Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

OŠETŘOVATELSKÉ VIZITY A JEJICH DŮLEŽITOSTI Z POHLEDU SESTRY A PACIETNA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Andrea Hudáčková R.N. 2007 Lucie Benisková DiS

Abstract

My thesis, **Nursing Rounds and Their Importance from Nurses and Patients Points of View**, is divided into a theoretical and practical part.

The theoretical part consists of three main chapters. The first chapter describes nursing as a field of science; the second deals with the nursing process in connection to nursing rounds; and the third presents nursing rounds.

Nursing rounds are very important to provide patients with high quality care. They enable patients to get more information about their illnesses, following examinations, nursing processes, rehabilitation, etc. There is a continuous contact between nurses and their patients that is why nursing rounds are important for both, patients and nurses.

The practical part deals with nursing rounds. The **aim** of this work was to find out if nursing rounds are practised at standard wards in Písek Hospital, Inc.; investigate about their importance for nurses and clients; and see patients' opinions on these rounds.

There were three hypotheses: *Hypothesis no. 1: Nursing rounds are not usually practised at wards; Hypothesis no. 2: Nurses do not consider these rounds to be important; Hypothesis no. 3: Patients/ clients are not sufficiently informed about nursing rounds.*

The file for my questionnaire research was created by nurses and patients of standard wards (surgery, internal medicine, orthopaedic, gynaecology- obstetric, urologic, and neurological ward) in Písek Hospital, Inc. There were two different questionnaires; one of them contained 19 questions for nurses, and the other one 15 questions for patients.

According to the results, hypotheses **1** (nursing rounds are not usually practised at standard wards in Písek Hospital, Inc.) and **3** (most of the patients do not know the term nursing round and have never heard about it) **proved valid**. Hypothesis **2** (nurses and patients do not consider these rounds to be important) did **not** prove valid.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11.5. 2007 …….

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Andree Hudáčkové R.N. za cenné připomínky a trpělivý přístup při vedení mé bakalářské práce a také mé rodině, která mi byla během studia velkou oporou.

OBSAH

ÚVOD …….. 3

1. SOUČASNÝ STAV …….. 4

1. 1 Ošetřovatelství jako vědní obor ……... 4

1. 1. 1 Teorie ošetřovatelství ……... 4

1. 1. 2 Cíle ošetřovatelství …….. 5

1. 1. 3 Koncepce ošetřovatelství …….. 6

1. 1. 4 Filozofie ošetřovatelství …..……. 8

1. 1. 5 Role a činnosti sestry …… 9

1. 2 Ošetřovatelský proces a vizita …… 11

1.2.1 Ošetřovatelský proces …… 11

1.2.2 První fáze ošetřovatelského procesu a vizita …… 12

1.2.3 Druhá fáze ošetřovatelského procesu a vizita …… 14

1.2.4 Třetí fáze ošetřovatelského procesu a vizita …… 15

1.2.5 Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu a vizita …… 17

1.2.6 Pátá fáze ošetřovatelského procesu a vizita …… 18

1. 3 Ošetřovatelská vizita ……... 20

1.3.1 Definice ošetřovatelské vizity …… 20

1.3.2 Druhy ošetřovatelských vizit …… 20

1.3.2.1 Malá sesterská vizita ……. 21

1.3.2.2 Velká sesterská vizita ……. 22

1.3.2.3 Individuální sesterská vizita ……. 23

1.3.3 Příprava sestry na ošetřovatelskou vizitu …… 23

1.3.4 Příprava pacienta na ošetřovatelskou vizitu …… 23

1.3.5 Pomůcky k ošetřovatelské vizitě …… 24

1.3.6 Ošetřovatelská dokumentace …… 24

1.3.7 Důležitost ošetřovatelských vizit pro sestru …… 25

1.3.8 Důležitost ošetřovatelských vizit pro pacienta …… 26

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY…….. 27
2. 1 Cíl práce …….. 27
2. 2 Hypotézy práce …….. 27
3. METODIKA …….. 28
3. 1 Metodika práce ……..…… 28
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru …….. 28
4. VÝSLEDKY 29
4. 1 Výsledky z dotazníku pro sestry …….. 29
4. 2 Výsledky z dotazníku pro pacienty ……... 44
5. DISKUZE 56
6. ZÁVĚR 63
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 64
8. KLÍČOVÁ SLOVA 67
9. PŘÍLOHY 68

ÚVOD

Práce sestry patří mezi jednu z nejnáročnějších a nejvíce frustrujících profesí vůbec. Vyžaduje nejen vysokou teoretickou, ale i praktickou vzdělanost. Pro dobře poskytovanou ošetřovatelkou péči je zároveň zapotřebí vysoké osobní nasazení. Všechny zkušenosti a odborné znalosti jsou předpokladem toho, že sestra nebude poskytovat ošetřovatelskou péči nahodile, ale promyšleně (odborně) a cílevědomě.

Snad nejdůležitější vlastností dobré sestry je schopnost empatie. Klient dokáže sestře odpustit nedokonale provedený ošetřovatelský výkon, ale neodpustí jí nelidské a arogantní jednání. Důležitou součástí práce sestry je umění objektivně posoudit potřeby pacienta. Povolání vyžaduje nejen schopnost pečovat o fyzickou stránku pacienta, ale v čím dál větší míře se týká i schopnosti pečovat o psychickou a sociální oblast pacientova zdraví. V dnešní době je na pacienta pohlíženo jako na bytost bio-psycho-sociální, holistickou a celostní.

Aby sestra mohla poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči, musí znát ošetřovatelský proces a mít dostatečné dovednosti a znalosti k jeho realizaci. Pomocí ošetřovatelského procesu jsou uspokojovány potřeby nemocného i zdravého člověka. Sestra musí být v častém kontaktu s klientem a musí umět navodit příjemnou a produktivní komunikaci. Ošetřovatelský proces úzce souvisí s ošetřovatelskými vizitami. Ošetřovatelské vizity jsou velmi důležité pro zajištění kvalitní ošetřovatelské péče. Dávají pacientovi prostor dozvědět se více o své nemoci, o následných vyšetřeních, ošetřovatelských postupech, rehabilitaci, atd. Sestra a pacient jsou spolu v neustálém kontaktu, a proto jsou sesterské vizity významné jak pro sestry, tak pro klienty.

Téma sesterská vizita byla zvolena z důvodu, aby se mohlo zmapovat provádění ošetřovatelských vizit v Nemocnici Písek a.s.. Zajímalo mě, zda se sesterské vizity provádějí a jaké názory na provádění sesterských vizit mají sestry a klienti. Cílem této bakalářské práce je zmapovat provádění ošetřovatelských vizit na standardních odděleních Nemocnice Písek a.s., vyzkoumat jejich důležitost pro sestru a klienta a zjistit názory pacientů na tyto vizity.

1. SOUČASNÝ STAV

„ Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individuu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získání soběstačnosti. “

Virginie Henderson

1.1 Ošetřovatelství jako vědní obor

1.1.1 Teorie ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (18 s.3).

„Ošetřovatelství má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu a vědomosti. Stejně tak úlohou sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost “ (4 s.13).

„Ošetřovatelství je humanitní věda, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznatcích. Ošetřovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní a duchovní stav“ (4 s.13).

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat“ (4 s.13).

Zaměřeno je zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli

schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči (18).

Z historie se vědomosti, které využívaly sestry, čerpaly z přírodních a behaviorálních věd. Florence Nightingalová definovala teorii ošetřovatelství tak, že prostředí má vliv na pacientovo/klientovo uzdravení. Myslela tím čisté, dobře větrané a tiché prostředí. To vše tvoří základ pro uzdravení nemocného. Florence Nightingalová je považována za první teoretičku ošetřovatelství. V druhé polovině 20. století vznikaly další a další teorie ošetřovatelství. Mezi nejznámější teoretičky patří Virginia Hendersonová (14 základních potřeb), Faye Abdellahová (21 problémů ošetřovatelství), Dorothy E. Johnsonová (Teorie behaviorálního systému), Imogene Kingová (Teorie dosáhnutí cíle), Madeleine Leinningerová (Teorie transkulturální péče), Myora Levineová (4 ochranné principy), Bette Neumanová (Systémové teorie), Dorothea Oremová (Teorie soběstačnosti), Hildegard Peplauová (Psychodynamické ošetřovatelství), Martha Rogersová (Energické pole), sestra Callista Royová (Adaptační teorie) (9).

Dnešní ošetřovatelství se značně liší od ošetřovatelství před 50 lety. K tomu aby se ošetřovatelství vyvíjelo je potřeba rozvoje ošetřovatelských koncepcí a teorií (9).

1.1.2 Cíle ošetřovatelství

Pojem ,,cíl v ošetřovatelství,, znamená to, čeho se má do budoucna dosáhnout. Ošetřovatelství chce pomáhat jedinci, skupinám a rodinám, aby dosáhli tělesného, duševního a sociálního zdraví. Snažit se o to, aby byly komplexně uspokojovány potřeby člověka , a tím dosáhnout jeho kvalitu života. Podílet se na prevenci a navrácení zdraví, podporovat a upevňovat zdraví. Pomoci nemocným lidem zachovat si co nejdéle svou soběstačnost. Zmírnit utrpení člověka při těžké nemoci a poskytnout mu dostatečnou péči, klidné umírání a důstojnou smrt. Při docílení těchto cílů je pro ošetřovatelský personál důležitá spolupráce s pacientem/klientem, lékařem a jinými odborníky ve zdravotnictví a sociální sféře (9, 18, 22).

Zdravotnický pracovník má uznávat a respektovat každého člověka, jeho potřeby, podporovat a udržovat zdraví po celý jeho život. Chápat jedince jako holistickou bytost (člověk je chápán jako celek). Vědět, že lidé mají právo na spolurozhodování o své péči (22).

1.1.3 Koncepce ošetřovatelství

Metodická opatření vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob (18).

Tato koncepce vystupuje z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence ve 21. století (18).

Určuje základní perspektivu vývoje českého ošetřovatelství k výraznému doplnění od současného pojetí ošetřovatelské péče zaměřené převážně na splnění lékařských ordinací a zajištění základní ošetřovatelské péče o náročnější a samostatnější práci sester orientovanou na podporu zdraví člověka a jeho potřeby. Ukazuje směr, kterým je třeba dokončit transformaci vzdělávání ošetřovatelských pracovníků. Zdůrazňuje nutnost zavedení ošetřovatelského procesu doprovázeného ošetřovatelskou dokumentací jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů stanovujících kriteria k jejímu hodnocení. Navrhuje systém registrace sester (18).

Při používání této koncepce v praxi lze očekávat, zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v lepší ošetřovatelské nemocniční i domácí péči, ale také v terénní sesterské praxi na úseku prevence a výchovy ke zdraví, což bude mít i významný ekonomický efekt (18).

Je východiskem pro vytváření nových koncepcí v ošetřovatelství a to v jednotlivých klinických oborech (18).

Více dopodrobna je zde zahrnuta, jako viz výše, definice *teorie ošetřovatelství* (viz kapitola 1.1.1. Teorie ošetřovatelství), zdravotničtí pracovníci v oboru a jejich vzdělávání. Do této skupiny patří zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, nebo zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (18).

Dále je zde zahrnut registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Každý zdravotnický pracovník, který chce pracovat bez odborného dohledu se musí zaregistrovat. Tento registr je přístupný pro veřejnost (bez údajů o rodném čísle a trvalém pobytu) a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetřovatelskou péči (18).

Všechny stupně a typy vzdělávání a všechny aktivity v oblasti dalšího vzdělávání má sestra oficiálně zaznamenány v průkazu odbornosti (indexu), který slouží jako podklad k registraci (18).

Management v ošetřovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filosofií služeb. Ošetřovatelství nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin, komunit, a proto je potřeba jedinečný přístup. Kvalita péče, která má být poskytována, je závislá na vzdělanosti personálu a použitých prostředků. Proto úspěch záleží na kvalitě služeb i na schopnosti poskytovat péči v rámci daného souboru prostředků. Tento dvojí cíl managementu vyžaduje uvážlivé a specifické profesionální strategie. Struktura řízení ošetřovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na dohodě vedoucí sestry příslušného zařízení s jeho vedením (18).

Základním požadavkem současného ošetřovatelství je kvalitní ošetřovatelská péče. Definici kvalitní péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kriteria. Standardy mohou být vydány jako legislativní normy (zákony, vyhlášky a metodická opatření), nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením. Týkají se kategorií a kvalifikace ošetřovatelského personálu, realizace ošetřovatelského procesu, ošetřovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personálního

obsazení pracoviště z hlediska ošetřovatelské péče. Vedoucí sestra je povinna pravidelně a průběžně hodnotit ve svém zařízení a na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, profesionální přístup sester k nemocným, organizaci práce ošetřovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetřovatelskou péčí. Při hodnocení používá objektivní a standardizované metody hodnocení (18).

Komunitní péče v ošetřovatelství a ošetřovatelský výzkum je také zahrnut v koncepci ošetřovatelství (18).

1.1.4 Filozofie ošetřovatelství

Jako každá věda má i ošetřovatelství svou filozofii. Filozofie (láska k moudrosti) je věda o nejobecnějších zákonitostech vývoje bytí, procesu poznání a lidského poznání. Hlavní části filozofie tvoří ontologie (nauka o bytí) gnoseologie (teorie poznání). Zahrnuje také etiku, estetiku, sociologii, politologii (16).

Filozofie a světový názor v ošetřovatelství odráží poznání v duchovním rozměru a v etické zásadě a vytváří hodnoty, víru a přesvědčení (16).

Základem této filozofie je uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka jako holistické bytost. Uznávat prvky, které ovlivňují zdraví a nemoc, snažit se podporovat a udržovat zdraví po celý život člověka a vědět, že každý člověk má právo spolurozhodovat o své péči (16).

Holismus tzv. „filozofie celistvosti“, je filozofický směr, který vidí živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému – psychosomatická interakce – vede k zapojení holistické péče na bio-psycho-sociálním poli. Psychika (oblast kognitivní, emocionální a duchovní) a soma (biologický a fyziologický stav) jsou v neustálém vztahu, proto jsou vzájemně spojeny a ne odděleny. Mnoho lidí vyhledává zdravotní péči pro somatické příznaky a má ve skutečnosti poruchy zahrnující komplexní interakci somato-psychosociálních faktorů. Porozumíme tomu, že psychika neexistuje odděleně od těla a naopak. Setra se zabývá člověkem jako celkem, jako bytostí biopsychosociální, duchovní a emocionální. Holismus zahrnuje také zvládání stresu, adaptace na prostředí a sebekoncepci. Termín zavedl v r. 1926 ve své knize „Holismus a evoluce“ jihoafrický politik a generál J.Ch. Smuts (9, 15, 16, 25).

V době zdraví i nemoci pomáhá holistická péče lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních sil (15).

1.1.5 Role a činnosti sestry

Sestra se zabývá zlepšováním zdraví a prevencí výskytu nemocí, rehabilitací a léčbou u jednotlivců, rodin a komunit, je odpovědná za svou práci, podílí se na vyšetřeních a léčbě (podle kompetence může toto provádět), informuje a instruuje pacienty/klienty, studenty a kolegy o ošetřovatelské péči (aktivně podporuje jejich zapojení do všech forem ošetřovatelské péče tak, aby došlo k sebedůvěře a samostatnému rozhodování), sleduje ošetřovatelský výzkum a podílí se na něm. Zajišťuje kvalitu ošetřovatelské péče a také si plánuje vlastní práci, práci ve skupinách a dle kompetence dohlíží na pracovní týmy a spolupracuje s jinými kategoriemi pracovníků. Sestra musí umět naslouchat a umět vést rozhovor s pacientem/klientem tak, aby vznikl mezi nimi vztah důvěry jako základ pro jeho zapojení do ošetřovatelské péče. Dále vyhledává a vyhodnocuje, jestli pacient/klient potřebuje ošetřovatelskou péči (vyhledávání potřeb pacienta/klienta), vytváří ošetřovatelský plán péče pro pacienta/klienta, a to je možné nejlépe ve spolupráci s ním. Realizuje ošetřovatelský plán, při němž zajišťuje potřeby pacienta/klienta a zhodnocuje a kontroluje poskytnutí péče (3).

Sestra musí chápat jedince, rodinu a komunitu jako holistickou bytost při poskytování péče a vychází z jejich prostředí a životního stylu. Vyhledává potřeby pacienta/klienta a rizika fyzického, duševního, sociálního a kulturního zdraví. Edukuje a motivuje jedince, rodinu a komunitu k tomu, jak mohou ovlivnit svůj životní styl, prostředí a dle potřeby jim doporučit zdroje pomoci. Hodnotí tuto poskytovanou péči. Také pomáhá pacientům/klientům, kteří nějakým způsobem trpí, jsou ve stresu, poskytuje jim podporu a útěchu, a to i v případě potřeby až do okamžiku smrti (3).

Sestra asistuje lékaři a plní jeho ordinace. Podílí se systematicky na všech programech na zajištění kvality, na výzkumu jako členka multidisciplinárního týmu, rozvíjí své nové znalosti a kontinuálně se vzdělává (3).

Role sestry neustále prochází dynamickým vývojem. Měnící se doba přináší nové a nové požadavky na její odborné znalosti a dovednosti. Zvláštní důraz v dnešní době se klade na zdokonalení v komunikační dovednosti (1).

Sestra svým profesionálním působením nezastává pouze jednu, ale vždy více rolí. Tyto role ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie a celkový zdravotní stav obyvatelstva. Proto je důležité neustálé vzdělávání sester a ošetřovatelské praxe, která má za následek rozvoj role sestry. Zastává role poskytovatelky ošetřovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice a mentorky (4).

Nejdůležitější a nejnáročnější role sestry v souvislosti s ošetřovatelskou vizitou je role edukátorky. Je náročná na čas a profesionální kompetence. Edukační činnost tvoří součást plánovaných intervencí sestry ve všech formách ošetřovatelské péče. Je důležitá pro ošetřovatelskou praxi (ošetřovatelský proces) a ošetřovatelství. Právě sestry jsou v úzkém kontaktu s pacientem/klientem, realizují výchovně-vzdělávací aktivity ve spolupráci i s dalšími odborníky. Aby mohli pacienta/klienta edukovat, musí mít dostatek informací a znalostí jak v oblasti zdraví tak, i v nemoci. Sestry tráví poměrně značnou část času ve zdravotnickém zařízení, znají neuspokojené potřeby pacienta/klienta díky ošetřovatelskému procesu. Podle toho je potřeba pacienta/klienta vzdělávat. Při ošetřovatelské vizitě např. sestra pacienta/klienta trpícího diabetem mellitu edukuje jak správně aplikovat inzulín, kdy provádět glykémii, jak zacházet s inzulinovým perem, jak dodržovat diabetickou dietu nebo poučuje ženy po gynekologické operaci, jak dodržovat zásady hygieny, stravování, péče o operační ránu, jak kontrolovat krvácení atd. Způsob edukace je individuální, záleží na typu pacienta/klienta, onemocnění, druhu operačního zákroku atd. (4, 5, 12).

1.2 Ošetřovatelský proces a vizita

Nedílnou součástí kvalitní ošetřovatelské péče a léčby je ošetřovatelský proces, který úzce souvisí se sesterskými vizitami (5).

1.2.1 Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče‘‘ (9).

Vychází z koncepce českého ošetřovatelství. Prostřednictvím ošetřovatelského procesu je zajištěna ošetřovatelská péče, která je odvozena od potřeb jedince (7).

Mezi cíle ošetřovatelského procesu patří zhodnocení pacientova/klientova zdravotního stavu, kdy se zjišťují jeho základní potřeby a určují potencionální a skutečné problémy, které by mohly nejen v nemoci, ale i ve zdraví člověka nastat. Po vytyčení problému, naplánování a vyhodnocení potřeb nemocného ošetřující personál provede ošetřovatelský zásah a tím uspokojí potřeby nemocného. Důležité je u pacienta/klienta uspokojení potřeb a docílení biopsychosociální pohody. Ošetřovatelský proces je logicky a systematicky uspořádán. Jednotlivé složky tohoto procesu na sebe navazují. Interakce mezi sestrou a pacientem/klientem patří k nejdůležitějším prvkům (9).

Ve směnném provozu se používají dva systémy práce. Systém skupinové péče nebo systém primárních sester. Sestry v prvním systému mají při směně rozděleny pacienty/klienty. Každá sestra má určitý počet nemocných, o které se ten den stará. Krom nich má každá na starosti vedení ošetřovatelského procesu a danou ošetřovatelskou dokumentaci. Po skončení služby si předávají sestry pacienty/klienty v té skupině. Primární sestra se stará o pacienta od přijetí, až do jeho propuštění. Zajišťuje ošetřovatelský proces a ošetřovatelskou dokumentaci (18).

Ošetřovatelský proces má pět fází. Do první fáze patří zhodnocení potřeb pacienta a prostředků ošetřovatelské péče, druhá fáze obsahuje stanovení ošetřovatelských diagnóz, třetí fáze zahrnuje plánování, kdy se určí cíl, čtvrtá fáze obsahuje realizaci, kdy dochází k vykonání ošetřovatelského plánu a pátá fáze zahrnuje vyhodnocení efektu ošetřovatelské péče a zpětnou vazbu (9, 22).

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetřovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý jednotlivý krok je závislý na krocích ostatních. Všechny kroky ošetřovatelského procesu se navzájem ovlivňují, úzce spolu souvisí (9, 22).

Aby sestra poskytovala kvalitní péči pacientovi/klientovi, musí mít nejen vědomosti a zručnost při uskutečňování ošetřovatelských intervencí, ale i dostatek informací o ní. To proto aby se zvolil co nejlepší léčebný postup. Ošetřovatelský proces je proces učení a myšlení. Neustále se dají věci vylepšovat, měnit a doplňovat (21).

1.2.2 První fáze ošetřovatelského procesu a vizita

První částí ošetřovatelského procesu nazýváme zhodnocení pacienta/klienta. Tato činnost je dynamická a systematická, zahrnuje pozorovací, komunikační, analyzační a interpretační schopnosti sestry. Základem je určení specifických potřeb osoby, která je hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení (22).

Hodnocení pacienta/klienta vyžaduje profesionální znalosti a dovednosti sestry. Provádí jej registrovaná sestra. Obsahuje sbírání informací, interpretace získaných informací, identifikace aktuálních a potencionálních potřeb pacienta/klienta, stanovení priorit pro ošetřovatelskou péči a dohodu o stanovených potřebách (22).

U každého nově přijatého pacienta/klienta sestra zjišťuje podrobné, specifické informace o něm. Pozorováním získává údaje o nemocném pomocí všech smyslů. Sleduje celkový stav, chování, soběstačnost v základních všedních činnostech, spánek, funkce smyslových orgánů, atd. Pozorování sestrou musí být cílevědomé a systematické tak, aby nic významného neušlo její pozornosti. O objektivním pozorování má sestra napsat záznam. Při tvorbě závěrů musí posuzovat společně subjektivní údaje pacienta i objektivní skutečnosti. Pomocí rozhovoru si upřesňuje informace získané z dokumentace a při pozorování. Získává ošetřovatelskou anamnézu, objektivní a subjektivní údaje, poučí a uklidní pacienta/klienta a získá ho ke spolupráci v léčebném a ošetřovatelském procesu. Co nejdříve vše zdokumentuje. Dle možností si sestra rozhovor naplánuje, připraví vhodné prostředí (ne hlučné, více soukromí), otázky pro zjištění informací o pacientovi/klientovi a odpovědi na otázky, na které by se mohl pacient zeptat (co může mít pacient/klient sebou na oddělení, jak se může spojit s rodinou). Při rozhovoru si všímá jeho verbálních a neverbálních projevů. Nejprve se

sestra představí jménem, hovoří srozumitelně, pomalu, používá jazyk, kterému pacient rozumí, nechává pacientovi/klientovi dostatek času na přemýšlení, udržuje oční kontakt, vyslechne si jeho odpovědi.. Dále informuje pacienta/klienta o možnosti kontaktu s ní (1, 7, 16, 21, 22).

Sestra získává informace o pacientově/klientově zdravotním stavu, o tělesných, emocionálních, společenských, kulturních, intelektových a duchovních problémech. Zda je něco důležitého v rodinné, osobní, gynekologické anamnéze, jaké užívá léky, nynější onemocnění (diabetes mellitus, hypertenze, atd), jak zvládá stresové situace, jaké jsou jeho stravovací či spánkové návyky, náboženské vyznání, sociální poměry, atd. Podle těchto aspektů se zjišťují potřeby pacienta/klienta. Při rozhovoru si sestra také všímá neverbálních projevů pacienta/klienta. Vzápětí provede fyzikální vyšetření (základní screening). Po základním rozhovoru a fyzikálním vyšetření se údaje o nemocném zapíší do ošetřovatelské dokumentace. Kvalitní ošetřovatelská anamnéza závisí na dovednosti sestry vést cílený rozhovor. Nedostatek informací vede k nedostatečné ošetřovatelské péči (7, 9, 16, 19, 21, 22).

Potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka a schopnost komunikovat patří mezi nejdůležitější životní dovednosti. Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem nebo mezi zdravotníky navzájem. Komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem slouží během hospitalizace k vytvoření kladného vztahu mezi nimi a vede k lepší spolupráci. K dosažení úspěšné oboustranné komunikace mezi nimi je potřeba dodržet obecné požadavky. Schopnost naslouchat, schopnost klást otázky, empatie (schopnost vcítit se do toho, co pacient/klient právě prožívá), projevit porozumění a umět jej dát najevo, cítit úctu k člověku, umět poradit nemocnému, mít o něj zájem a přistupovat ke každému individuálně a holisticky. Pro péči o pacienty/klienty má způsob, jak s nimi sestra komunikuje, velký význam. Obracejí se na sestru s žádostí o radu, ujištění, konzultaci nebo jen když potřebují společenský kontakt (1, 6, 23, 24).

Při ošetřovatelské vizitě se uplatňují informace podané pacientem. Aby sestra mohla provádět ošetřovatelskou vizitu a lépe hodnotit ošetřovatelský proces, je potřeba znát vše o pacientovi. Důležitý je neustálý kontakt s pacientem/klientem, který vede

k přehledu o něm. Touto návštěvou se zjistí jeho potřeby a vytyčí se stávající či potencionální problémy. Dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem vede k vytvoření lepších vztahů. Vyslechne pacienta/klienta, srozumitelně mu vysvětlí která další vyšetření ho čekají a jaký je jejich účel, atd. Pacient/klient tím více důvěřuje sestře, cítí se více v bezpečí v neznámém prostředí, lépe se adaptuje. Při příjmu pacienta/klienta na oddělení podává sestra také informace ohledně sesterské vizity. Vysvětlí pojem sesterská vizita, kdy se provádí a za jakým účelem se koná. Tak bude pacient na vizitu připraven a nebude mít z ní obavy (5, 7, 9, 19, 21, 22).

1.2.3 Druhá fáze ošetřovatelského procesu a vizita

Určení ošetřovatelské diagnózy patří do druhé fáze ošetřovatelského procesu. V průběhu vývoje ošetřovatelského procesu vzniklo několik definic sesterské diagnózy. Nejstarší definici formulovala Abdellahová v roce 1957. Ošetřovatelská diagnóza je úsudek, který vyplývá z pacientova/klientova aktuálního nebo hrozícího zdravotního problému. Podkladem k tomu aby se mohla stanovit diagnóza, je potřeba analýzy. Takzvané fáze ošetřovatelské diagnostiky. Nejprve se analyzují informace získané z první fáze ošetřovatelského procesu, identifikují se problémy, které souvisí s pacientem/klientem (tělesné problémy–bolest, porucha spánku a jiné a psychosociální problémy-porucha komunikace, adaptace, plnění rolí, atd). Analýzou údajů o pacientovi/klientovi dospějeme k poznání jeho reálných potřeb a ke stanovení priorit ošetřovatelské péče. Takže úkolem není určovat nemoc, ale identifikovat ošetřovatelské problémy pacienta/klienta. Sesterská diagnóza je závěr, který je možno udělat pouze po pečlivém a systematickém procesu sběru dat. Ošetřovatelské problémy se mohou vyskytovat nejen u nemocných, ale i u zdravých lidí. Diagnostika ošetřovatelských problému se provádí při příjmu nebo v průběhu hospitalizace pacienta/klienta. Potřeby a problémy nemocného se neustále mění (7, 9, 13, 14, 16, 22).

V diagnostice rozlišujeme pojem problém a potřeba. Problémy nastávají, když člověk nemůže uspokojit své potřeby. Je to jakýkoli stav nebo situace, ve které pacient/klient potřebuje pomoc pro udržení znovunabytí zdraví. Potřeby mají všichni lidé(fyziologické, kognitivní, sociální, atd), uspokojují je v interakci se svým prostředím

(16).

Ošetřovatelské diagnózy ulehčují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu. Diagnóza identifikuje zdravotní stav pacienta, jeho vitalitu a zdravotní problémy. Posiluje ošetřovatelský proces a poskytuje plánování nezávislých sesterských zásahů. Ulehčuje ošetřovatelské činnosti v případech, kdy se pacient/klient přestěhuje z jedné ošetřovatelské jednotky na druhou nebo do jiné nemocnice. Usměrňuje i plánování ošetřovatelských výkonů, které pacient/klient vyžaduje po propuštění z nemocnice. Pomáhá vykonávat komplexní zdravotnickou péči o zdraví jednotlivce a její kontinuitu a slouží jako podklad pro financování ošetřovatelské péče (16).

Ošetřovatelské diagnózy mohou být aktuální, ty co se projevují a nebo potenciální, které jsou skryté ale je u nich riziko jejich vzniku. Stanovení diagnostického závěru musí proběhnout maximálně do 24 hodin od přijetí do zdravotní péče. Opakovaně se provádí jejich stanovení v průběhu péče (13, 16).

Pokud budou sestry ošetřovatelské vizity provádět, budou hovořit s pacientem/klientem o jeho problémech, mohou tím na základě těchto rozhovorů a vyšetření stanovit ošetřovatelské diagnózy společně s ním. Poté se mohou domluvit na plánování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelské diagnózy usnadňují komunikaci mezi ostatními sestrami v týmu, zlehčují práci při překladu pacienta/klienta na jiné oddělení, posilují ošetřovatelský proces a usnadňují hodnocení kvality péče (5, 16).

1.2.4 Třetí fáze ošetřovatelského procesu a vizita

Po stanovení ošetřovatelské diagnózy se provede plánování, které patří do třetí části ošetřovatelského procesu. Pro sestru představuje řadu aktivit. Charakteristická je písemná forma plánu ošetřovatelské péče. Každý určený plán je individuální u každého jedince (9, 13, 14, 16).

Při plánování si sestra nejprve vytyčí hlavní priority ošetřovatelské péče spolu s pacientem/klientem. Stanoví preferenční pořadí ošetřovatelských strategií, čímž se určuje pořadí v jakém se budou řešit problémy. Tento krok se pak liší podle toho v jaké oblasti péče o zdraví je péče poskytována (primární, sekundární, terciální). První

v pořadí by měly být sesterské diagnózy, které mají nejvyšší priority, jelikož ohrožují život pacienta/klienta, další v pořadí by měly být problémy ohrožující zdraví. Tyto problémy pak mají v této oblasti střední prioritu (9, 16).

Stanovení očekávaných výsledků patří k této fázi (cíle, výsledná kritéria). Pacientův/klientův cíl je žádaný výsledek, neboli změna jeho zdravotního stavu. Dovolí-li to jeho zdravotní stav, měl by se rovněž aktivně zúčastnit stanovení cílu. Pokud to není možné měli bychom ho s nimi alespoň seznámit. Vždy je nutné stanovit také cíle, které jsou reálné, neboli pro jejich dosažení máme potřebné podmínky. Má být jasný, srozumitelný jak pro sestry, tak i pro pacienta/klienta. Musí být konkrétní a měřitelný. Lze ho stanovit krátkodobě, střednědobě anebo dlouhodobě. Krátkodobý cíl se vztahuje k bezprostředně následujícímu období (příštích hodin), střednědobý má trvání omezeno stavem pacienta/klienta a dlouhodobý cíl se týká delšího období, kdy nemocný je v domácí péči. Výsledná kritéria specifikují obecné cíle. Jsou to závěry o specifických pozorovatelných i měřitelných odpovědí pacienta/klienta a určují zda bylo dosaženo stanoveních cílů a proto jsou nezbytné pro vyhodnocení (9, 13, 14, 16).

Ošetřovatelské intervence neboli zásahy jsou zvolené činnosti sester, které souvisejí se sesterskou diagnózou. Slouží k dosažení žádoucích výsledků. Představují činnosti sester. Musí být sděleny ostatním členům týmu a musí být formulovány jasně a srozumitelně (16).

Psaní plánů ošetřovatelské péče podává systematické informace o zdravotním stavu pacienta/klienta v logickém celku. Tento plán obsahuje ošetřovatelské diagnózy, očekávané výsledky, ošetřovatelské intervence a vyhodnocení. Začíná se psát ihned po přijetí pacienta/klienta do zdravotnického zařízení. Během hospitalizace nemocného sestry neustále plán péče aktualizují a upřesňují podle změn jeho zdravotního stavu a vyhodnocují dosažené cíle. Sesterské ordinace obsahují datum, obsah, čas a podpis sestry (9).

Je nutné seznámit i ostatní pracovníky s ošetřovatelským plánem. Identifikují se problémy, získávají se příslušné údaje o pacientovi/klientovi. Probíhá diskuze mezi členy ošetřovatelského týmu. Získané informace se začlenění do ošetřovatelského plánu (9, 16, 22).

Ošetřovatelská péče je plánovaná přímo s pacientem/klientem a odvíjí se na základě problémů a nedosažených potřeb, které mohou v době nemoci nastat. Sestra, která navštěvuje pacienta/klienta v rámci ošetřovatelské vizity, musí cíle a priority naplánovat. Identifikuje jeho aktuální potřeby a popřípadě je upraví spolu s ním. Všímá si jeho neverbálních i verbálních projevů. Pacient/klient by měl znát význam, dobu a pravidelnost sesterské vizity. Důležitá je jeho spolupráce při této vizitě (5, 11).

1.2.5 Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu a vizita

Do čtvrté fáze ošetřovatelského procesu patří realizace ošetřovatelského plánu. Zahrnuje ošetřovatelské činnosti zaměřené na dosažení kýžených výsledků ošetřovatelské péče či cílů pacienta/klienta. Propojuje všechny fáze ošetřovatelského procesu. Je přímo úměrná kvalitě ošetřovatelského plánu a je nezbytné, aby sestra maximálně spolupracovala s pacientem/klientem. V realizaci a vlastně v celém ošetřovatelském procesu je pacient/klient nejdůležitějším účastníkem. Ošetřovatelská péče má být poskytována cíleně. Je zaměřena na zhodnocení potřeb pacienta/klienta a využití znalostí a schopností sestry. Na realizaci se podílí nejen pacient/klient a „jeho“ sestra, ale také další sestry, ostatní zdravotničtí pracovníci a jiní. Pacient/klient a jeho rodina jsou partnery sestry při plánování ošetřovatelských činností a aktivního zapojení do těchto činností (9, 13, 14, 16).

Ošetřovatelské činnosti se rozdělují na nezávislé a součinné. Nezávislé činnosti iniciuje (ordinuje) sestra na základě vlastních vědomostí a zručností, které vykonává na příkaz lékaře. Součinné činnosti vykonávají sestry buď společně s jiným členem zdravotního týmu nebo ošetřovatelské činnosti jsou výsledkem společného rozhodnutí sestry a jiného členu týmu. Realizační proces ošetřovatelských činností zahrnuje opětovné posouzení pacienta, platnost plánu ošetřovatelské péče a posouzení potřeby pomoci při prováděných činnostech (9).

K tomu, aby byly dosaženy pacientovi/klientovi stanovené cíle, musí být zrealizovány ošetřovatelské strategie . Tyto cíle vychází z podpory, ochrany a navrácení zdraví a péče o umírající. V realizaci ošetřovatelských strategií rozeznáváme šest aspektů. Mezi tyto aspekty patří pacientova/klientova individualita, potřeba jeho účasti při ošetřovatelském procesu, prevence komplikací, uchování obranných mechanismů

(celistvost kůže), poskytování pohody a podpory, přesné a starostlivé vykonávání ošetřovatelských aktivit. Ošetřovatelská činnost má být holistická, respektovat důstojnost pacienta/klienta, zvyšovat jeho sebevědomí. Aktivní spolupráce a účast pacienta/klienta je důležitá a nevyhnutelná (9, 16).

Před každou realizací ošetřovatelského plánu u pacienta/klienta se nejprve stanoví způsob organizace práce. Při této fázi sestra shromažduje údaje (zhodnocení potřeb pacienta/klienta), které zjistila v průběhu ošetřovatelského procesu. Vykonává napsané ošetřovatelské činnosti a pečuje o pacienty/klienty (9,13, 16, 22).

Po ukončení realizačního procesu sestra zapíše záznam o ošetřovatelské činnosti. Zapisují se písemně do ošetřovatelské dokumentace. Tento záznam musí obsahovat datum, čas a jméno sestry, která tuto činnost provedla (9, 22).

Během ošetřovatelské vizity sestra zjistí, zda naplánované činnosti vyhovují či nevyhovují. Zjišťuje spolu s pacientem/klientem, co je třeba změnit. Zda s touto změnou souhlasí. Sestra musí pacienta/klienta chápat jako holistickou bytost, jako celek, a podle toho se pak k němu chovat. Také se snaží mu poskytnout psychickou podporu a pohodu. Při ošetřovatelských činnostech nejdříve vysvětlí úkon, který bude dělat, aby nedošlo k neinformovanosti nemocného a tím i k ošetřovatelskému problému. Důležité je respektovat jeho důstojnost a zvyšovat jeho sebevědomí. Poskytovat dostatek soukromí a čas při rozhodování. Podporovat jeho aktivní účast při ošetřovatelských úkonech, pokud mu to zdravotní stav dovolí. Tím se zvyšuje jeho soběstačnost a ovládání činností v běžných životních situací (5, 9, 10).

1.2.6 Pátá fáze ošetřovatelského procesu a vizita

Vyhodnocení ošetřovatelské péče patří do poslední části ošetřovatelského procesu. V této fázi se porovnávají pokroky a dosažené výsledky s plánovanými cíli. V případě že nedošlo k pozitivnímu výsledku, opět se zhodnotí pacient/klient a provede úprava ošetřovatelského plánu. Na závěr se vykoná kritická analýza jednotlivých fází ošetřovatelské procesu a zrealizují se nezbytné úpravy. Hodnocení nám poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Vyhodnocení sestra provádí během celého cyklu ošetřovatelského procesu (9, 13, 14, 22).

Vyhodnocovací proces má šest částí. Mezi tyto části patří určování výsledných kritérií, které slouží k posouzení dosáhnutých cílů, získávání údajů vzhledem k daným kritériím, porovnávání získaných údajů z kritérii (cíl byl splněn, pacient/klient reagoval dle očekávání nebo cíl byl splněn částečně či se nesplnil), porovnávání ošetřovatelských činností s výsledky u pacienta/klienta (ošetřovatelské činnosti-výsledný stav), kontrolování plánu ošetřovatelské péče a změnění ošetřovatelského plánu. Pokud se rozhodneme pro změnu plánu, tak bychom se měli držet daného postupu. Do ošetřovatelské dokumentace napíšeme nově zjištěné údaje (je možno je barevně odlišit, nutno přidat datum) a i ty označíme datem. Na základě nové diagnózy znovu stanovíme priority, cíle a výsledná kritéria (9, 12, 13, 16).

Hodnocení provádí sestra i pacient/klient. Sestra se snaží získat objektivní hodnoty, které by určily efekt péče. Pacient/klient při hodnocení efektu vyjadřuje své subjektivní pocity (9, 12).

Hodnocení lze provádět právě během ošetřovatelské vizity. Pacient/klient je navštíven celým ošetřovatelským týmem. Výsledky péče jsou s ním zkonzultovány a každý účastník se k tomu může vyjádřit. Pokud je třeba plán péče pozměnit či přepracovat (stanovit podle potřeby další cíle), navrhované změny mohou být prodiskutovány rovnou mezi všemi účastníky (5, 11).

1.3 Ošetřovatelská vizita

1.3.1 Definice ošetřovatelské vizity

Pojem vizita znamená kontrola, inspekce či prohlídka (26).

Vizita dává pacientovi/klientovi prostor k tomu, aby se dozvěděl informace o své nemoci, vyšetřeních a léčbě. Je to forma kontaktu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem/klientem. Sestra připravuje vše tak, aby byl průběh vizity nenarušený, klidný, plynulý a u pacienta/klienta navodil pocit důvěry a bezpečí. Pacient/klient se v průběhu vizity všímá chování přítomného zdravotnického personálu, jejich verbální a neverbální komunikace. Proto je nesmírně důležitý verbální a neverbální projev personálu k pacientovi/klientovi z důvodu jeho emotivní stránky (11).

Sesterská vizita probíhá za účasti sester a dalšího ošetřovatelského personálu. (včetně fyzioterapeutických pracovníků, nutričních terapeutů, atd) u lůžka nemocného. Slouží ke zjištění a zabezpečení ošetřovatelských potřeb pacienta/klienta, jako je zajištění výživy, vylučování, fyzické a psychické pohody pacienta. Mezi další cíle patří evidence výsledků, kterých pacient/klient dosáhl díky sesterským činnostem. Poté se stanoví další ošetřovatelské cíle (5,11).

Lékařská vizita se od sesterské liší tím, že se uskutečňuje za účasti lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků. Běžné lékařské vizity se účastní i staniční sestra oddělení, vyžaduje-li to aktuální situace. Vizity nemocných jsou součástí léčebně-preventivní a ošetřovatelské péče. Účast na vizitách je proto vedením nemocnice sledována. Dále je kontrolováno plnění ordinací, léčebných výkonů a dalších zdravotnických úkonů a s tím spojených organizačně-technických opatření. Lékař informuje nemocného o zdravotním stavu a výsledcích léčby. Vyšetřuje jej a určuje další léčebný postup, informuje ho o jeho zdravotním stavu. Provádí se nejčastěji u lůžka nemocného, ale i na ambulanci (ORL, oční, atd.)individuálně či skupinově. Malou vizitu vede ošetřující lékař, velkou přednosta či primář oddělení (11, 20).

1.3.2 Druhy ošetřovatelských vizit

Ošetřovatelské vizity je také možno dělit na malou,velkou a individuální. Je nástrojem k určování strategií a taktik při realizaci ošetřovatelské péče (5).

1.3.2.1 Malá sesterská vizita

Malá sesterská vizita probíhá každý den na pokoji pacienta/klienta za účasti jedné nebo dvou sester. Lze ji do určité míry považovat za předání služby u lůžka pacienta/klienta. Sestra, která končí službu, předává informace o stavu nemocného za uplynulý časový úsek a shrnuje jaké intervence umožnila a zda byly dosaženy naplánované cíle (5, 11).

Než vizita proběhne, stanoví se na oddělení písemně čas konání, aby byli informováni všichni zdravotničtí pracovníci i pacienti/klienti. Důležité je se připravit na rozhovor s nemocným (prodiskutovat aktuální ordinace a jejich zajištění), dopředu zkonzultovat jeho problémy s dalším ošetřujícím personálem (fyzioterapeutem, nutričním terapeutem). Dále sestra přichystá a zkontroluje příslušnou ošetřovatelskou dokumentaci pacienta/klienta a zajistí, aby při vizitě nechyběla. Po uskutečnění malé sesterské vizity jsou informace, které sestry zjistily zapsány do ošetřovatelské dokumentace (5, 11).

Vizity jsou zaměřeny na aktuální potřeby pacienta/klienta. Sestry společně s ním navrhují možnosti řešení jeho problému v souvislosti s ošetřovatelkou péčí. Realizují navrhnuté ošetřovatelské strategie, konzultují další ošetřovatelské postupy v přítomnosti jiné sestry (jiného zdravotnického pracovníka–nutriční terapeut, sociální sestra) a zabezpečují kontinuitu ošetřovatelské péče. Mezi další cíle můžeme zahrnout zdravotně-výchovnou činnost sestry, která doporučí pacientovi/klientovi, jak podporovat zdraví a předcházet navrácení nemoci. Dále sestry radí pacientovi/klientovi při propuštění, jak má užívat předepsané léky, jak dodržovat správnou životosprávu, jak se dietně stravovat v domácí péči, hygienické návyky, atd (záleží na typu onemocnění, věku pacienta).Také se zaměřují na návrhy pacienta/klienta, zjišťují možnosti spolupráce s příbuznými nebo institucemi. Plánují ošetřovatelskou péči po propuštění z nemocnice, kontaktují sociální pracovnici a plánují následnou péči (5,11).

Sestra musí dodržovat jednotlivé postupy ošetřovatelského plánu péče tak důsledně jako lékařské ordinace. Podává přesné informace o péči, kterou poskytuje a o pacientových reakcích na ni. Je povinna přijímat pomoc od vedoucího týmu (staniční sestry) a jeho dohled (4).

1.3.2.2 Velká sesterská vizita

Mezi účastníky velké sesterské vizity patří vrchní sestra, staniční sestra, primární sestra a ošetřující sestra. V jejich kompetenci je řešit ošetřovatelské problémy pacientů/klientů v rozsahu celého nemocničního zařízení (5,11).

Před velkou sesterskou vizitou se zajistí přítomnost vedoucích sester, sester specialistek (např. na dětském oddělení sestru specialistku z neonatologie) a dalších sester pro řešení ošetřovatelských problémů pacienta/klienta. Naplánují se konzultace celého ošetřovatelského týmu, konzultace týmu sester s pacienty/klienty u jejich lůžka a individuální konzultace. Stanoví se prioritní úkoly sesterských činností, časový harmonogram jejich plnění a způsob vyhodnocení splněných úkolů. Při vizitě se řeší ošetřovatelské potřeby nemocného, které se současně zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace. V průběhu se organizuje plnění úkolů, a to v pořadí, které vyhovuje ošetřovatelským potřebám pacienta/klienta a je v souladu s lékařskou ordinací (5,11).

Během velké sesterské vizity v rámci komunikace mezi vrchními a staničními sestrami se tyto sestry zabývají základními ošetřovatelskými postupy, vyhodnocují poskytovanou ošetřovatelskou péči na pracovišti a v neposlední řadě určují způsoby jak vzájemně mají sestry spolupracovat v ošetřovatelském týmu v prospěch pacienta/klienta (5,11).

Staniční sestra má na starosti zhodnocení pacienta/klienta, rozhoduje o prioritách uspokojování jeho potřeb a stanovuje vhodné ošetřovatelské výkony, aktualizuje plány ošetřovatelské péče a zaznamenává ošetřovatelskou péči a výsledky u každé hospitalizované osoby. Má na starosti koordinaci plánů ošetřovatelské péče a lékařských plánů. Usměrňuje členy ošetřovatelského týmu tak, aby chápali své povinnosti a vykonávali je dle svých schopností co nejlépe (4).

Vrchní sestra má povinnost zřizovat standardy výkonu práce ošetřovatelského personálů, stanovit cíle ošetřovací jednotky spolu s personálem, podněcuje ošetřovatelský tým k vyšší kvalitě práce, kontroluje vedoucí týmu, pomáhá novým pracovníkům k začlenění se do ošetřovatelské týmu a udržuje otevřenou komunikaci s nemocným (4).

1.3.2.3 Individuální sesterská vizita

Sesterskou vizitu je možno provádět i individuálně. Určená sestra si pozve pacienta/klienta do ošetřovny nebo do vhodné místnosti na individuální rozhovor a na plnění ošetřovatelských činností (5, 11).

Cílem individuální sesterské vizity je získání informací o ošetřovatelských potřebách pacienta/klienta. Odlišuje se od ostatních vizit tím, že ošetřovatelské úkony (ošetření a převázání rány) se provádí individuálně a odděleně. Sestry podávají informace např. o připravovaných vyšetřeních, edukují nemocného na některé léčebné postupy (jako např. naučit diabetika aplikovat inzulin), vyslechnou jeho problémy a pomáhají redukovat strach a úzkost z dalších plánovaných léčebných postupů. Sestra má za úkol naplánovat ošetřovatelskou péči tak, aby byla nepřetržitá a potřeby pacienta/klienta byly uspokojené (5, 11).

1.3.3 Příprava sestry na ošetřovatelskou vizitu

Na ošetřovatelskou vizitu se musí sestra řádně připravit. Musí znát dostatečné informace o pacientovi/klientovi. Dále zkontroluje a analyzuje záznamy v ošetřovatelské dokumentaci se svými poznatky, aby mohla zhodnotit, zda došlo k lepší či horší změně u nemocného (reakce pacienta na chorobu, pobyt v nemocnici či ke změně všeobecného vzhledu pacienta–držení těla, čistota). To vše může zkonzultovat s ostatním ošetřujícím personálem. Zaměřuje se na doplnění informací, které jsou změněné nebo nové a porovnává je s informacemi, které byly zjištěny při příjmu. Také musí zkontrolovat pomůcky, které jsou nezbytné pro návštěvu nemocného. Připraví a ověří příslušnou dokumentaci (5, 11).

1.3.4 Příprava pacienta na ošetřovatelskou vizitu

Tak jako sestra, musí se i pacient/klient na vizitu připravit. Musí být informován o cílech malé a velké vizity, o ošetřovatelských postupech, místě (pracovna sester, vyšetřovna nebo pacientský pokoj) a čase vizity (den v týdnu, hodina a délka trvání vizity). Má být informován sestrou o svých právech, aby mohl spolupracovat při zjišťování a řešení otázek uspokojování jeho potřeb (5, 11).

1.3.5 Pomůcky k ošetřovatelské vizitě

K tomu, aby vizita proběhla bez přerušování a vše bylo komplexně vyšetřeno, je třeba zajistit potřebné pomůcky. Musí být připravená správná ošetřovatelská dokumentace, aby nedošlo k její záměně, a bylo možno při vizitě zapsat správný záznam. Jsou důležité i pomůcky na měření fyziologických funkcí (tonometr, fonendoskop,teploměr a podobně), pomůcky na ošetřovatelské techniky- např. sterilní nebo nesterilní rukavice, dezinfekce, sterilní čtverečky a jiný obvazový materiál, hygienické pomůcky, nástroje, atd (pomůcky jsou individuální dle typu oddělení), práva pacientů, domácí řád oddělení a informační letáky či brožury (je potřeba nejen ústní podání informací sestrou ale i psané formy. Nemocný se může kdykoliv dozvědět informace, které má u sebe v brožurce) (5, 11).

1.3.6 Ošetřovatelská dokumentace

Ošetřovatelské činnosti, které sestry provádí ve prospěch nemocného při individuální ošetřovatelské péči, se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace. Je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu a zdravotnické dokumentace. Význam ošetřovatelské dokumentace spočívá v dostatečném příjmu informací o nemocném, o jeho biopsychosociálních potřebách, o cílech, které sestra chce dosáhnout při poskytování ošetřovatelské péče, v dokumentování a hodnocení výsledků ošetřovatelské péče. Každé kvalitní vedení ošetřovatelské dokumentace se odráží v úrovni profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení (2, 11, 17, 22).

Není určena metoda nebo šablona pro vedení ošetřovatelské dokumentace. Každá nemocnice si vytváří svou vlastní. Nejlepší je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem/klientem (2).

Správné vedení dokumentace pomáhá chránit pacienta/klienta tím, že zajišťuje standardní ošetřovatelskou péči, kontinuitu péče, přesný popis plánu péče a poskytování péče, včasné vyhledávání možných vznikajících problémů a lepší komunikace a

předávání informací mezi členy týmu na stejném oddělení nebo při překladu pacienta/klienta na jiné oddělení (2, 22).

Každý pacient/klient má svou vlastní ošetřovatelskou dokumentaci. Záznamy v ní mají být srozumitelné, stručné, úplné a bez zbytečných zkratek. Všechny záznamy, které sestra do dokumentace zapsala musí obsahovat datum, čas a její podpis a mají být zapsány hned po uskutečnění události. Součástí ošetřovatelské dokumentace je ošetřovatelská anamnéza (osobní údaje pacienta/klienta–jméno, věk, atd.), zápis o zdravotním stavu pacienta/klienta (stav vědomí, mobilita, fyzikální funkce, atd.), fyziologické potřeby (dýchání, výživa, způsob výživy, vylučování, hygiena, spánek, atd.), psychické potřeby (orientace v čase, prostoru, kontakt s okolím, sebehodnocení, reakce na nemoc, atd.) a sociálně-ekonomické potřeby. Dále musí obsahovat individuální plán ošetřovatelské péče, dokumentování realizace ošetřovatelské péče, překladovou a propouštěcí zprávu a denní záznamy sester. Je možno použít i další složky dle individuálních problémů pacienta/klienta (záznam bolesti, plán péče o dekubity, záznam diabetika, bilanční list, záznam o edukaci, o podání informací, atd. (2, 11, 13, 22).

V dnešní době se začíná využívat forma elektronické ošetřovatelské dokumentace. Počítačové záznamy se snadněji čtou, jsou méně objemné, odstraňují potřebu duplicity a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu (2, 13).

1.3.7 Důležitost ošetřovatelských vizit pro sestru

Realizace ošetřovatelských vizit je pro sestru důležitá. Získává další informace o nemocném, které jsou důležité pro zlepšení ošetřovatelské péče (tyto informace se doplňují s informacemi, které byly zjištěny při příjmu). Zjišťuje a zajišťuje potřeby pacienta/klienta. Udržuje si kontakt s ním, podává mu důležité informace, kontroluje jeho zdravotní stav a tím získává jeho přízeň a důvěru . Sestra pomáhá, podporuje, respektuje, edukuje, výchovně vzdělává, informuje nemocného v ošetřovatelské péči. Při předávání informací mezi sestrami během výměny služby u lůžka pacienta mohou své poznatky a naplánované činnosti poté zhodnotit, zda došlo ke změně celkového zdravotního stavu ve smyslu pozitivním či negativním. Všechny tyto poznatky se

pravidelně evidují do ošetřovatelské dokumentace. Tato vizita zajišťuje týmovou spolupráci mezi ošetřujícím personálem (5, 11).

1.3.8 Důležitost ošetřovatelských vizit pro pacienta

Každá nemoc ovlivňuje osobnost člověka jak ze stránky fyzické tak psychické. Pacient/klient může v novém a cizím prostředí reagovat intenzivněji, než ve známém. Může pociťovat úzkost, strach a obavy o své zdraví (například zkušenosti z předešlé hospitalizace a spolupráce se zdravotnickým týmem) a pocity osamocení. Během rozhovoru mezi sestrou a ním může dojít k redukci těchto obav, navázaní důvěrného vztahu a to je důležité pro ošetřovatelskou péči. Vzhledem k tomu, že účastníkem vizit jsou i ostatní zdravotničtí pracovníci, pacient získává pocit zájmu o jeho problematiku, pocit, že péče o něj bude komplexní. Ví, že je zapojen do řešení problému a může se k tomu vyjádřit. Hospitalizovaný člověk potřebuje přísun informací ohledně své nemoci, vyšetření, sesterských činností, chodu nemocnice, jeho práv. Sesterská vizita je příležitostí pro podání dostatečných informací sestrou, kdy se plně věnuje nemocnému. Sestra si zjišťuje jeho potřeby a uspokojuje je, vyslechne jeho problém, podporuje ho při léčbě, pomáhá mu při ošetřovatelských činnostech, edukuje ho a výchovně vzdělává. Pacient/klient potřebuje lásku, pochopení, úctu, blízkost někoho, kdo mu pomůže (mít jistotu). Potřebuje vědět co má dělat, jak to dělat, aby se uzdravil. Kdo jiný než sestra mu může pomoci v ošetřovatelské péči (5, 8, 11).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

CÍL 1: Zjistit, zda se ošetřovatelské vizity běžně provádí na vybraných odděleních.

CÍL 2: Zjistit, Zda je ošetřovatelská vizita pro sestru a pacienta důležitá.

CÍL 3: Zjistit, názory pacientů/klientů na ošetřovatelské vizity.

2.2 Hypotézy

HYPOTÉZA 1: Ošetřovatelské vizity se běžně na odděleních neprovádí.

HYPOTÉZA 2: Ošetřovatelské vizity nepovažují sestry za důležité.

HYPOTÉZA 3: Pacienti/klienti nejsou dostatečně informováni ošetřovatelských vizitách.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Technika sběrů dat probíhala pomocí dvou dotazníků – pro sestry a pacienty (viz příloha 1) na standardních odděleních Nemocnice Písek a.s. . Dotazník pro sestry obsahoval 19 otázek a pro pacienty 15 otázek. Otázky byly uzavřené, otevřené i polootevřené. Zpočátku byly otázky identifikační, následně zjišťovací, zaměřené na zjišťování informovanosti o sesterských vizitách.

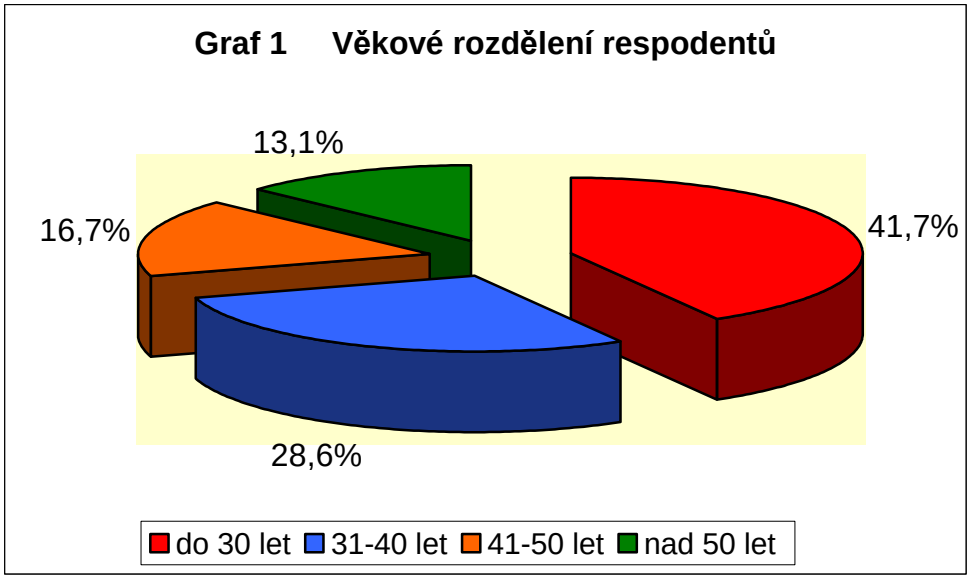
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazník byl osobně rozdán a sestry a pacienti byly žádáni o vyplnění. Celkem bylo rozdáno 84 dotazníků pro sestry a 145 dotazníků pro pacienty, z nichž řádně vyplněných vhodných k výzkumu bylo vráceno 84 sesterských a 138 pacientských dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy u sester 100% a u pacientů 97%. Vyplněné dotazníky jsou zdrojem potřebných dat pro výzkum. Sebraná data byla nejprve vyhodnocována procentuálně. Zpracování výsledků výzkumu včetně grafů bylo realizováno tabulkovým procesorem Microsoft Excel 2000.

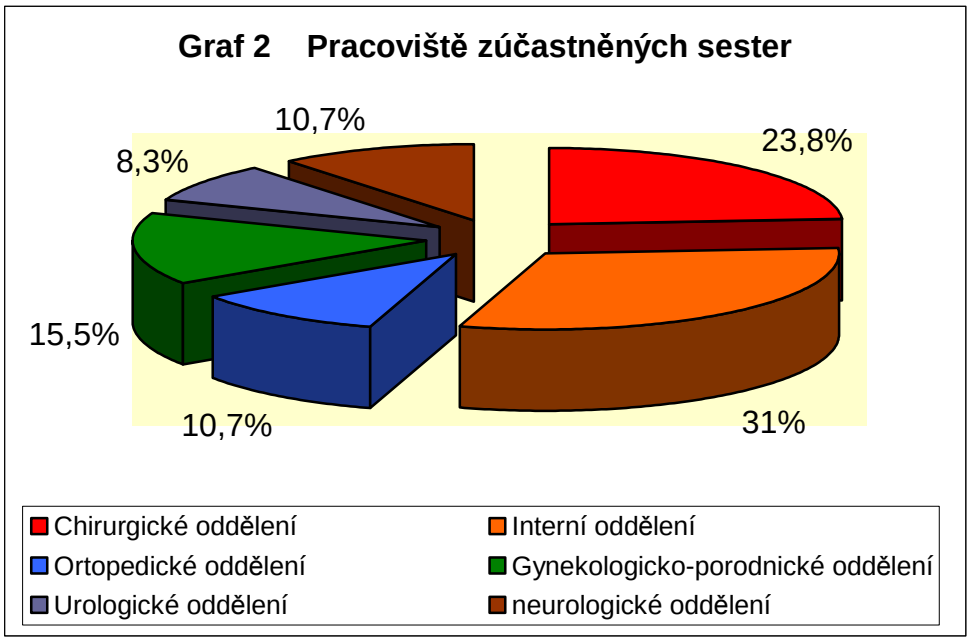
Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily sestry pracující a pacienti hospitalizovaní na standardních odděleních (chirurgické, interní, ortopedické, gynekologicko-porodnické, urologické a neurologické) v Nemocnici Písek a.s. Výzkumný soubor tvořil celkem 84 sester a 138 pacientů.

4. VÝSLEDKY

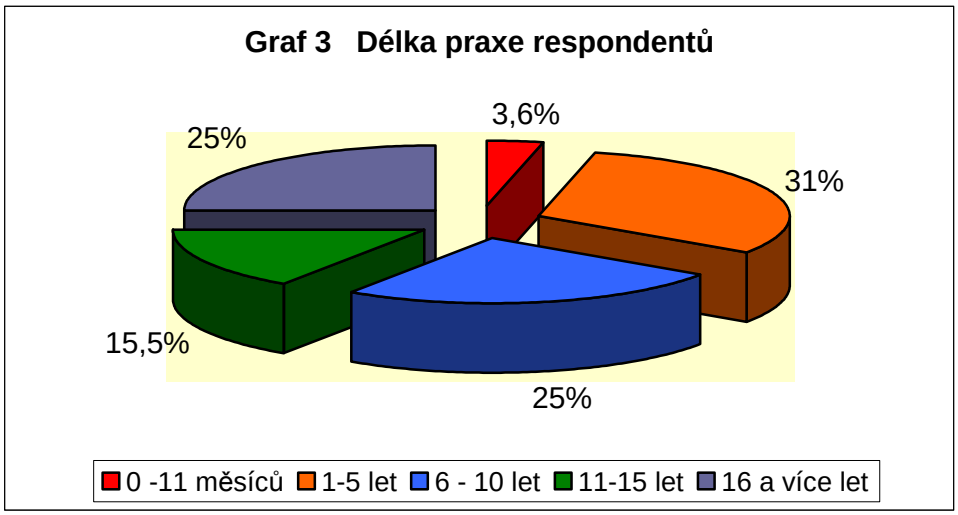
4.1 Výsledky z dotazníku pro sestry



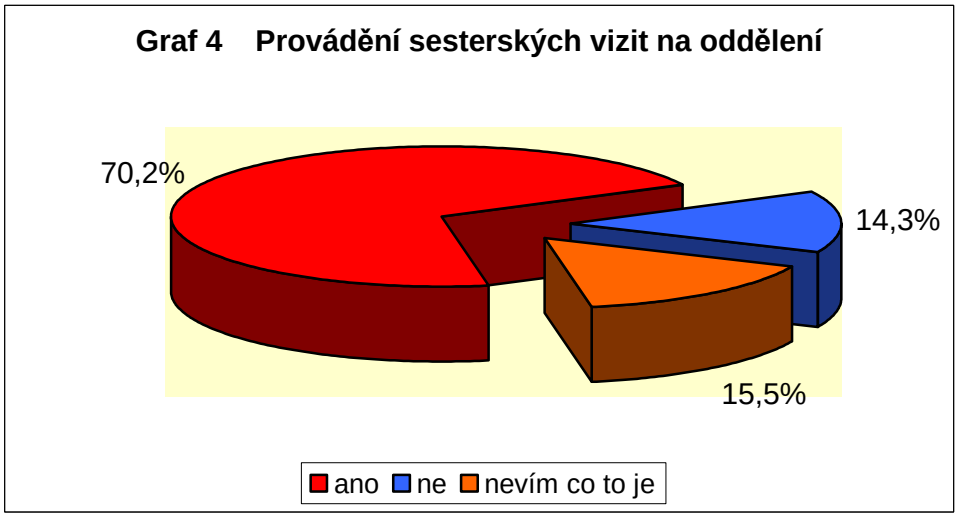
Z celkového počtu 84 (100 %) sester, 35 (41,7 %) sester v dotazníku uvedlo svůj věk do 30 let. Počet respondentek ve věkové kategorii 31 – 40 let činí 24 (28,6 %). Ve věku 41 – 50 let vyplnilo dotazník 14 (16,7 %) respondentek. Nad 50 let věku uvedlo 11 (13,1 %) sester.



Celkový počet sester na vybraných odděleních v Nemocnici Písek a.s. je 84 (100 %). Byla vybraná tato oddělení: chirurgické, interní, ortopedické, gynekologicko-porodnické, urologické a neurologické. 20 (23,8 %) sester pochází z chirurgického oddělení a z interního oddělení je 26 (31 %) účastníků. Na ortopedickém oddělení pracuje 9 (10,7 %) sester a na gynekologicko-porodnickém oddělení pracuje 13 (15,5 %) sester. 7 (8,3 %) dotazovaných slouží na urologickém oddělení a 9 (10,7 %) respondentů pracuje na neurologickém oddělení.

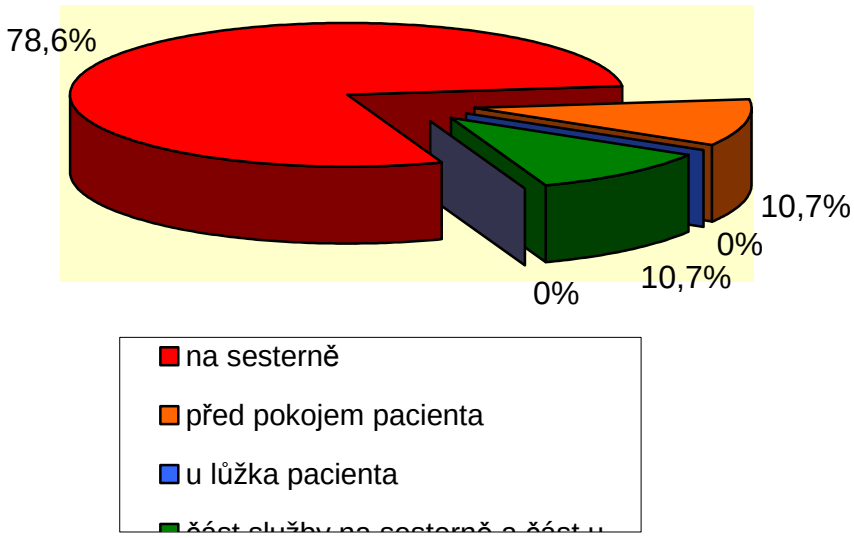


Z celkového počtu 84 (100 %) sester pracují na standardním oddělení 3 (3,6 %) sestry v rozmezí 0-11 měsíců, 26 (31 %) sester pracuje v rozmezí 1-5 roků, 21 (25 %) sester pracuje v rozmezí 6-10 roků, 13 (15,5 %) sester pracuje v rozmezí 11-15 roků a 21 (25 %) sester pracuje nad 16 a více let.

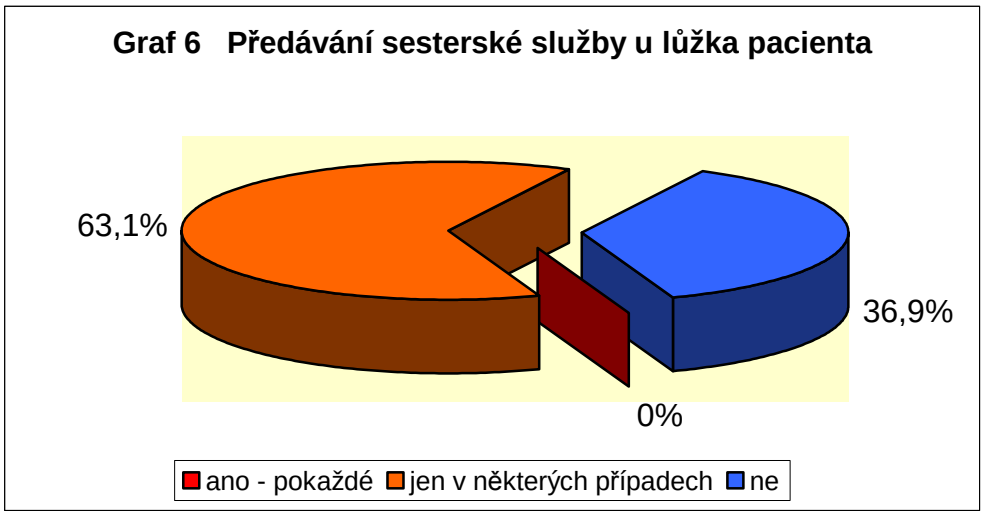


Z celkového počtu 84 (100 %) sester si 59 (70,2 %) sester myslí, že se ošetřovatelské vizity na jejich oddělení provádí, 12 (14,3 %) sester neprovádí ošetřovatelské vizity a 13 (15,5 %) sester neví co pojem ošetřovatelská vizita znamená.

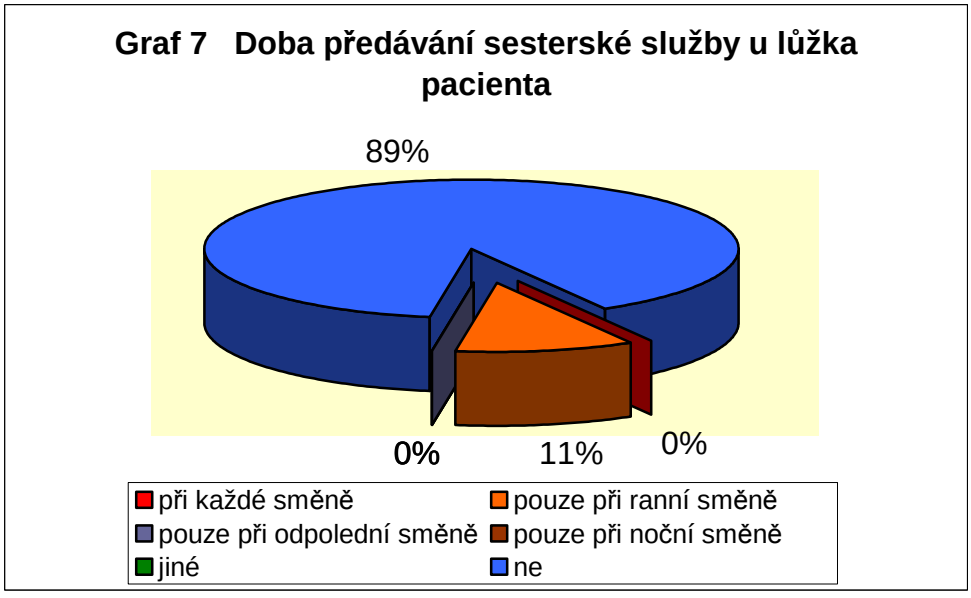
Graf 5 Místo předání služby sester



Z celkového počtu 84 (100 %) sester si 66 (78,6 %) sester předává službu na sesterně, 9 (10,7 %) sester si předává službu před pokojem pacienta a 9 (10,7 %) sester si část služby předává na sesterně a část u lůžka pacienta. Ve sledovaném vzorku se nevyskytly žádné sestry, které by si předávaly službu pouze u lůžka pacienta.

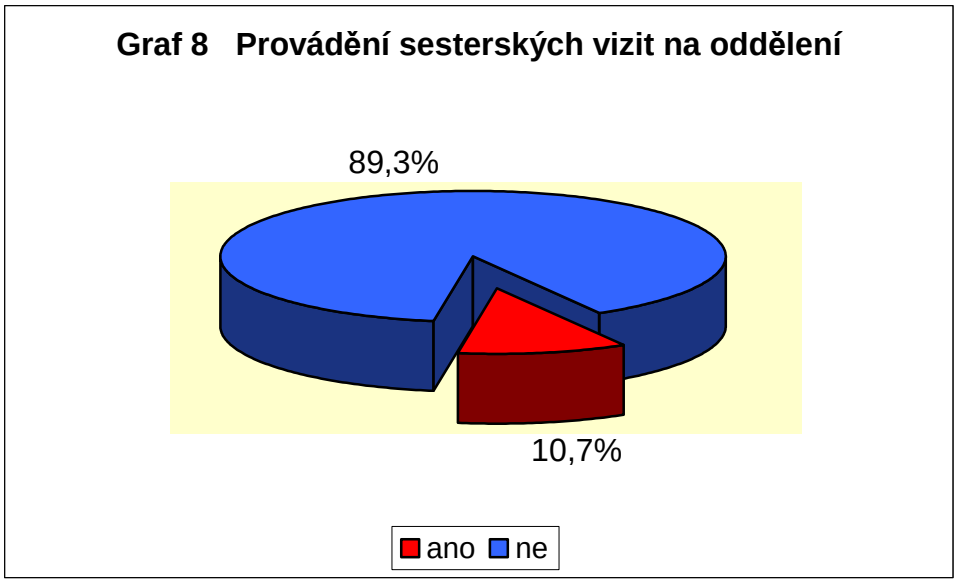


Z celkového počtu 84 (100 %) dotazovaných si žádná sestra (0 %) nepředává pokaždé službu u lůžka nemocného. Jen v některých případech si službu předává u pacienta 53 (36,1 %) sester. 31 (36,9 %) sester si nikdy svou službu nepředává u lůžka pacienta.



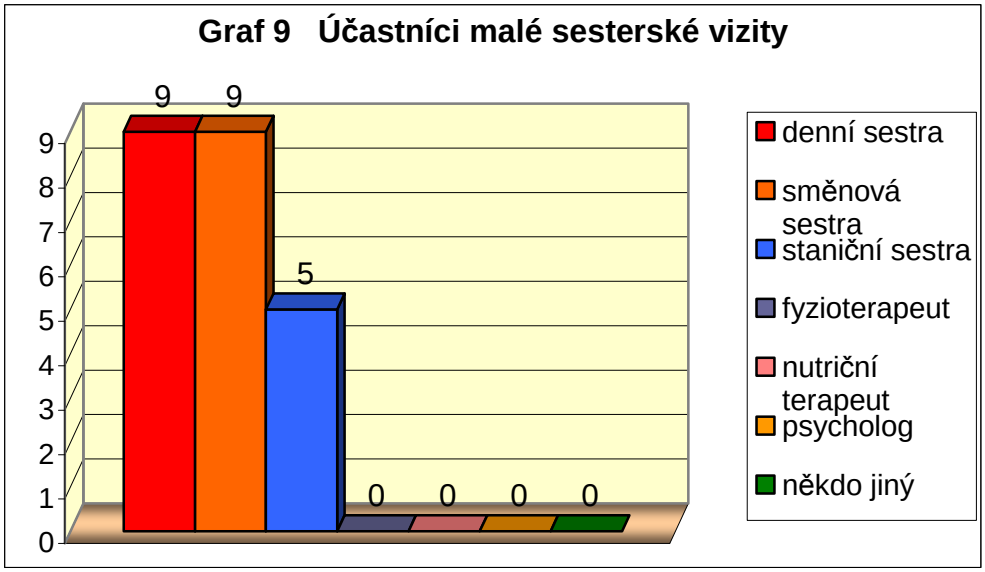
Z celkového počtu 84 (100 %) dotazovaných si 9 (10,7 %) sester předává službu u lůžka pacienta pouze při ranní směně. Z toho část služby si předávají na sesterně a část u lůžka nemocného. Zbytek dotazovaných, což je 75 (89,3 %), si nepředává svou službu u lůžka pacienta.

Následující grafy jsou respondenty vyplněné po vysvětlení pojmu ošetřovatelská vizit.



Po vyzkoumání toho, kolik sester provádí ošetřovatelskou vizitu na oddělení, bylo zjištěno, že pouze na ortopedickém oddělení tuto vizitu provádějí. Po vysvětlení pojmu ošetřovatelská vizita 75 (89,3 %) sester z 84 (100 %) neprovádí tuto vizitu. Zbytek 9 (10,7 %) sester provádí ošetřovatelské vizity.

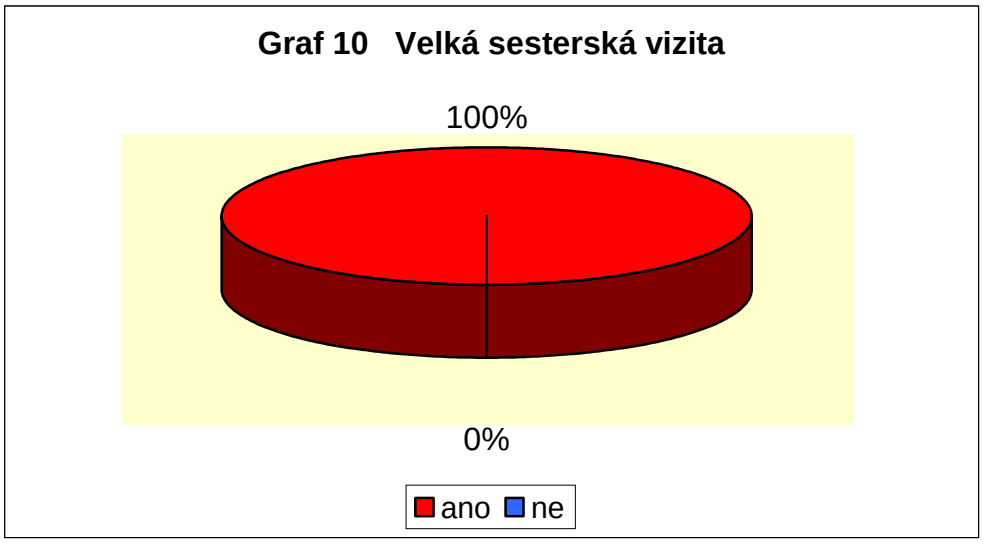
Následujících pět grafů (Graf 9-13) navazují na Graf 8: Provádění sesterských vizit po vysvětlení tohoto pojmu.



(Možnost více odpovědí)

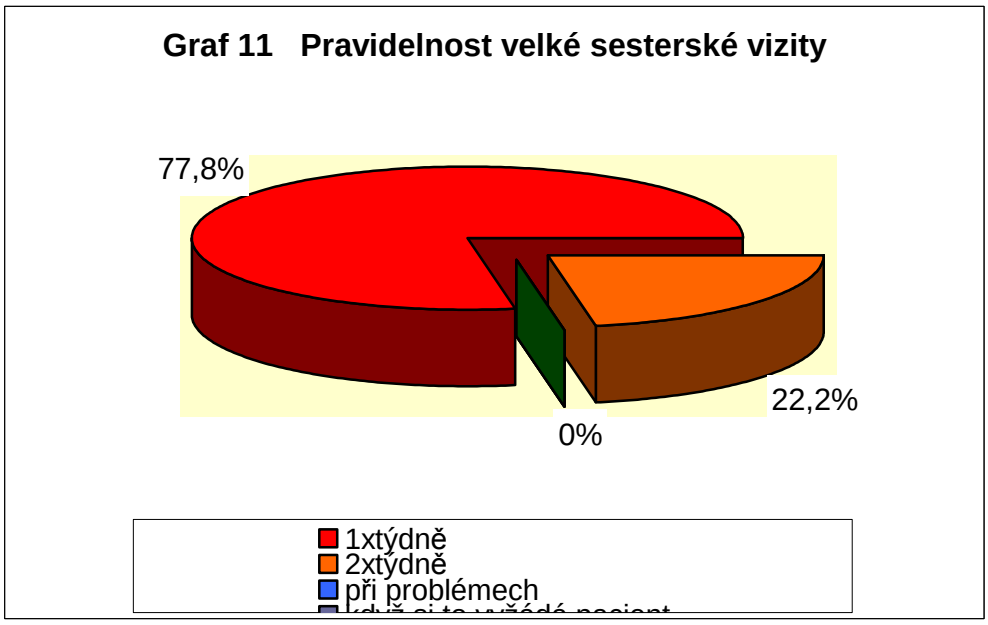
Tento graf vyznačuje odpovědi sester, které provádí ošetřovatelské vizity. Není v procentuálním zastoupení, neboť respondenti si mohly vybrat z více možností.

Z výzkumného vzorku standardního oddělení 9 sester z 9 tvrdí, že se denní a směnové sestry účastní malé ošetřovatelské vizity. 5 sester z 9 odpovědělo, že je staniční sestra na těchto vizitách přítomna. Žádná sestra neuvedla přítomnost fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, psychologa či někoho jiného.



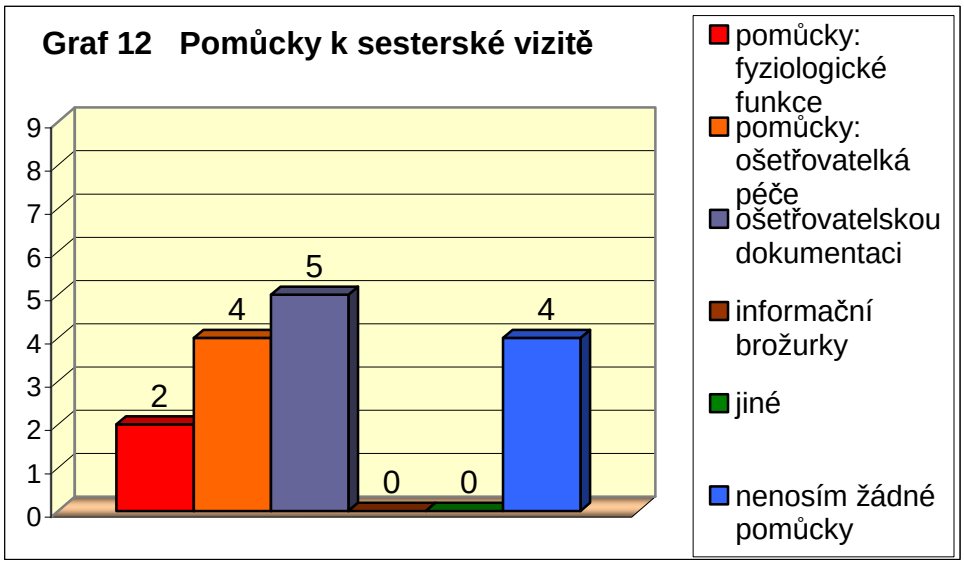
Tento graf vyznačuje odpovědi sester, které provádí na oddělení ošetřovatelské vizity.

9 (100%) dotazovaných uvedlo, že se velké sesterské vizity na oddělení provádí. Žádná sestra (0 %) neuvedla uskutečňování těchto vizit.



Tento graf vyznačuje odpovědi sester, které provádí ošetřovatelské vizity.

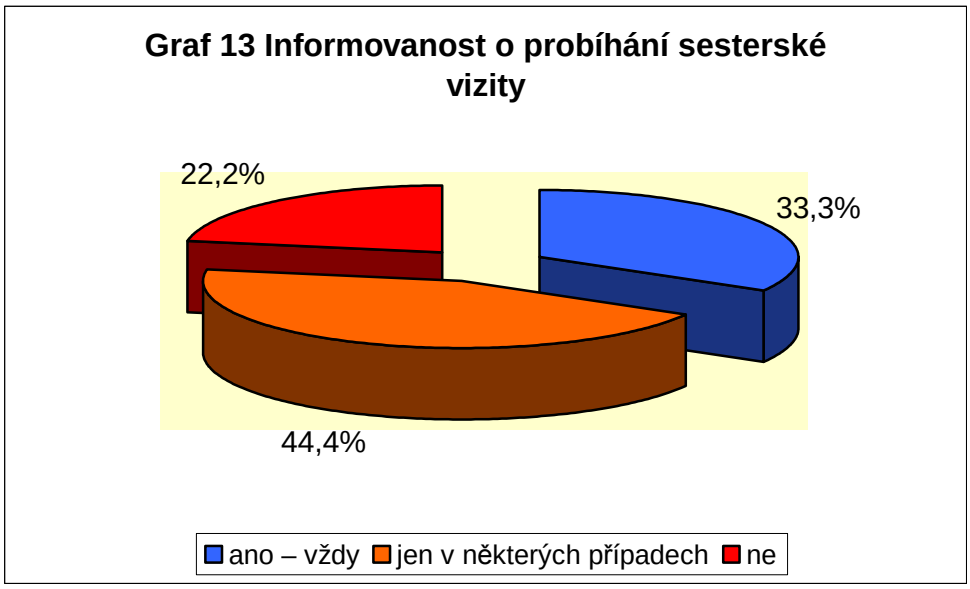
9 (100%) sester odpovědělo, že se pravidelně 1xtýdně na oddělení provádí velká sesterská vizita. Žádná sestra (0 %) neuvedla uskutečňování této vizity 2xtýdně, při problémech ,které u pacienta nastaly nebo po vyžádání pacientem.



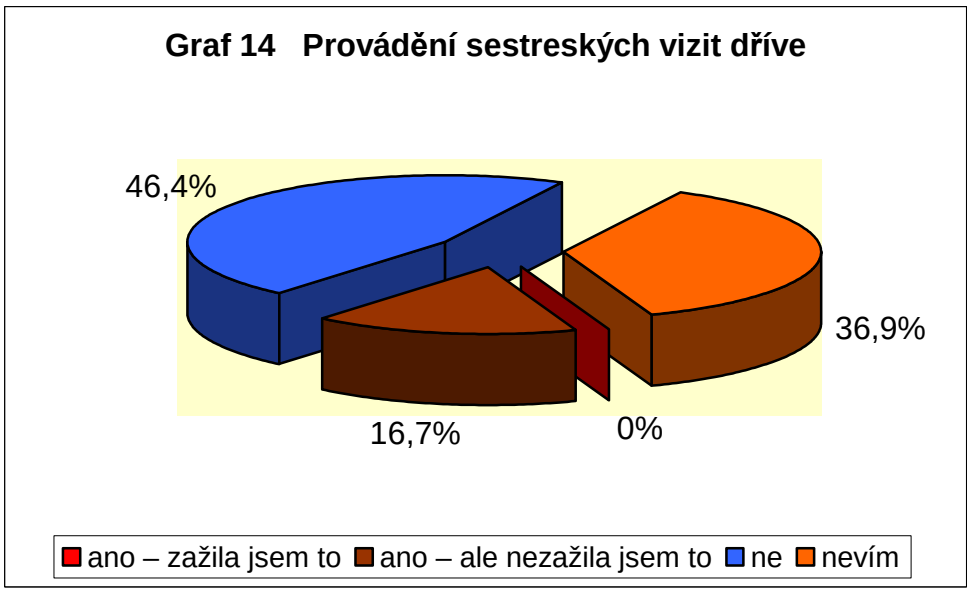
(Možnost více odpovědí)

Tento graf vyznačuje odpovědi sester, které provádí ošetřovatelské vizity. Tento graf není v procentuálním zastoupení, neboť respondenti si mohly vybrat z více možností.

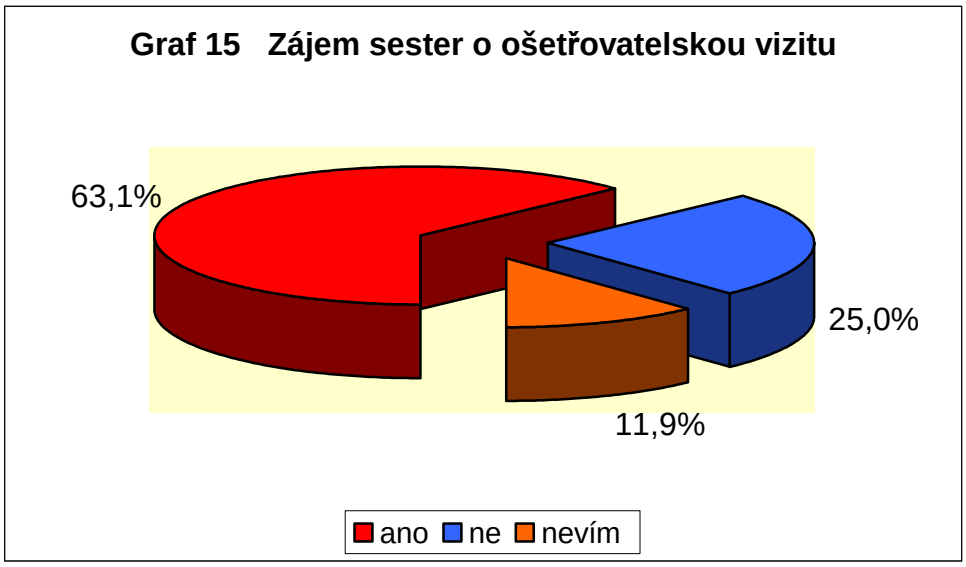
Z výzkumného vzorku standardního oddělení 2 sestry z 9 používají při ošetřovatelské vizitě pomůcky na měření fyziologických funkcí, 4 sestry z 9 využívají pomůcky na ošetřovatelskou péči, 5 sester z 9 mají ošetřovatelskou dokumentaci. 4 sestry z 9 nenosí žádné pomůcky. Žádná sestra neuvedla použití informačních brožurek a jinou možnost.



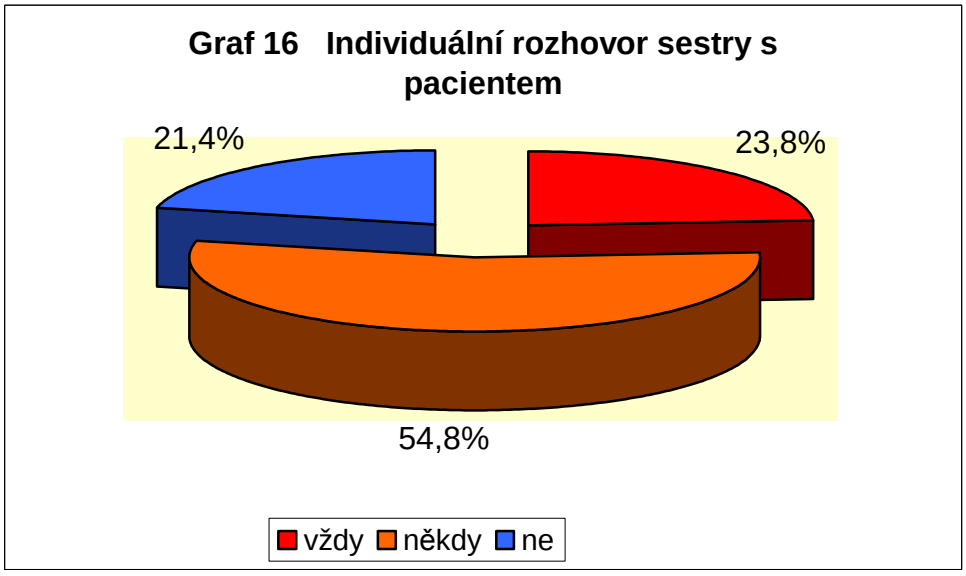
Z celkového počtu 84 (100 %) sester, 3 (33,3 %) dotazované sestry pokaždé informují pacienta, kdy bude probíhat ošetřovatelská vizita, 4 (44,4 %) sester informuje pacienta o vizitách jen v některých případech a 2 (2,22 %) sester neinformuje pacienta o probíhání těchto vizit.



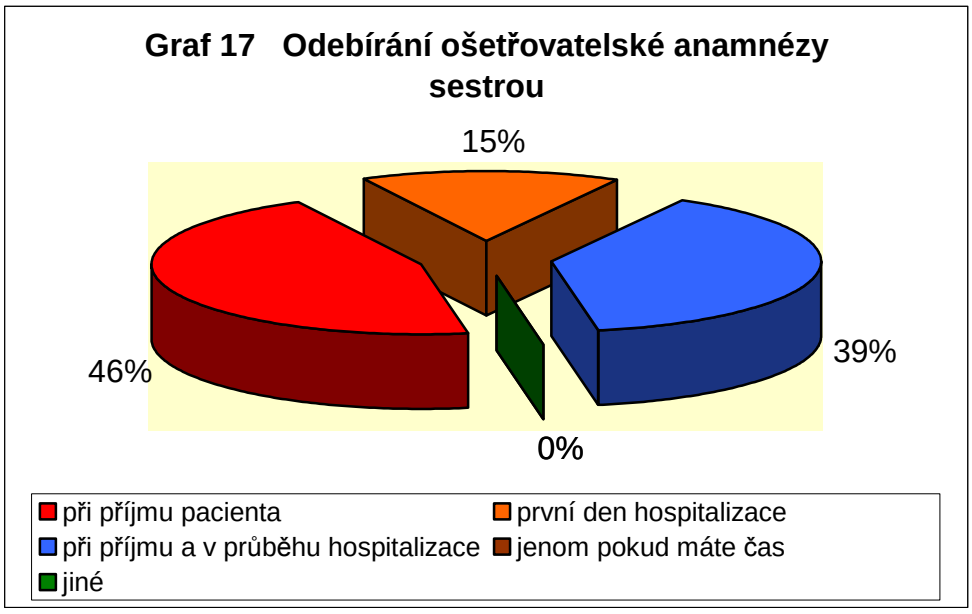
Žádná sestra (0 %) z celkového počtu 84 (100 %) sester nezažila ve své praxi ošetřovatelskou vizitu. 14 (16,7 %) sester ví, že se sesterské vizity na oddělení prováděly, ale nikdy to nezažily. 39 (46 %) sester tvrdí, že se na oddělení nikdy tyto vizity neprováděly a 31 (37 %) sester neví, zda se někdy prováděly.



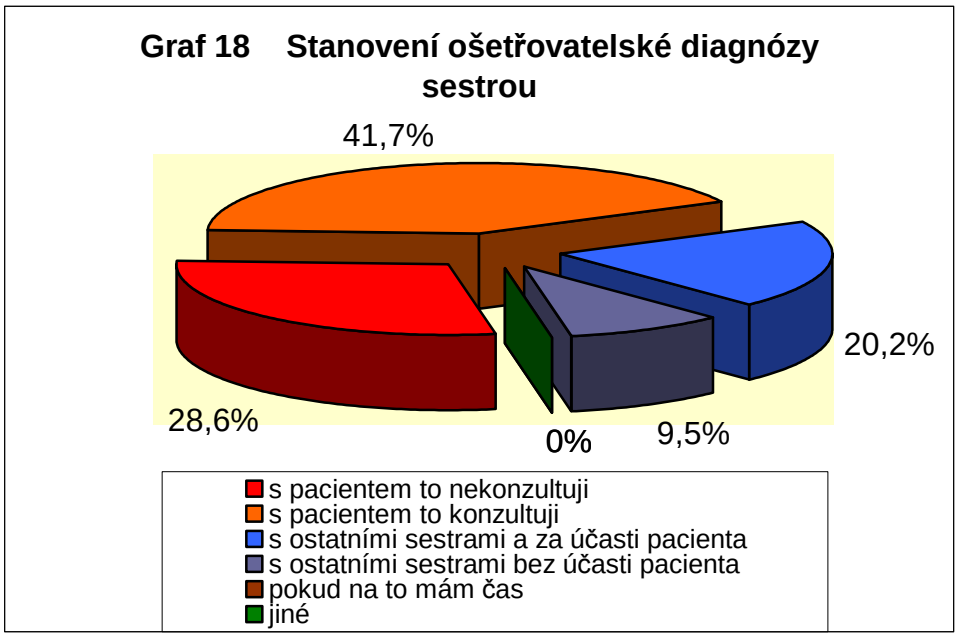
Z celkového počtu 84 (100 %) sester má zájem o ošetřovatelkou vizitu 53 (63,1 %) sester, 10 (11,9 %) sestrám není jasné, zda chtějí ošetřovatelské vizity provádět a 21 (25 %) sester nemá zájem o tyto vizity.



Z celkového počtu 84 (100 %) sester, 20 (23,8 %) dotazovaných odpovědělo, že si vždy zve pacienta k individuálnímu rozhovoru. 46 (54,8 %) sester uvedlo, že si pacienta někdy pozve k osobnímu rozhovoru a 18 (21,4 %) sester si nikdy pacienta k individuálnímu rozhovoru nezve.

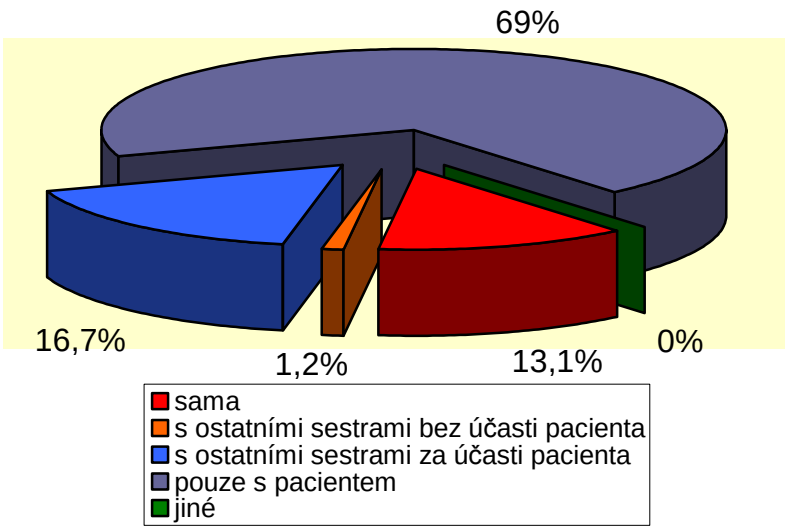


Z celkové počtu 84 (100 %) sester odebírá anamnézu pouze při příjmu pacienta 38 (42,2 %) sester. 13 (15,5 %) sester odebírá anamnézu pouze během prvního dne hospitalizace, 33 (39,3 %) sester zjišťuje anamnézu při příjmu a v průběhu hospitalizace. Žádná z dotazovaných (0 %) neuvedla odpověď jen pokud má na pacienta čas a neuvedla jinou odpověď.



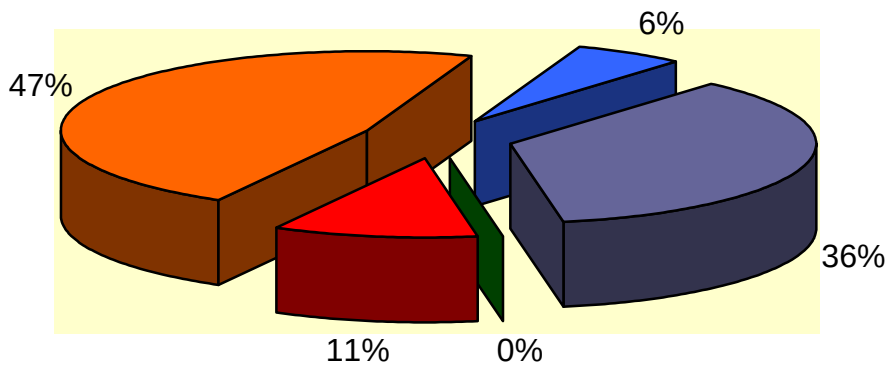
Z celkového počtu 84 (100 %) sester určuje ošetřovatelskou diagnózu sama dotazovaná a s pacientem to nekonzultuje 24 (28,6 %) sester. 35 (41,7 %) sester diagnózu zjišťují samy a s pacientem vše konzultují. 17 (20,2 %) dotazovaných stanovují ošetřovatelskou diagnózu ve spolupráci s ostatními sestrami a za přítomnosti pacienta a 8 (9,5 %) sester spolupracuje s ostatními sestrami ale bez spolupráce pacienta. Žádná sestra (0 %) nestanovuje diagnózu jenom někdy, když má na to čas. Žádná sestra (0 %) nezvolila možnost jiného řešení.

Graf 19 Plánování ošetřovatelské péče sestrou



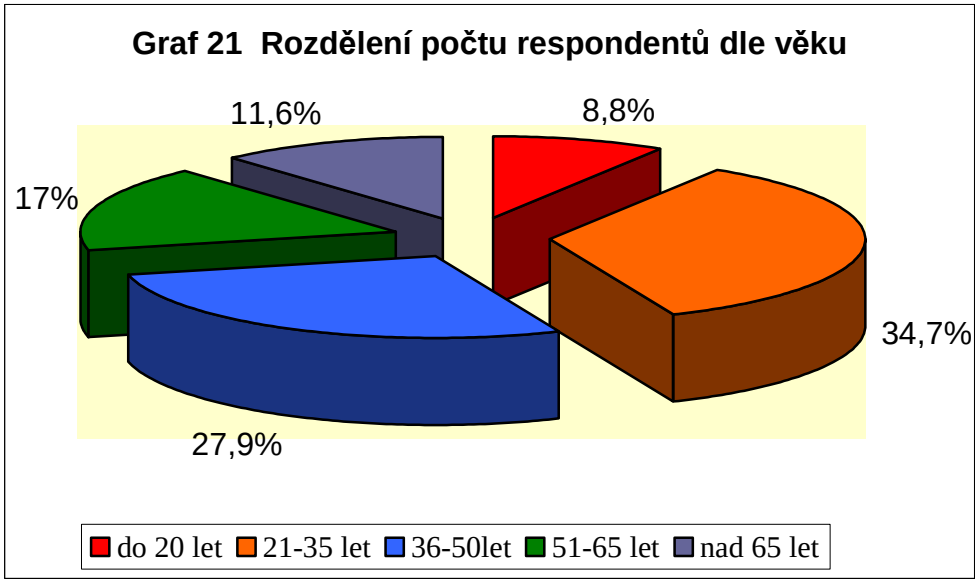
Z celkového počtu 84 (100 %) sester plánuje ošetřovatelskou péči sama 11 (13,1 %) sester. 1 (1,2 %) sestra připravuje ošetřovatelskou péči ve spolupráci s ostatními sestrami, ale bez účasti pacienta a 14 (16,7 %) sester spolupracuje s ostatními sestrami a za přítomnosti pacienta. 58 (69 %) sester plánuje ošetřovatelskou péči za účasti pacienta a ne ostatních sester. Jinou možnost nezvolila žádná sestra (0 %).

Graf 20 Hodnocení ošetřovatelské péče sestrou

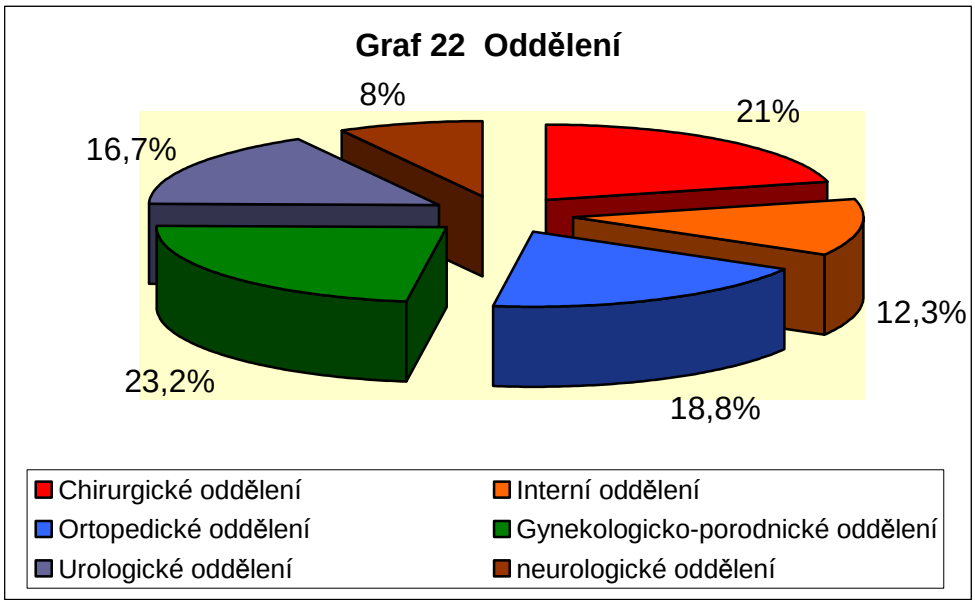


Z celkového počtu 84 (100 %) sester hovoří o hodnocení ošetřovatelské péče s ostatními sestrami ale bez spolupráce pacienta 9 (10,7 %) sester. 40 (47,6 %) dotazovaných projednává hodnocení ošetřovatelské péče s ostatními sestrami a s pacientem. 5 (6 %) sester hodnotí vše sami bez pomoci druhých. 30 (35,7 %) respondentů provádí hodnocení pouze s pacientem. Žádná sestra (0 %) nezvolila možnost jiného řešení.

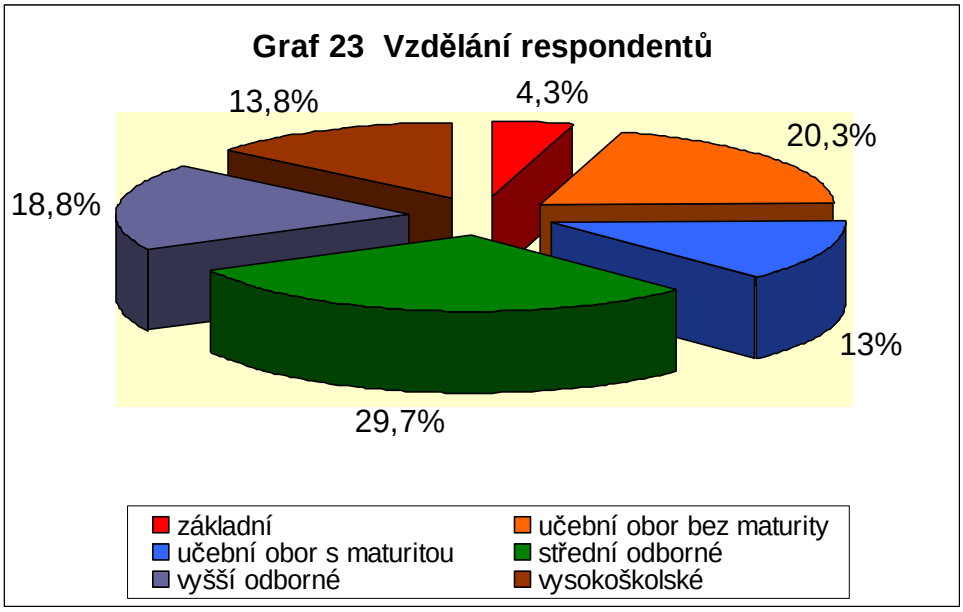
4.2 Výsledky z dotazníku pro pacienty



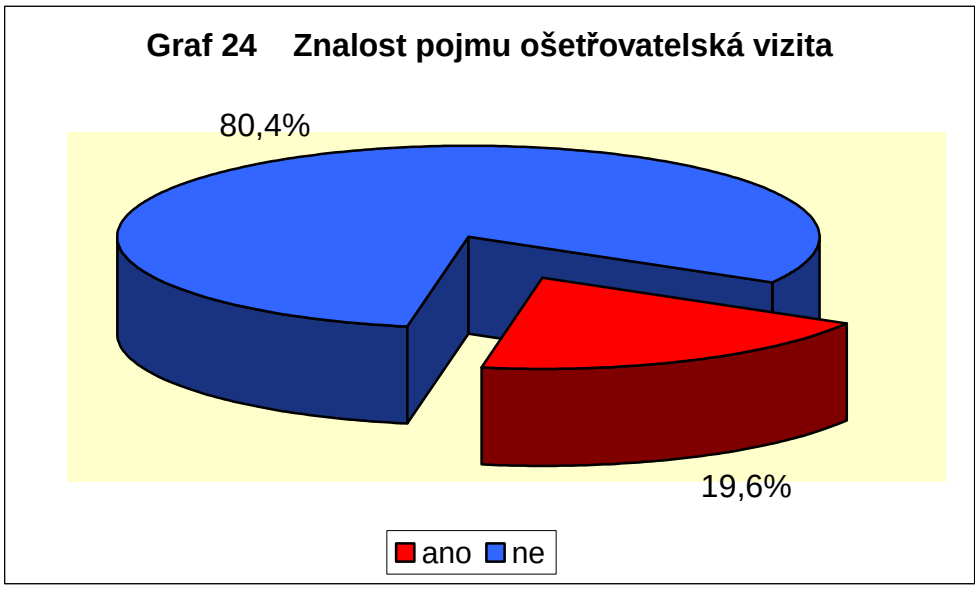
Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů uvedlo v dotazníku svůj věk do 20 let 13 (8,8 %) pacientů. Počet respondentů ve věkové kategorii 21 – 35 let činí 21 (34,7 %). Ve věku 36 – 50 let vyplnilo dotazník 41 (27,9 %) respondentů. Ve věku 51 - 65 let tvořilo 25 (17 %) dotazovaných. Ve věku nad 65 let uvedlo 17 (11,6 %) pacientů.



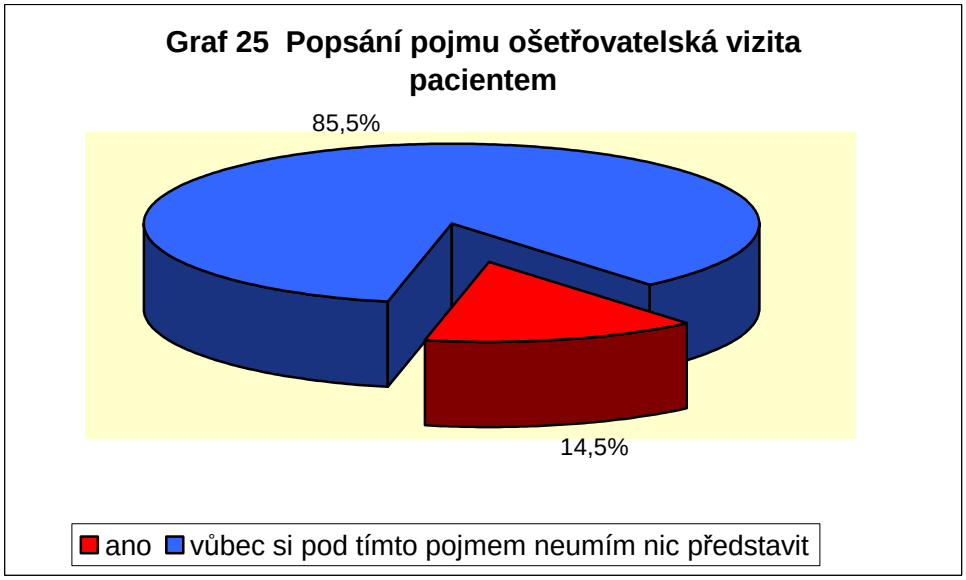
Celkový počet pacientů na vybraných odděleních v Nemocnici Písek je 138 (100 %). Byla vybraná tato oddělení: chirurgické, interní, ortopedické, gynekologicko-porodnické, urologické a neurologické. 29 (21 %) pacientů pocházelo z chirurgického oddělení a z interního oddělení bylo 17 (12,3 %) účastníků. Na ortopedickém oddělení bylo hospitalizováno 26 (18,8 %) pacientů a na gynekologicko-porodnickém oddělení bylo 31 (23,2 %) pacientů. 23 (16,7 %) dotazovaných vycházelo z urologického oddělení a 11 (10,7 %) respondentů bylo hospitalizováno na neurologickém oddělení.



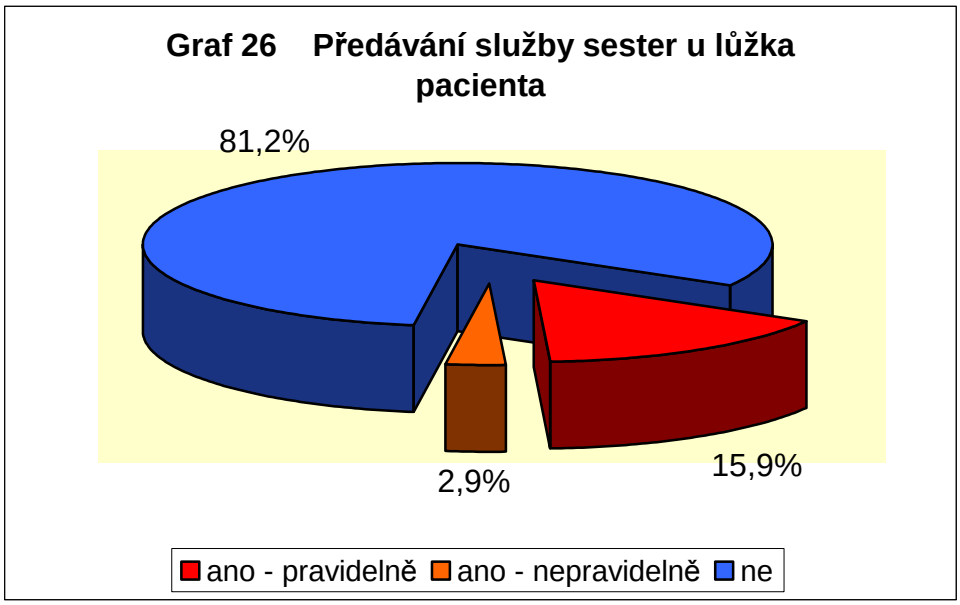
Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných je hospitalizovaných na standardním oddělení 6 (4,3 %) pacientů vystudovalo základní školu, 28 (20,3 %) pacientů má učební obor bez maturity, 18 (13 %) pacientů vystudovalo učební obor s maturitou, 41 (19,7 %) má střední odbornou školu, 26 (18,8 %) absolvovalo vyšší odbornou školu a 19 (13,8 %) pacientů dosáhlo vysokoškolského vzdělání.



Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů znalo pojem ošetřovatelská vizita 27 (19,6 %) pacientů. Na neznalost pojmu ošetřovatelská vizita odpovědělo 111 (80,4 %) pacientů.

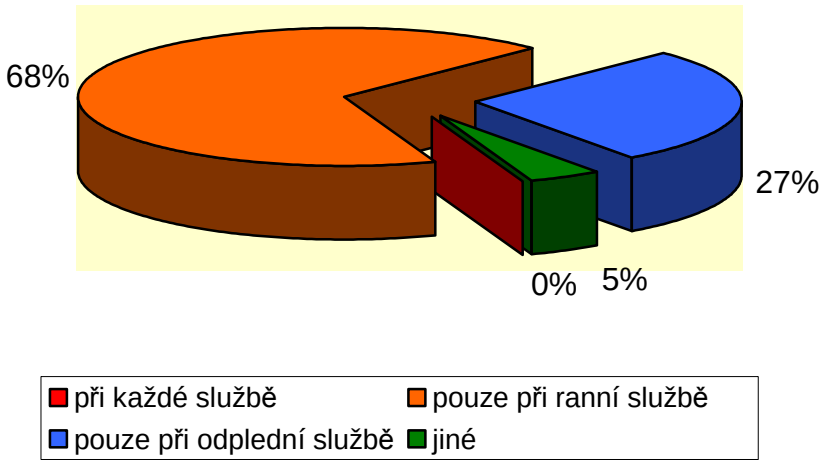


Z celkové počtu 138 (100 %) respondentů popsalo ošetřovatelskou vizitu 20 (14,5 %) pacientů. 118 (85,5 %) pacientů si pod tímto pojmem neumí nic představit.



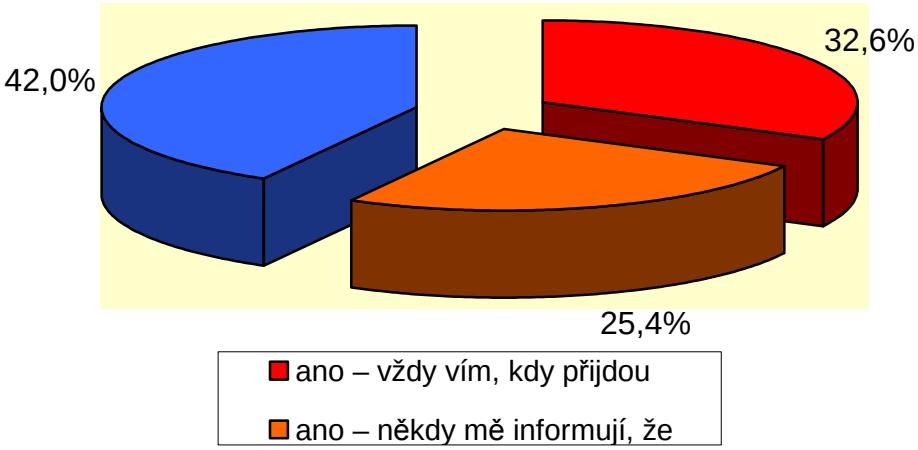
Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů, 22 (15,9 %) pacientů ví, že si sestry pravidelně předávají službu u jejich lůžka. 4 (2,9 %) pacienti tvrdí, že si sestry předávají službu u jejich lůžka, ale nepravidelně. 112 (81,2 %) pacientů uvedlo, že si sestry u jejich lůžka službu nepředávají.

Graf 27 Pravidlenost předávání služby sester z pohledu pacienta



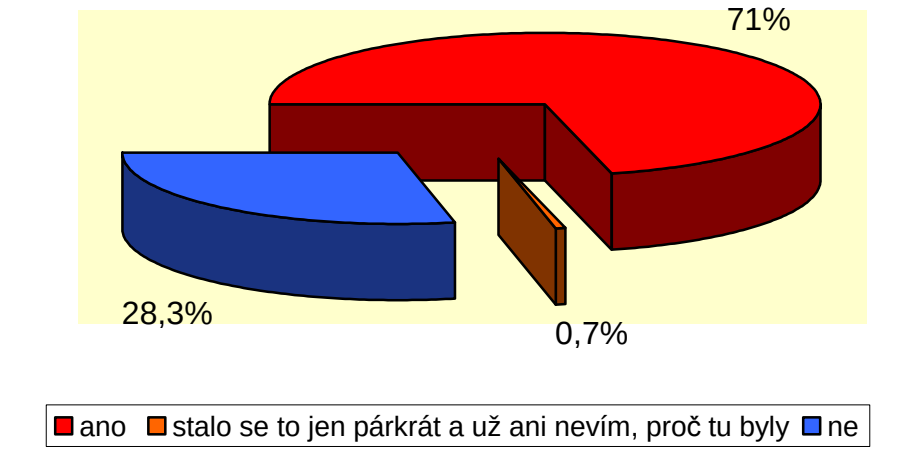
Tento graf navazuje na Graf 26, kdy pacienti odpověděli, že se setkávají s ošetřovatelskými vizitami pravidelně. 16 (72,7 %) pacientů se zmiňuje o tom, že si sestry předávají službu pravidelně u lůžka při ranní směně. 6 (27,3 %) pacientů uvedlo předávání sesterské služby pouze při odpolední směně. Žádný z dotazovaných (0 %) neudává předávání sesterské služby u lůžka pacienta pravidelně a ani nezvolilo jinou možnost.

Graf 28 Informovanost pacienta sestrou o probíhání ošetřovatelských vizitách

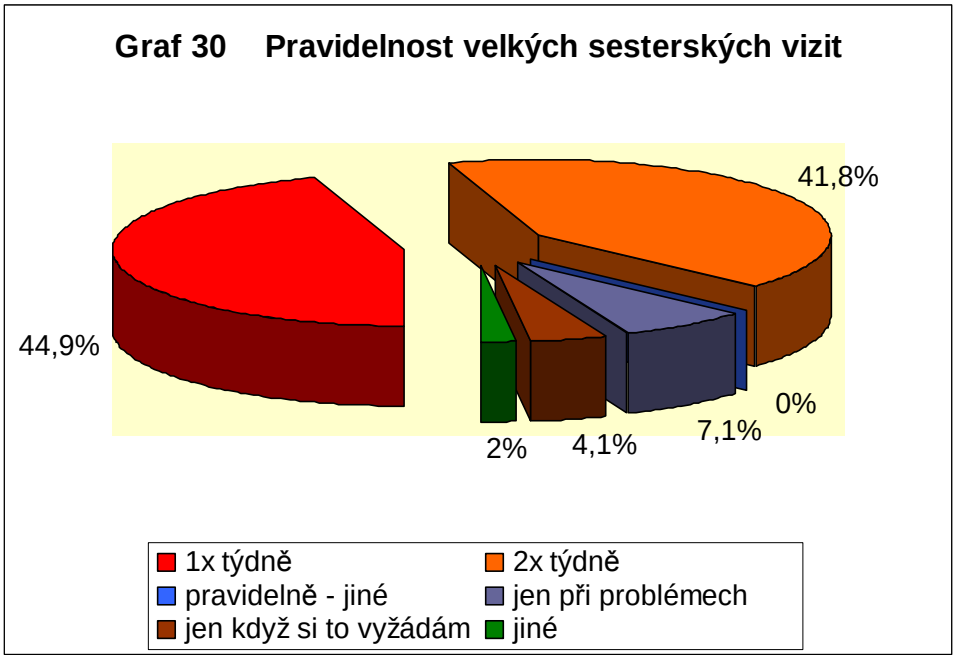


Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných 45 (32,6 %) pacientů vždy ví, kdy je sestry přijdou navštívit. 35 (25,4 %) pacientů je sestrou příležitostně informováno o jejich kontrole. 58 (42 %) pacientů neví, kdy budou sesterské návštěvy probíhat.

Graf 29 Provádění velké sesterské vizity u lůžka pacienta

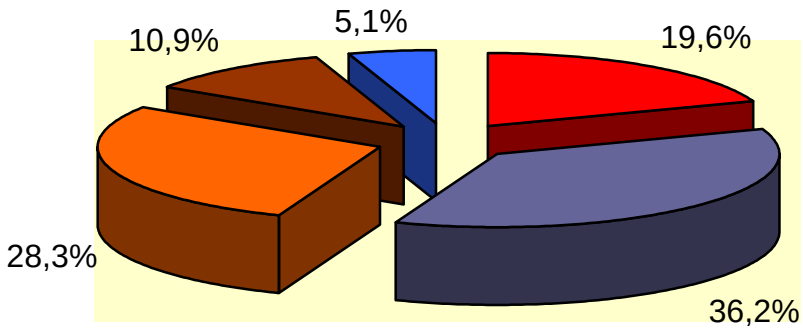


Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných 98 (71 %) dotazovaných uvádí, že u nich na pokoji proběhla velká sesterská vizita, 1 (0,7 %) tvrdí, že u něj byly sestry, ale nechápal účel jejich návštěvy a 39 (28,3 %) dotazovaných uvádí, že na pokoji velká vizita neproběhla.



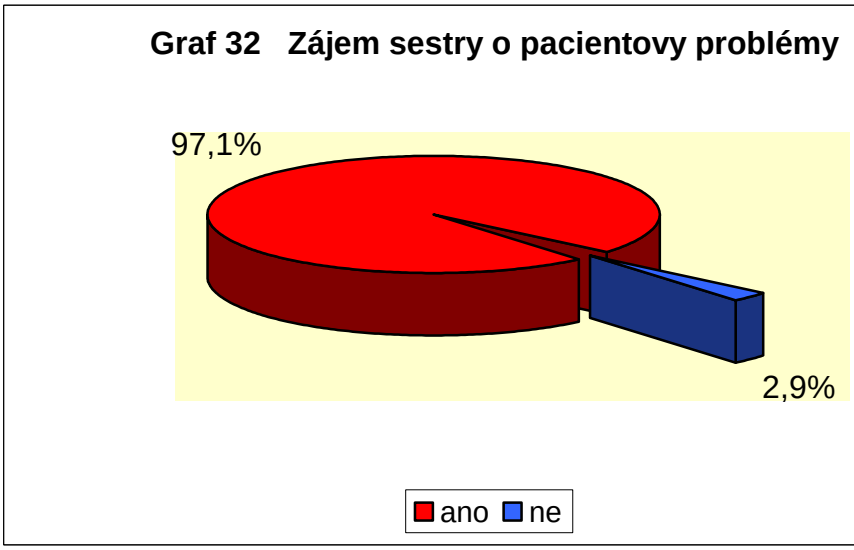
Tento graf navazuje na Graf 29, kdy pacienti odpověděli, že se setkávají pravidelně s velkými ošetřovatelskými vizitami. 44 (44,9 %) pacientů uvádí, že se pravidelně 1x týdně provádí velká sesterská vizita. 41 (41,9 %) dotazovaných tvrdí, že velká sesterská vizita je prováděna 2 x týdně. 7 (7,1 %) pacientů je navštěvováno touto vizitou jen při problémech a 4 (4,1 %) jen na vyžádání. 2 (2 %) dotazovaných neuvedlo jinou možnost.

Graf 31 Zájem pacienta o ošetřovatelskou vizitu

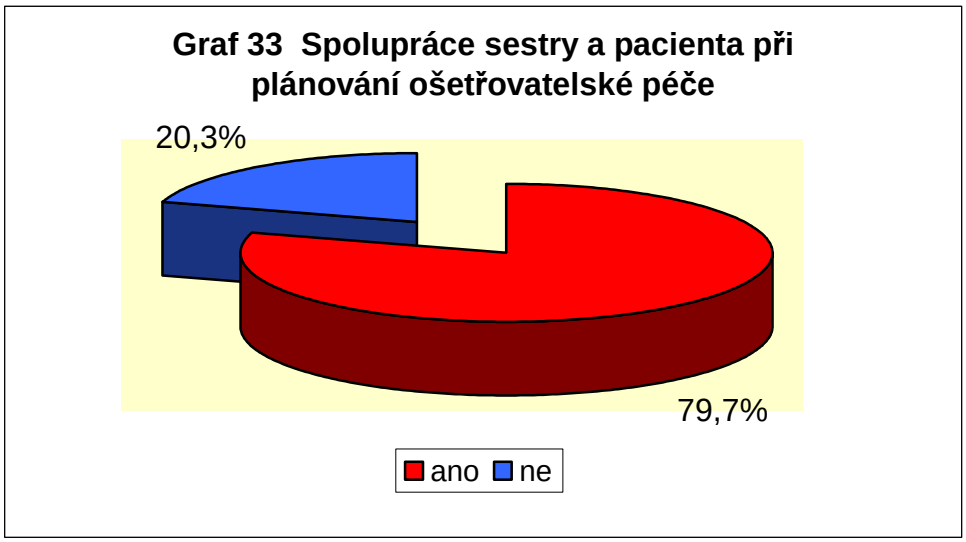


Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů 27 (19,6 %) dotazovaných se zmiňuje, že by určitě měli zájem o provádění ošetřovatelských vizit a 50 (36,2 %) pacientů by spíše mělo zájem. 39 (28,3 %) pacientů si není jistých, zda by chtěli, aby se tato vizita prováděla. 15 (10,9 %) pacientů se přiklání k názoru, že sesterské vizity spíše nejsou potřebné a 7 (5,1 %) pacientů je za potřebné nepovažuje vůbec.

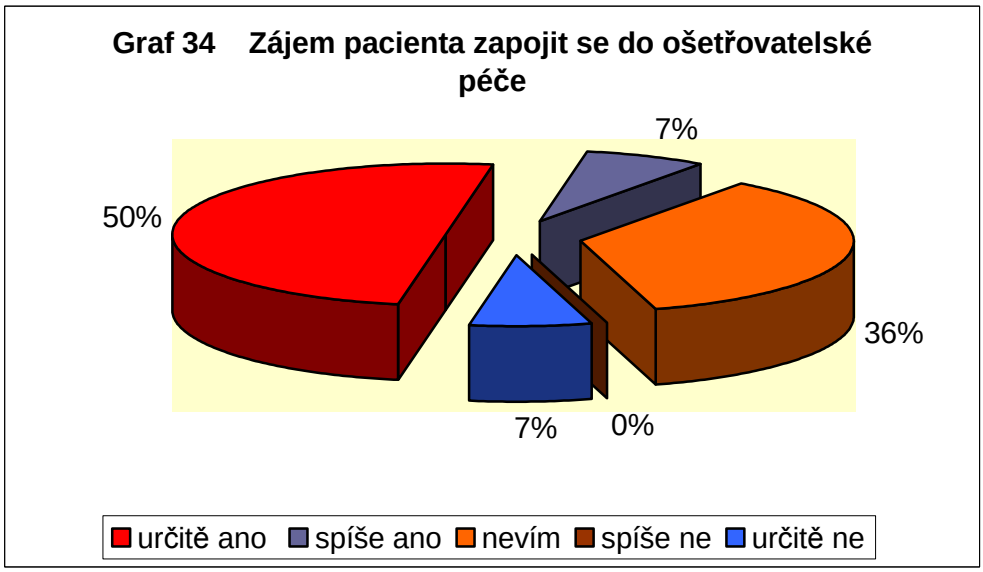
Graf 32 Zájem sestry o pacientovy problémy



Z celkového počtu 138 (100 %) respondentů se zmiňuje 134 (97,1 %)pacientů, že sestry se ptají na jejich problémy při předání služby. 4 (2,9 %) pacientů tvrdí, že se jich sestry při předávání služby neptají na jejich problémy.

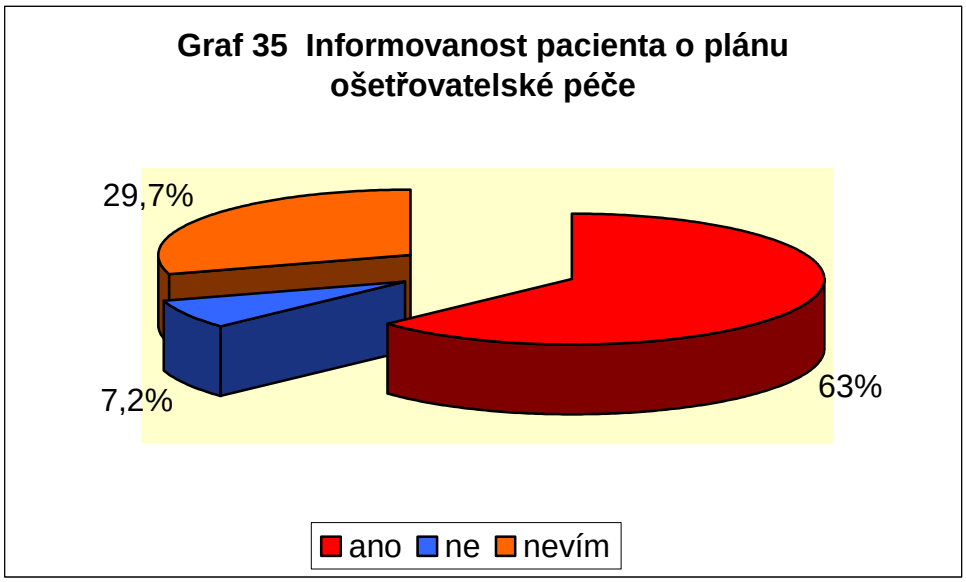


Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných 110 (79,7 %) pacientů uvádí, že s nimi sestry konzultují naplánovanou ošetřovatelskou péči a 28 (20,3 %) pacientů se zmiňuje, že s nimi sestry další ošetřovatelskou péči nekonzultují.

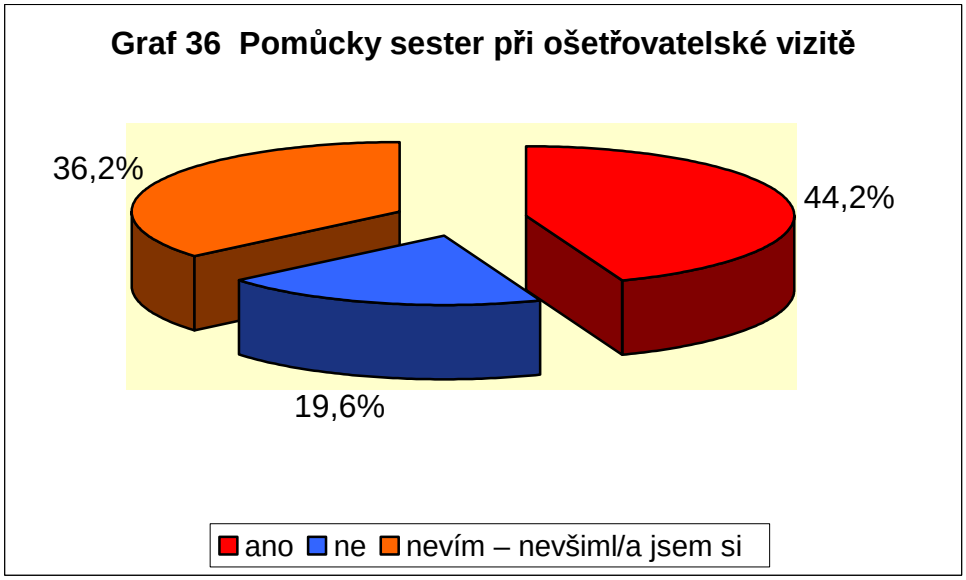


V tomto grafu jsou uvedeni pacienti kteří v grafu 33 uvedli, že s nimi sestry ošetřovatelskou péči nekonzultují.

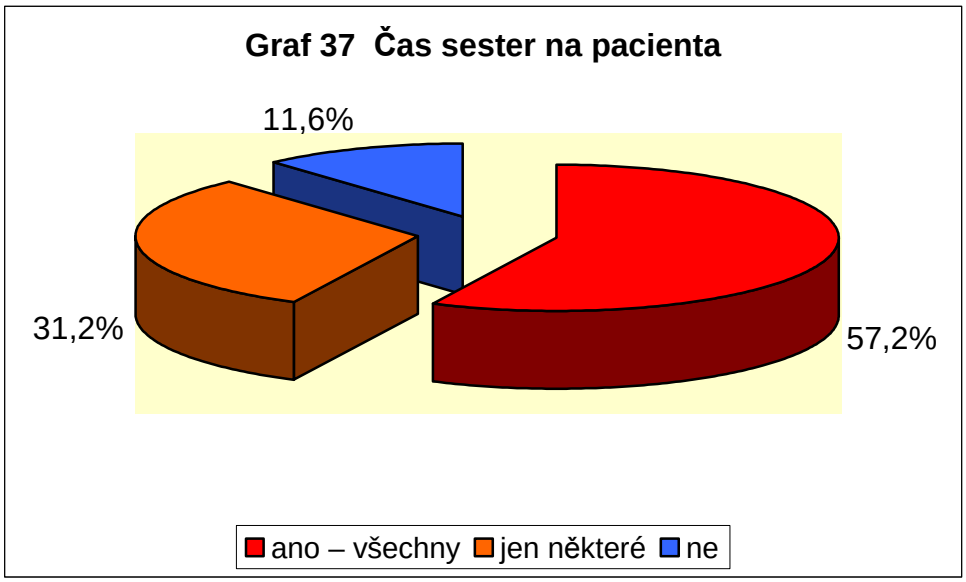
14 (50 %) pacientů má určitě zájem o zapojení se do ošetřovatelské péče a 2 (7 %) pacienti jsou víceméně také pro zapojení do ošetřovatelské péče. 10 (36 %) dotazovaných si není jistých zda by chtěli svoji péči konzultovat se sestrami. 2 (7 %) pacienti se nechtějí zapojit do této péče.



Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných 87 (93 %) pacientů se cítí být dostatečně informováno o plánu ošetřovatelské péče. 10 (7,2 %) pacientů si myslí, že není dostatečně informováno o plánu ošetřovatelské péče a 41 (29,7 %) pacientů si není vědoma o tom, zda je či není dostatečně informováno.



Z celkového počtu 138 (100 %) pacientů 61 (44,2 %) dotazovaných uvádí, že sestry sebou nosí na sesterskou vizitu pomůcky pro ošetřovatelskou péči. 27 (19,6 %) pacientů zmiňuje, že sestry sebou nic nenosí. 50 (36,2 %) pacientů si nevšimlo zda sestry nosí pomůcky.



Z celkového počtu 138 (100 %) dotazovaných 79 (57,2 %) pacientů uvádí, že sestra jim vždy věnuje potřebný čas. 43 (31,2 %) pacientů se zmiňuje, že se jim věnuje jen některá ze sester a 16 (11,6 %) pacientů má pocit, že jim sestry nevěnují dostatek času.

5. DISKUZE

Pojem ošetřovatelská vizita je málo známý, jak pro sestry, tak pro pacienty. Ve většině nemocničních zařízeních se sesterské vizity neprovádí. Nachází se velice málo literatury v tištěné, ale i internetové podobě.

Při dotazníkovém šetření záviselo na délce hospitalizace pacienta. Ne každý dotazovaný byl hospitalizován déle jak týden.

Nejpočetnější věkovou skupinou z celkového výzkumného souboru tvořily sestry do 30 let (41,7 %) a pacienti mezi 21-35let (34,7 %). Jak se očekávalo, největší procento sester, tj. 31 % na standardním oddělení pracuje na interním oddělení (viz Graf 22). V Nemocnici Písek a.s. je interní oddělení rozděleno na tři pododdělení (interna ženy, muži a smíšené). Největší procento dotazovaných pacientů (23,2 %) se nacházelo na gynekologicko-porodnickém oddělení (viz Graf 22), kdy nejvíce respondentek odpovídalo na dotazníky na porodnickém než na gynekologickém oddělení, hlavně na rizikovém úseku (oddělení pro rizikové těhotenství). Nejméně dotazovaných respondentů bylo hospitalizovaných na oddělení vnitřního lékařství (12,3 %) a neurologie (8 %). Větší počet pacientů na těchto odděleních nebylo schopno dotazník vyplnit, a to z důvodů jejich základního onemocnění či vysokého stáří.

K tématu: Ošetřovatelské vizity a jejich důležitosti z pohledu sestry a pacienta jsem si zvolila 3 hlavní cíle. Cíl 1: Zda se ošetřovatelské vizity běžně provádí na vybraných odděleních. Cíl 2: Zda je ošetřovatelská vizita pro sestru a pacienta důležitá. Cíl 3: Zjistit názory pacientů na ošetřovatelské vizity.

Zda se ošetřovatelské vizity běžně provádí na vybraných oddělení je označeno v Grafu 4. Většina sester se domnívá, že se ošetřovatelské vizity na oddělení uskutečňují. Toto tvrzení uvedlo 70,2 % sester na standardních odděleních. Ovšem po vysvětlení tohoto pojmu se názor dotazovaných změnil. Velké procento sester 89,3 % v dotazníku sdělilo, že sesterské vizity neprovádí (viz. Graf 8). Většina sester přesně nevědělo, co pojem ošetřovatelská vizita představuje. Domnívali jsme se, že mnoho

sester nebude znát tento pojem. Každá z nich uvedla svůj názor. Nejčastější vysvětlení pojmu znělo: předávání služby sester u lůžka pacienta, předávání sesterských informací následující službě, pravidelná návštěva nemocného sestrou v době její služby, předávání důležitých informací sestrami u lůžka nemocného, sledování výsledků ošetřovatelského procesu a nemnoho sester se zmínilo o tom, že toto vysvětlení nepovažují za potřebné.

U další položky, týkající se předávání sesterské služby, bylo zjištěno, že skoro všichni respondenti (78,6 % sester a 81,2 % pacientů) se zmiňují o předávání informací sestrami na sesterně (viz Graf 5 a 26). Jen v některých případech si službu předává u lůžka pacienta 36,1 % sester a 10,7 % sester si předává službu před pokojem pacienta. Jedině sestry z ortopedického oddělení (10,7 %) si předávají službu u lůžka pacienta , a to pouze při ranní směně. Z toho část služby si předávají na sesterně a část u lůžka nemocného. Z naší dosavadní praxe a zkušeností můžeme říci, že předávání služby jsme zažili na sesterně a pouze v některých případech byla služba předána u pacienta.

Následující otázky byly vyplněny sestrami a pacienty po vysvětlení pojmu ošetřovatelská vizita.

Také nás zajímalo v otázce č.13 (viz Graf 14), zda ošetřovatelské vizity dříve sestry zažily či ne. Žádná z dotazovaných tuto vizitu nikdy nepoznala, pouze 14 (16,7 %) sester vědělo, že se sesterské vizity na oddělení dříve uskutečňovaly a 39 (46 %) sester tvrdí, že se na oddělení nikdy tyto vizity neprováděly. Na základě těchto výsledků se můžeme přiklonit spíše k názoru, že se ošetřovatelské vizity v Nemocnici Písek a.s. nikdy nerealizovaly. Je nutné se zmínit o tom, že délka praxe sester nepoukazuje na uskutečňování těchto vizit v minulosti.

Při dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že pouze na ortopedickém oddělení tuto vizitu sestry (10,7 %) realizují. Tato informace mě překvapila, jelikož jsem tuto možnost nepředpokládala. Je nutné podotknout, že dříve než sestry vyplnily následující otázky, byly písemně informovány o vysvětlení pojmu ošetřovatelská vizita. Na ortopedickém oddělení pracuje 9 směnových sester. Každá z nich odpověděla kladně (100 %) na tuto otázku. Malou sesterskou vizitu uskutečňují každý den a to pouze při ranní směně (viz Graf 9). Pacienta o jejich návštěvě vždy informuje 33,3 % sester, jen v některých případech podává informace o inspekci 44,4 % sester a nejsou poskytnuty

tyto informace 2,22 % sestrami. Na druhé straně vyzkoumané informace od pacientů (viz Graf 28) uvádí, že více procent (42 %) dotazovaných neví, kdy bude sesterská kontrola probíhat. 32,6 % dotazovaných je o těchto návštěvách poučeno. Dle Krišková je malá ošetřovatelská vizita popsána jako každodenní předávání služby sester u lůžka pacienta, kdy jsou zjišťovány a zabezpečovány potřeby nemocného. Účastníci malé vizity uvedeni v této literatuře se více méně shodují. Směnové (100 %), denní (100 %) a staniční sestry se podílí na této návštěvě. Avšak fyzioterapeut, nutriční terapeut či psycholog není přítomen. Sestry nevybraly jiný ošetřující personál, než byl na výběr. Pomůcky, které se mohou použít při ošetřovatelské vizitě, uvedla Filausová in: Ošetřovatelské postupy: e-learningová výuka. Sestry, které vyplnily tuto otázku, měly na výběr z více možností. Musím připomenout, že dotazovaných sester bylo pouze 9. Na ortopedickém oddělení používají při ošetřovatelské vizitě pomůcky na měření fyziologických funkcí (viz Graf 21), které popsaly 2 sestry z 9, pomůcky na ošetřovatelskou péči uvedly 4 sestry z 9 a ošetřovatelskou dokumentaci nosí sebou 5 sester z 9. Informační brožurky, jenž byly na výběr nesdělila žádná sestra. Myslíme si, že je potřeba nejen ústní podání informací sestrou ale i psané formy. Nemocný se může kdykoliv dozvědět informace, které má u sebe v brožurce. Velká sesterská vizita je také popsaná v literatuře od Kriškové, podle níž byl dotazník sestaven. 100 % sester uvedlo přítomnost této vizity na oddělení (viz Graf 10), která se provádí 1x týdně na pokoji u pacienta. Vrchní a staniční sestra byly při návštěvě pacienta přítomny, tak jak se uvádí v literatuře. 71 % pacientů má stejné zkušenosti jako sestry, zvolili stejný výběr. Velká ošetřovatelská vizita se uskutečňuje pravidelně 1 x týdně tvrdí 44 pacientů a 2x týdně uvádí 41 pacientů. 7 dotazovaných si myslí, že je staniční a vrchní sestra navštíví jen při problémech.

Mezi třetí druh ošetřovatelských vizit patří individuální vizita. Zajímalo nás, zda si sestry zvou pacienty k individuálnímu rozhovoru. Uvedeno v otázce č. 15 (viz Graf 16). 23,8 % dotazovaných si vždy zve pacienta k osobnímu rozhovoru. Nejvíce dotazovaných uvedlo, že tuto návštěvu provádí za účelem sestavení anamnézy při příjmu pacienta. Jiné sestry edukují pacienta ohledně nácviku ošetřovatelských činností (aplikace inzulinu, nácvik používání kompenzačních pomůcek, obstarávání stomických

náhrad aj.). Mnoho sester individuálně poučuje pacienta o vyšetření a ošetřovatelských výkonech. 54,8 % sester si někdy pozve pacienta k individuálnímu rozhovoru. Jak jsme se dozvěděli, tak za účelem edukace pacienta, poučit ho o vyšetřeních a výkonech, dodržet jeho soukromí a důstojnost, při závažném zdravotním stavu ho vyslechnout a v neposlední řadě na přání nemocného. Zbytek procent (21,4 %) sester si nikdy pacienta k individuálnímu rozhovoru nezve. Dle Filousové in: Ošetřovatelské postupy-e-learningová výuka se tyto vizity s praktickými činnostmi a cílem moc neliší. V této literatuře se hlavně uvádí komunikace s pacientem o jeho ošetřovatelských potřebách, ošetření rány, poučení pacienta o vyšetřeních, nácvik některých léčebných postupů, vyslechnutí pacienta, uspokojovat jeho potřeby a plánovaní kontinuity ošetřovatelské péče.

Hypotéza č. 1 s názvem: „Ošetřovatelské vizity se běžně na odděleních neprovádí“ Dle odpovědí sester a pacientů ze standardních oddělení na tyto otázky můžeme říci, **že předpoklad v této hypotéze se potvrdil**.

Dotazníkové šetření bylo prováděno na standardních odděleních Nemocnice Písek a.s. (chirurgické, interní, ortopedické, gynekologicko-porodnické, urologické a neurologické). Většina sester se domnívala, že se ošetřovatelské vizity na oddělení uskutečňují. Po vysvětlení pojmu ošetřovatelská vizita, mnoho sester změnilo názor. Více procent dotazovaných potvrdilo neuskutečňování těchto vizit na oddělení. Ani v minulosti nezažily sestry tyto vizity. Většina sester předává hlášení předešlé služby na sesterně. Pouze na ortopedickém oddělení jsou realizovány tyto vizity (malé i velké). Službu si předávají při ranní směně u lůžka pacienta. K individuální rozhovoru mezi sestrou a pacientem dochází hlavně při příjmu pacienta, při sestavování ošetřovatelské anamnézy.

Důležitost ošetřovatelských vizit pro sestru a pacienta bylo zjišťováno v otázce č. 14. (viz graf 15) u sester a č. 9 (viz Graf 31) u pacientů. 63,1 % sester ze standardních oddělení Nemocnice Písek a.s. má zájem o ošetřovatelskou vizitu a je pro ně důležitá. 25 % sester nemá pochopení pro tyto vizity. Zbytek procent sester neví, zda by chtěly provádět sesterské vizity. Více pacientů 55,8 % by uvítali ošetřovatelské vizity a jsou

pro ně důležité. 16 % pacientů se přiklání k názoru , že sesterské vizity nejsou potřebné a ani o ně nemají zájem a 28,3 % nemocných si nejsou jisti, zda by chtěli, aby se tato vizita prováděla. Většina pacientů 57,2 % (viz Graf 37) má pocit, že jim sestry věnují potřebný čas. A proto si myslíme, že realizování ošetřovatelských vizit na odděleních by umožnilo sestrám více se věnovat pacientům.

Nedílnou součástí kvalitní péče a léčby je ošetřovatelský proces. V teoretické části je zmíněno o ošetřovatelském procesu, který je důležitý pro splňování kvalitní ošetřovatelské péče a souvisí se sesterskými vizitami. V dotazníku jsme se dotazovali jak sestřiček tak pacientů na ošetřovatelský proces. U sester v dotazníku otázka č. 16, 17, 18, 19 (viz Graf 17, 18, 19, 20) a u pacientů otázka č. 10, 11, 12, 13 (viz Graf 32, 33, 34, 35).

První krok ošetřovatelského procesu se nazývá posouzení pacienta. Při příjmu pacienta sestra získává informace pomocí ošetřovatelské anamnézy. Tyto informace souvisí s obdobím před přijetím pacienta do ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská anamnéza je součástí posouzení. Dle Marečkové lze ošetřovatelskou anamnézu odebírat při příjmu, ale i v průběhu hospitalizace opakovaně. Sestry se chybějící informace mohou zjistit během ošetřovatelské vizity. Podle výzkumu bylo zjištěno, že 42,2 % sester odebírá ošetřovatelskou anamnézu pouze při příjmu pacienta a 39,3 % sester ji odebírá při příjmu ale i v průběhu hospitalizace nemocného. 15,5 % dotazovaných získává tuto anamnézu jen během prvního dne hospitalizace pacienta.

Dle Marečkové v druhé fázi ošetřovatelského procesu dochází k identifikaci ošetřovatelských problémů pacienta. Ošetřovatelská diagnóza musí být stanovena nejdéle do 24 hodin od přijetí do zdravotní péče. Dle potřeby se diagnóza stanovuje i v průběhu péče a to za účasti pacienta. Je výhodné je stanovovat v rámci ošetřovatelské vizity. Z výzkumného šetření vyplynuly tyto údaje. Nejvíce procent 41,7 % sester zjišťují diagnózu sami za spolupráce pacienta a 28,6 % sester určuje diagnózu bez účasti pacienta. 20,2 % sester stanovuje ošetřovatelskou diagnózu ve spolupráci s ostatními sestrami a v kooperaci s pacientem zbytek sester stanovuje diagnózu bez pomoci pacienta.

Plánování ošetřovatelské péče provádí sestra vždy za účasti pacienta. Jak je tomu v praktické oblasti, jsme zjistili, že 13,1 % sester provádí plánování péče sami. 1,2 % sester připravuje ošetřovatelskou péči ve spolupráci s ostatními sestrami, ale bez účasti pacienta. 16,7 % dotazovaných spolupracuje s ostatními sestrami a za přítomnosti pacienta. Plánování ošetřovatelské péče pouze za účasti pacienta provádí 69 % sester.

Zda byly cíle plánu splněny zjišťují sestry ve vyhodnocení účinnosti péče. Zda sestra vyhodnocuje péči ve spolupráci s pacientem bylo vyzkoumáno, že 10,7 % dotazovaných diskutuje o všem s ostatními sestrami ale bez spolupráce pacienta. 47,6 % sester hodnotí péči s ostatními sestrami a pacientem. 6 % sester hodnotí vše sama a 35,7 % dotazovaných hodnotí péči pouze s pacientem.

Hypotéza č. 2 s názvem: „Ošetřovatelské vizity nepovažují sestry za důležité“. Dle odpovědí sester a pacientů ze standardních oddělení na tyto otázky můžeme říci, **že předpoklad v této hypotéze se nepotvrdil**.

Většina sester a pacientů ze standardních oddělení Nemocnice Písek a.s. by uvítaly ošetřovatelskou vizitu. Pro kvalitní ošetřovatelskou péči je důležitá a potřebná. Nedílnou součástí kvalitní ošetřovatelské péče a léčby je ošetřovatelský proces, který úzce souvisí se sesterskými vizitami. Na všech vybraných odděleních realizují ošetřovatelský proces. Sestry zapojují do ošetřovatelské péče, procesu pacienty.

Další zkoumanou oblastí byly názory pacientů na ošetřovatelskou vizitu, jak ji vnímají. Jak bylo předpokládáno, více dotazovaných 80,4 % neznalo pojem sesterská vizita. 19,6 % pacientů kladně odpovědělo na dotaz a část z nic uvedla svůj názor. Nejčastější vysvětlení pojmu znělo: předávání sesterské služby u lůžka pacienta, předávání služby mezi sestrami, rozhovor sestry a pacienta ohledně jeho zdravotního stavu a potíží. Poslední názor pacientů zněl: část sester dohlíží na práci ostatních sester. Je tedy opravdu jasné, že sesterské vizity jsou málo známé.

U další položky, týkající se předávání sesterské služby u lůžka pacienta z pohledu pacienta bylo zjištěno, že skoro všichni respondenti 81,2 % uvedli, nepřítomnost sester při předávání sesterské služby u jejich lůžka(viz Graf 26). 15,9 % respondentů se setkalo s návštěvou sester u jejich lůžka v době, kdy si předávaly službu.

Pravidelnost těchto vizit uvedli pacienti na ortopedickém oddělení a to při ranní směně. S velkými sesterskými vizitami se pacienti také setkali (viz Graf 29). Více procent (71,1 %) dotazovaných se zmínilo o těchto vizitách. Pravidelně 1x do týdne se s nimi setkává 44,9 % pacientů a 41,9 % pacientů se s nimi potkává 2x do týdne. Méně procent dotazovaných tvrdilo, že si tuto vizitu mohou vyžádat když nastane ošetřovatelský problém.

Pacient, který by měl zájem dozvědět se informace o ošetřovatelských vizitách, vzhledem k malému množství literatury jak v tištěné podobě tak internetové podobě, nemá možnost výběru.

Hypotéza č. 3 s názvem: „Pacienti/klienti nejsou dostatečně informováni o ošetřovatelských vizitách“. Dle odpovědí pacientů ze standardních oddělení na tyto otázky můžeme říci, **že předpoklad v této hypotéze se potvrdil**.

Mnoho pacientů ze standardních oddělení Nemocnice Písek a.s. nezná pojem ošetřovatelská vizita. Pacienti s ortopedického oddělení se setkali s těmito vizitami. Každý den ráno si sestry předávají službu u jejich lůžka. Velkou sesterskou vizitu poznala většina pacientů pravidelně 1krát týdně či 2krát týdně.

6. ZÁVĚR

Ošetřovatelská vizita je pojem, který je málo známý, jak pro sestry tak pro pacienty. Realizování ošetřovatelských vizit na standardních odděleních umožní sestrám více chápat pacienta, hlavně po stránce biopsychosociální. Lépe objektivně posoudí a zabezpečí pacientovy potřeby.

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou ošetřovatelské vizity běžně prováděny na vybraných odděleních, zda jsou pro sestru a pacienta důležité a zjistit názory pacientů na tyto vizity. Snažila jsem se zmapovat fakta, týkají se realizování ošetřovatelských vizit na standardních odděleních Nemocnice Písek a.s.. Důležitá je spolupráce nejen mezi sestrami samotnými, ale i mezi sestrou a pacientem.

HYPOTÉZA 1: Ošetřovatelské vizity se běžně na odděleních neprovádí. Hypotéza se dotazníkovým šetřením podařila potvrdit.

HYPOTÉZA 2: Ošetřovatelské vizity nepovažují sestry za důležité. Tato hypotéza se nepotvrdila.

HYPOTÉZA 3: Pacienti/klienti nejsou dostatečně informováni o ošetřovatelských vizitách. Hypotéza se potvrdila.

Získané výsledky výzkumu jsou uspokojivé, přesto by se měli zdravotníci stále snažit zlepšovat přístup k pacientům, zabývat se člověkem jako celkem, jako bytostí biopsychosociální, bytostí holistickou. Měli by více zdokonalovat a zpříjemňovat prostředí kolem sebe. Práce setry je velice náročná a vyžaduje přítomnost vyrovnaných a empatických sester. Sestra je s pacientem během jeho hospitalizace mnohem více než lékař, informuje ho o průběhu péče, o výsledcích vyšetření, zodpovídá mu všechny dotazy a informuje ho o dalším průběhu.

Tuto práci bych chtěla seznámit s ošetřovatelským managementem Nemocnice Písek a.s. Zkušebně zavést provádění těchto ošetřovatelských vizit na vybraném oddělení. Po určité době zmapovat změny, které nastaly, výhody které vizity přinesly. Po té zavést na všechna oddělení.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. JIČÍNSKÝ, V. JOBÁNKOVÁ, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 203 s.
ISBN 80-7013-288-4

2. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetřovatelské dokumentace*. r. 2002 [13.2.2007]. Dostupný z:
<http://www.cnna.cz/vedeni_dokumentace.php?PHPSESSID=19da061ca108fbc6f9a05ccd341afa03>

3. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Poradní výbor pro vzdělávání v oblasti péče o nemocné*. r. 1998.[13.2.2007]. Dostupný z:*
http://www.cnna.cz/doc/mezinarodni_organizace/pcn_zprava.php?PHPSESSID=19da061ca108fbc6f9a05ccd341afa03

4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetovatelství – teorie*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s.
ISBN 80-8063-227-8

5. FILAUSOVÁ, D. Vizita. in: *Ošetřovatelské postupy- e-learningová výuka*. [13.2.2007]. Dostupný z:
<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=11&kod_kurzu=kos392>

6. GULÁŠOVÁ, I. Etické aspekty komunikácie vo vzťahu pacient – sestra. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. Martin: 2006, , ročník XII, č. 3, str. 123-124. ISSN 1335-5090

7. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. ošetřovatelské diagnózy na porodním sále. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1

8. KOVÁČIKOVÁ, B. Pacient – choroba - sestra. *Revue ošetrovatelśtva, sociálnem práce a laboratórnych metodík,* Martin: 2006, ročník XII, č. 1, str. 157. ISSN 1335-5090

9. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovateľstvo I.* Martin: Osveta, 1996. 836 s. Přel. Z Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Praktice. ISBN 80-217-0528-0

10. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3

11. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovateľské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9

12. MAGERČIAKOVÁ, M. Edukácia v ošetrovateľskom procese. *Ošetrovateľský obzor*. Martin: 2005, ročník 2, č. 4, str. 99. ISSN 1336-5606

13. MAREČKOVÁ, J. *Nanda – International diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace.* 1. vyd. Ostrava: Repronis, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9

14. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách.* 1 vyd. Praha: Grada. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

15. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9

16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s.
ISBN 80-246-0429-9)

17. MIČUDOVÁ, E. KOCOURKOVA, J. Ošetřovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. Praha:2006, ročník XVII, č. 3, s. 25. ISSN 1210-0404

18. MZČR. Koncepce ošetřovatelství. In: *Věstník č. 9.* r. 2004. [13.2.2007]. Dostupný z: <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=40 >

19. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

20. ROZSYPALOVÁ, M. *Ošetřovatelství I/2.* Praha: Informatorium, 1996. 209 s. ISBN 80-85427-94-X

21. SCHMIDTOVÁ, Z. Význam ošetrovateľského procesu v praxi. *Ošetrovatelśký obzor*. Martin: 2005, ročník 2, č. 3, str. 94-96. ISSN 1336-5606,

22. STAŇKOVÁ, M. *Lemon 1.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 183 s. ISBN 80-7013-234-5

23. STAŇKOVÁ, M. *Lemon 2.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-238-8

24. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestra- pacient. *Sestra.* Praha:2007, ročník XVII, č. 1, str.22. ISSN 1210-0404

25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

26. VÉBROVÁ, J. KRAJÍČEK, T. A KOL. *Slovník cizích slov.* 1vyd. Praha:Plot, 2006. 367s. ISBN 80-86523-77-4

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetřovatelství

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská vizita

Sestra

Pacient

9. PŘÍLOHY

9.1. Dotazník

9.1. Dotazník

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážená kolegyně,
jmenuji se Lucie Benisková a jsem studentkou Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích oboru **V**šeobecná sestra – bakalářské studium. Pro svoji bakalářskou práci s názvem **Ošetřovatelské vizity a jejich důležitosti z pohledu sestry a pacienta** jsem vytvořila anonymní dotazník, který Vám nyní předkládám. Žádám Vás o jeho vyplnění a ujišťuji Vás, že získané údaje budou použity pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce.
Velice Vám děkuji za spolupráci.

Lucie Benisková

1. Věk sestry:
- a) do 30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) nad 50 let

2. Na kterém oddělení pracujete?
- a) chirurgické oddělení
- b) interní oddělení
- c) gynekologické oddělení
- d) porodnické oddělení
- e) ortopedické oddělení

3. Délka Vaší praxe:
- a) 0 -11 měsíců
- b) 1-5 let
- c) 6 - 10 let
- d) 11-15 let
- e) 16 a více let

4. Provádíte na oddělení sesterské vizity?
- a) ano
- b) ne
- c) nevím co to je

5. Co si představujete pod pojmem „sesterská vizita“?

……
……..

6. Kde si předáváte se sestrami službu?

a) na sesterně
b) před pokojem pacienta
c) u lůžka pacienta
d) část služby si předáváme na sesterně a část u lůžka pacienta
e) jiné

……..

7. Navštěvujete při předávání služby pacienty na pokoji?

a) ano - pokaždé
b) jen v některých případech
c) ne

8. Pokud si předáváte službu u lůžka pacienta tak:

a) při každé směně
b) pouze při ranní směně
c) pouze při odpolední směně
d) pouze při noční směně
e)
jiné:……
……

_____

Vysvětlení k následujícím otázkám.
Sesterská vizita se dělí na malou, velkou. Malá vizita probíhá každý den na pokoji pacienta za účasti jedné nebo dvou sester, lze ji do určité míry považovat za předání služby u lůžka pacienta (zda byly dosaženy naplánované cíle). Účastníkem velké sesterské vizity je vrchní sestra, staniční sestra, primární sestra a ošetřující sestra. Slouží k cílenému zjištění a zabezpečení potřeb pacienta.

_____

Pokud se sesterské vizity na vašem oddělení v tomto smyslu neprovádí, přejděte prosím na otázku **č. 13**
Pokud se sesterské vizity v tomto smyslu na vašem oddělení provádí, **pokračujte prosím v následujících otázkách.**

9. Pokud se u Vás malé vizity provádí, kdo se jich zúčastňuje? (můžete vyplnit více odpovědí)

a) sestra konající službu
b) primární sestra
c) staniční sestra
d) fyzioterapeut
e) nutriční terapeut

f) psycholog
g) někdo
jiný……

10. Navštěvujete pacienta spolu se staniční, vrchní sestrou (velká sesterská vizita)?

a) ano □ pravidelně □ 1xtýdně
□ 2xtýdně
□ jiné:.....
□ při problémech, které u pacienta nastaly
□ když si to vyžádá pacient
□ jiné:

b) ne

11. Jaké pomůcky nosíte sebou, když provádíte vizitu ? (můžete vyplnit více odpovědí)

a) pomůcky na měření fyziologických funkcí
b) pomůcky na ošetřovatelkou péči (rukavice, atd.)
c) ošetřovatelskou dokumentaci
d) informační brožurky
e) jiné ……
f) nenosím žádné pomůcky

12. Informujete pacienta o tom, že ho navštívíte (že bude probíhat sesterská vizita)?

a) ano – vždy
b) jen v některých případech
c) ne

13. Prováděly se dříve (někdy v minulosti) na oddělení sesterské vizity?

a) ano – zažila jsem to
b) ano – ale nezažila jsem to
c) ne
d) nevím

14. Máte zájem o to, aby se sesterské vizity na vašem oddělení prováděly?

a) ano
b) ne
c) nevím

15. Zvete si pacienta k individuálnímu rozhovoru?

a) vždy……napište důvod:……

b) někdy……..napište důvod:……

c) ne

16. Ošetřovatelskou anamnézu odebíráte:

a) pouze při příjmu pacienta
b) během prvního dne hospitalizace
c) při příjmu a v průběhu hospitalizace
d) jenom pokud máte čas
e) jiné: .....

17. Ošetřovatelskou diagnózu stanovujete:

a) sama - a s pacientem to nekonzultujete
b) sama - a s pacientem to konzultujete
c) ve spolupráci s ostatními sestrami a za účasti pacienta
d) ve spolupráci s ostatními sestrami bez účasti pacienta
e) jenom někdy, pokud na to máte čas
f) jiné:.....

18. Ošetřovatelskou péči (plánované výkony, ošetřovatelské činnosti, realizace péče)

plánujete:

a) sama
b) ve spolupráci s ostatními sestrami bez účasti pacienta
c) ve spolupráci s ostatními sestrami za účasti pacienta
d) ve spolupráci pouze s pacientem
e) jiné:.....

19. Při hodnocení ošetřovatelské péče:

a) diskutujete o všem s ostatními sestrami bez spolupráce s pacientem
b) diskutujete o všem s ostatními sestrami i s pacientem
c) hodnotíte vše sama
d) provádíte hodnocení pouze ve spolupráci s pacientem
e) jiné:.....

Děkuji Vám za vyplnění

DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážený pane, paní,
jmenuji se Lucie Benisková a jsem studentkou Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra – bakalářské studium. Pro svoji bakalářskou práci s názvem **Ošetřovatelské vizity a jejich důležitosti z pohledu sestry a pacienta** jsem vytvořila anonymní dotazník, který Vám nyní předkládám. Žádám Vás o jeho vyplnění a ujišťuji Vás, že získané údaje budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.
Velice Vám děkuji za spolupráci.

Lucie Benisková

1. Věk pacienta:

a) do 20 let
b) 21-35 let
c) 36-50let
d) 51-65 let
e) nad 65 let

2. Na kterém oddělení jste hospitalizováni?

a) chirurgické oddělení
b) interní oddělení
d) gynekologické oddělení
e) porodnické oddělení
f) ortopedické oddělení

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní
b) učební obor bez maturity
c) učební obor s maturitou
d) střední odborné
e) vyšší odborné
f) vysokoškolské

4. Slyšeli jste někdy pojem - sesterská vizita?

a) ano
b) ne

5. Jak by jste jí popsal/a?

a)……
……..
b) vůbec si pod tímto pojmem neumím nic představit

6. Předávají si sestry službu u vašeho lůžka?

a) ano □ pravidelně □ při každé službě

□ pouze při ranní službě
□ pouze při odpolední službě
□ jiné:.....

□ nepravidelně

b) ne

7. Máte přehled o tom, kdy Vás sestry přijdou navštívit?

a) ano – vždy vím, kdy přijdou
b) ano – někdy mě informují, že přijdou
b) ne

8. Navštěvují Vás sestry spolu s vrchní či staniční sestrou?

a) ano □ pravidelně □ 1x týdně
□ 2x týdně
□ jiné:.....

□ jen při problémech
□ když si to vyžádám
□ jiné:.....

b) stalo se to jen párkrát a už ani nevím, proč tu byly
c) ne

Vysvětlení k následujícím otázkám.
Sesterská vizita se dělí na malou, velkou. Malá vizita probíhá každý den na pokoji pacienta za účasti jedné nebo dvou sester. Lze ji do určité míry považovat za předání služby u lůžka pacienta. Mohou být přítomny i rehabilitační sestry, dietní sestry, aj. Účastníkem velké sesterské vizity je vrchní sestra, staniční sestra, primární sestra a ošetřující sestra. Slouží k cílenému zjištění a zabezpečení potřeb pacienta.

---

9. Uvítal/a by jste tyto vizity (předávání sesterské služby u lůžka nemocného, návštěva vrchní či staniční sestry, ale i rehabilitační sestry, dietní sestry atd.)?

a) určitě ano
b) spíše ano
c) nevím
d) spíše ne
e) určitě ne

10. Ptají se Vás sestry během předávání si služby, návštěvy na Vaše problémy?

a) ano
b) ne

11. Konzultují s Vámi sestry naplánovanou péči (sestra naplánuje, jak nejlépe vyřešit

Vaše problémy - bolest, strach, vyprazdňování atd.)?

a) ano
b) ne

12. Pokud ne, uvítal/a by jste možnost zapojit se do ošetřovatelské péče o Vás ? (řešit se sestrou

Váš problém, potřebu a najít společné řešení pro vyřešení problému, uspokojení této potřeby)

a) určitě ano
b) spíše ano
c) nevím
d) spíše ne
e) určitě ne

13. Máte pocit, že jste dostatečně informován/a o plánu ošetřovatelské péče Vás?

a) ano
b) ne
c) nevím

14. Mají sestry při vizitě, když Vás navštěvují, s sebou nějaké pomůcky (pomůcky na měření

krevního tlaku, teploty, ošetřovatelskou dokumentaci, informační brožurky, aj.)?

a) ano
b) ne
c) nevím – nevšiml/a jsem si

15. Mají na Vás sestry dostatek času (tolik kolik potřebujete)?

a) ano – všechny
b) jen některé
c) ne

Děkuji Vám za vyplnění