia s pacientom a príbuznými (40,74%). Prejavuje sa to najviac celkovou únavou (75,93%). Časť sestier (59,26%) si po službe nemá možnosť dostatočne oddýchnuť. Predpokladáme, že túto skupinu tvoria matky s malými deťmi a manželky, ktoré majú na starosti domácnosť. Prevažná väčšina sestier si vybrala túto prácu preto, lebo má k nej kladný vzťah (40,74%), rada pomáha (27,77%) a má rada starých ľudí (20,37%). Napriek tomu, zo zistení môžeme usúdiť, že sa táto práca nedá vykonávať viac ako 20 rokov. S celkového počtu respondentov iba 3,7% pracuje v LDCH viac ako 20 rokov. Podľa väčšiny sestier je práca v LDCH náročná (68,52%), až veľmi náročná (27,87%), nakoľko má jedna sestra na starosti v celodennej službe 15 až 20 pacientov a v nočnej službe 16 až 39 pacientov a z nich je v priemere 1/4 až 1/2 imobilných (14,81%) a viac ako 1/2 imobilných (81,49%). Poskytnúť dostatočnú ošetrovateľskú starostlivosť toľkým pacientom jednou sestrou je nemožné. Normatívy sestier pre geriatrické oddelenia, kde môžeme zaradiť aj LDCH, odporúčajú 10 sestier na 20 pacientov, čo v prepočte znamená, že jedna sestra v celodennej v službe by mala mať na starosti priemerne 7 pacientov a v nočnej službe 10 pacientov. Súčasný stav môže byť zapríčinený aj všeobecným nedostatkom sestier na Slovensku. Prekvapilo nás, že pri toľkých imobilných pacientoch, väčšina sestier (75,93%) nemá na oddeleniach k dispozícii dostatok technických zariadení na zdvíhanie imobilných pacientov a manipuláciu s nimi. Podobné výsledky boli zistené aj v štúdií, ktorú zrealizovalo MZ na Slovensku v rokoch 1996 až 1999. V návrhu opatrení vyplývajúcich z hlavnej úlohy MZ SR bolo uvedené: „je nutné vypracovať program systematického vybavenia geriatrických, ale aj iných pracovísk, kde sú imobilní pacienti, dostatočným množstvom technických zariadení na manipuláciu s imobilnými pacientmi s potrebnou kvalitou a funkčnosťou; ide o mimoriadne naliehavú úlohu, ktorá bola zanedbávaná a jej neriešenie znamená významné zaťažovanie zdravotníckych pracovníkov a vedomé poškodzovanie ich zdravia“ (Šulcová, Hubáčová a kol., 1999). Je smutné, že sa následne odporúčania na zlepšenie práce a pracovných podmienok v niektorých zdravotníckych zariadeniach dodnes nezrealizovali.

Taktiež počet sanitárov, ktorí pomáhajú sestre v službe, je nedostačujúci. V celodennej službe pomáha sestre 1 sanitár (75,93%) alebo 2 sanitári (24,07%). V nočnej službe nepomáha sestre žiadny sanitár (59,26%) alebo 1 sanitár (40,74%).

Napriek tomu, že všetky sestry vykonávajú na oddelení ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, väčšina sestier (77,78%) si nemyslí, že sa zvýšila úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Je to v prvom rade následkom časovej záťaže, pretože sestry uvádzajú, že písomnému vypracovaniu ošetrovateľskej dokumentácie venujú 1/4 až 1/2 pracovného času (61,12%) a niektoré viac ako 1/2 pracovného času (22,22%) a na realizáciu naplánovaných intervencií im už nezostáva dostatok času. Všetky 9,26% sestier uviedlo, že skôr áno a zdôvodnili to tým, že sa práca lepšie plánuje a organizuje. Predpokladáme, že to boli sestry s vyšším vzdelaním, nakoľko zo vzorky respondentov 9,26% boli sestry s I. stupňom vysokoškolského vzdelania – Bc. a ich pohľad na ošetrovateľský proces je komplexnejší a nezužujú ho iba na písanie. Väčšina sestier však mala ukončenú SZŠ – všeobecná sestra (70,37%).

Naše zistenia poskytujú obraz o názoroch a skúsenostiach sestier pracujúcich v LDCH len u vybranej vzorky respondentov. Prieskum nám ukázal, že práca sestier v LDCH je v súčasných podmienkach veľmi náročná a úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti nie je uspokojivá.

Rezervy vidíme najmä v legislatíve a nedostatočnom personálnom a technickom vybavení LDCH.

## Odporúčania pre prax

Na základe teoretických a empirických poznatkov z prieskumu odporúčame:

- zabezpečiť dostatočné personálne a technické vybavenie oddelení, aby sa predišlo enormnej záťaži sestier;
- umožniť sestram využívať možnosti rehabilitácie a rekondičných pobytov v mimopracovnom čase;
- poskytnúť sestram účasť na oddychových aktivitách;
- poskytnúť sestram dostatok informácií, ako predchádzať fyzickej a psychickej záťaži;
- zaviesť problematiku o cielej prevencii a ochrane zdravia sestier pred nadmernou fyzickou a psychickou záťažou do študijného programu na zdravotníckych školách;
- znížiť vekovú hranicu odchodu sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých do dôchodku.

## Záver

Práca sestier je veľmi potrebná, ale aj veľmi náročná. Nedokážeme si predstaviť ošetrovateľskú starostlivosť bez sestier. Potrvá však ešte nejaký čas, kým sa sestry dočkajú zaslúženého uznania a adekvátneho ohodnotenia. Vyžaduje to nielen zmenu zákonov, ale aj zmenu zmýšľania. V ošetrovateľstve viac ako 90% personálu tvoria ženy, je preto príznačné, že sa ošetrovateľstvo na Slovensku nevyvíja z kultúrneho rámca, v ktorom má práca žien nižší spoločenský status so všetkými dôsledkami. Zatiaľ sú ešte sestry, ktoré aj napriek tomu, pristupujú k tejto práci s láskou a vidia zmysel v pomoci druhému. V rámci svojich schopností a možností vykonávajú, ako len najlepšie vedú ošetrovateľskú starostlivosť, nehľadiac na nadmernú záťaž a možné následky.

Zistenie dôvodov preťaženia sestier pracujúcich v liečebniach dlhodobo chorých môže byť prvým krokom k určitému zlepšeniu. Potrebné je však komplexnejšie sa tejto problematike venovať a následne potrebné zmeny uviesť do praxe. Tu sa otvára aj priestor pre dialóg s kompetentnými. Ak sa odstráni, alebo aspoň zníži preťaženosť sestier, zvýši sa úroveň kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, pacienti nebudú musieť s obavami prichádzať do zdravotníckych zariadení a sestry im budú môcť poskytnúť adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť bez ohrozenia svojho vlastného zdravia.