

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Nina Hrušková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**PŘEDÁNÍ SLUŽBY JAKO ZDROJ INFORMACÍ
PRO OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Bakalářská práce

PhDr. Věra Stasková

Nina Hrušková

2.5. 2011

Shift Handover as a Source of Information for Nursing Procedure

Shift handover among nurses takes place in order to keep continuity of nursing care. Nurses work in shifts to provide continuous nursing care for patients. The working shifts should overlap so that the nurses could get enough time to do the handover. Every shift starts with providing information concerning the patients. The target of this handover is to provide the most detailed information about each patient so that the nursing procedure is not interrupted. During this handover a nurse transmits information concerning the state of each patient at the department to the following shift. It is carried out in the oral as well as written form.

Three goals were set in the practical part of this bachelor thesis. Goal 1: To trace the most frequent form of the shift handover among nurses. Goal 2: To learn how much the nurses are satisfied during the handover with the obtained information concerning patients. Goal 3: To detect how the obtained pieces of information were applied in the nursing procedure. All three goals were met.

The quantitative research method of questioning was applied to meet the goals of this bachelor thesis. It was carried out by questionnaires and observation. The questionnaire was given to the nurses in standard departments of the University Hospital Hradec Králové and the Hospital České Budějovice, a.s. Graphs and tables were used to evaluate the research part.

Three hypotheses were set. Hypothesis 1: Most frequently the nurses use the form of a dialogue during the shift handover. Hypothesis 2: The nurses are satisfied with the obtained information concerning the patients/clients during the shift handover. Hypothesis 3: The nurses apply the obtained information during the shift handover in the nursing procedure. All three hypotheses were proved according to this investigation.

The results of this investigation might serve as an aggregate of recommendations to head nurses indicating the effective way of handing over information so that these pieces of information can play an important part during the nursing procedure.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Předání služby jako zdroj informací pro ošetrovatelský proces“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponenta práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji PhDr. Věře Staskové za její cenné rady a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	2
1. SOUČASNÝ STAV	3
1.1 Předávání služby	3
1.1.1 Týmová práce	4
1.1.2 Komunikace	4
1.1.3 Organizační systémy práce sester	6
1.1.4 Sesterská vizita	8
1.2 Zdroj informací	9
2.1.1 Pozorování nemocného	9
2.1.2 Zdravotnická dokumentace	13
1.3 Ošetrovatelský proces	16
3.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu	16
3.1.2 Zavedení ošetrovatelského procesu do praxe	22
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Hypotézy	24
3. METODIKA	25
3.1 Použité metody	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4. VÝSLEDKY	26
5. DISKUSE	50
6. ZÁVĚR	56
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
8. KLÍČOVÁ SLOVA	61
9. PŘÍLOHY	62

ÚVOD

Práce sester je různorodá, může se lišit každý den i v každé nemocnici. Všude je ale předmětem práce sester péče o nemocné. A vždy jde o práci týmového charakteru, která se vyznačuje vzájemnou spoluprací sester i ostatních zdravotnických pracovníků. Činnosti sester na sebe musí navazovat a péče o nemocné musí být nepřetržitá, což plyne ze směnného provozu. Směny se časově překrývají, aby byl prostor pro předání služby. S předáváním služby se sestry setkávají každý den. Náplní předávání služby je předání informací o nemocných s vytyčením jejich potřeb. Proto je významná praktická znalost sester o jejich pacientech. Sestra by měla znát především identifikační údaje, což je jméno a umístění pacienta na pokoji, také základní diagnózu, přidruženou diagnózu, důvod hospitalizace, ošetrovatelské problémy, komplikace a vývoj stavu během dne. Základní údaje slouží k představení pacienta nově příchozí sestře do služby.

Předávání služby má velký význam nejen pro sestry, ale i pro pacienty. Každá směna je zahájena i ukončena právě předáním služby, sestry si tak vymění informace o pacientech a můžou zmínit provozní záležitosti. Výměna těchto informací má usnadnit sestře nástup do směny a zároveň slouží jako zhodnocení směny pro sestru končící službu. Pro pacienty má význam v podobě zachování kontinuity jim poskytované péče. Nemocní tak nemusí každé nově příchozí sestře opakovat své problémy a strádání nebo upozorňovat na rizika spojené s jejich zdravotním stavem.

Předání služby by mělo sloužit jako zdroj informací pro ošetrovatelský proces. Uskutečňováním ošetrovatelského procesu je, za předpokladu sjednocení práce sester, zachována jednotnost poskytované péče. Předávání služby mohou sestry využít v každé fázi ošetrovatelského procesu. Společným zájmem ošetrovatelského procesu a předání služby je zaměření na pacienta. Tyto dva procesy se tak mohou vzájemně doplňovat a ovlivňovat.

Téma jsem zvolila na základě poznatků z praxe, kde mě zaujalo, že předání služby je prováděno na každém oddělení jiným způsobem. Dalším aspektem byla skutečnost, že téma předání služby není zmiňováno v mnoha publikacích. Téma mi přišlo neprobádané a tak jsem viděla význam v jeho zpracování.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Předávání služby

Předávání služby mezi sestrami probíhá za účelem zachování kontinuity poskytované ošetrovatelské péče, více v kapitole týmová práce. Práce sester probíhá ve směnném provozu, je tak zabezpečena ustavičná ošetrovatelská péče u nemocných. Pracovní směny se mají časově překrývat, aby sestry měly dostatek času na předávání služby. Každá nová směna je zahájena právě předáváním informací o pacientech. Cílem předávání služby je poskytnutí co nejkvalitnějších informací o pacientovi, pro zajištění trvání ošetrovatelského procesu. Sestra, při předávání služby, informuje další směnu o stavu jednotlivých pacientů na oddělení. Předávání služby probíhá formou písemnou a ústní.

Písemná forma je zápis informací o nemocném do ošetrovatelské dokumentace. Sestra popisuje vývoj stavu pacienta a veškerá fakta, která se vyskytla během její směny. Dále písemně zhodnotí ošetrovatelský plán, popřípadě ho aktualizuje. K písemnému předávání služby patří také hlášení sester, kde jsou zaznamenány provozní údaje oddělení (6, 19, 22, 23).

Ústní předávání služby je doplněno písemnou formou. Sestra by stručnou formou měla vystihnout identifikační údaje, lékařskou diagnózu, důvod hospitalizace a současný stav, podrobněji v kapitole pozorování nemocného. Součástí předávání je i seznámení, nově příchozí sestry na směnu, s ošetrovatelským procesem u každého pacienta, o tomto bude pojednáno v kapitole ošetrovatelský proces, jeho fáze. Podkladem k ústnímu předávání služby je sestře ošetrovatelská, ale i lékařská dokumentace, více v kapitole zdravotnická dokumentace .

Předávání služby bývá na některých odděleních doplněno sestřskou vizitou, která probíhá u lůžek pacientů, podrobněji v kapitole sestřská vizita. „Návštěvy nemocných ošetrovatelským týmem umožňují pravidelnou výměnu informací o individuální ošetrovatelské problematice nemocných s bezprostředním řešením jejich potřeb. Nemocní nejsou jen přihlížejícími, ale jsou aktivními účastníky těchto vizit.

Mohou aktuálně signalizovat své potřeby a podílet se na jejich okamžitém uspokojování (6, s. 63)“.

1.1.1 Týmová práce

Poskytování ošetrovatelské péče má týmový charakter. Sestry k zajištění kvalitní péče musí spolupracovat s různými zdravotnickými pracovníky, např.: lékaři, laboranty, radiology, fyzioterapeuty a pomocným personálem. Každý zdravotník, člen týmu, musí být za poskytnutou zdravotnickou péči odpovědný, nedůslednost jednoho ze členů oslabí celý systém léčebného procesu, a může tak dojít k poškození zdravotního stavu nemocného.

Tým se stává fungující jednotkou, pokud jednotliví členové mají stejné cíle a společným úsilím se jich snaží dosáhnout. Efektivní práce týmu je dosahováno prostřednictvím správné komunikace a vzájemného respektování jejich členů. Tým pracovníku musí mít vytvořenou strukturu hodnot, která se vytváří vzájemným ovlivňováním členů. „Vlastností skupiny je přizpůsobení se normám. Normy označují očekávané chování ve skupině. Pokud jedinec tyto normy poruší, riskuje, že bude ze skupiny vyloučen (2, s. 72)“. Týmová práce je základem ošetrovatelství, řádně spolupracující tým sester, se vzájemnými dobrými vztahy ve skupině, má pozitivní vliv na pacienty (2, 17, 19).

1.1.2 Komunikace

Komunikace je jedním z nejdůležitějších aspektů ošetrovatelské péče. Sestra komunikuje nejen s pacienty a jejich příbuznými, ale i s ostatními zdravotnickými pracovníky. Prostřednictvím komunikace mezi sestrami se zajišťuje kontinuita ošetrovatelské péče. V týmové práci je kvalitní komunikace základním stavebním kamenem, pro úspěšné fungování spolupráce mezi jednotlivými členy. Výměna informací mezi spolupracovníky může být verbální, za využití mluveného či psaného slova, nebo neverbální, nebo-li řečí těla. Oba uvedené styly komunikace se mohou projevat souběžně.

Verbální komunikace je přenos informací za použití slov. Jednotliví členové týmu používají odlišná slova pro stejnou věc, tento fakt je dán vzděláním nebo věkem

zdravotníka. Při volbě slov, které zdravotníci vysloví nebo napíšou, je důležité uvědomit si základní kritéria správné komunikace: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasovanost a závažnost, přizpůsobivost, důvěryhodnost. Používání stručnosti je hlavně důležité v písemném projevu. Stručnost projevu je vhodným prostředkem i z časových důvodů. Zřetelností je myšleno přesné vystižení, toho co chce zdravotník říci. „Cílem zřetelnosti je komunikovat tak, aby se ostatní dozvěděli co, jak, proč, kdy, kdo, a kde se zřetelem na určitou specifickou situaci. Načasovanost a závažnost. Aby byly zprávy vyslechnuty, musí být i správně načasovány a musejí souviset s konkrétní osobou (5, s. 54 - 55)“.

Neverbální komunikace je vyjadřování se mimoslovně – mluvou těla. Podporuje slovní projev nebo ho celý nahrazuje. Neverbální komunikace zobrazuje emoce, interpersonální postoje a umožňuje sebe prezentaci. Řeč těla probíhá několika způsoby např.: výrazem obličeje – mimika; očním kontaktem – vizika; přibližováním a oddalováním – proxemika; dotekem – haptika; fyzickým postojem – posturologie; pohybem – kinetika; zabarvením a intonací hlasu, rychlostí a plynulostí řeči – paralingvistika; gesty; pohledy; úpravou zevnějšku.

Nedílnou součástí efektivní komunikace mezi členy zdravotnického týmu je naučení se konkrétních dovedností. Mezi dovednosti komunikace patří naslouchání, kladení otázek, reflexe, sumarizování a mlčení. Naslouchání zahrnuje porozumění mluvenému slovu a plně chápat jeho obsah. Kladení otázek je významnou částí komunikace. V případě špatného naslouchání nebo neporozumění, je za potřebí kladení otázek, kdy jejich cílem je upřesňování. Otázky jsou trojího typu: uzavřené – odpověď je pouze ano či ne; polouzavřené – rozsáhlejší, ale omezená odpověď; otevřené – rozsáhlá odpověď. Reflexe nebo-li zrcadlení je částí zpětné vazby. Zrcadlení je ujišťování a ověřování si, že mluvené slovo bylo příjemcem pochopeno. Sumarizování je přehled toho, co již bylo řečeno. Má být zakončeno konkrétní podněcující otázkou, která umožňuje pokračovat v řečnění. Mlčení nastává, když není již co říci.

Během komunikace, mezi členy ošetrovatelského týmu, může dojít k chybám. Jedna z komunikačních chyb je „překroucení“ informací. K tomuto dochází

při nepozornosti posluchače nebo použitím špatné verbalizace, jako je nepřiměřená intonace, chybný slovosled, špatná výslovnost. Za chybu je považováno použití vágních a bezvýznamných slov. „Obsah slov a informace nesená slovy, obsažená v komuniké, by měla být přizpůsobena cíli komunikace v daném okamžiku. Použití vágních a bezvýznamných slov způsobuje kolísání pozornosti posluchačů, neschopnost koncentrace, projev se stává nudným (15, s. 44)“. V této problematice je zahrnuto používání parazitních slov – mnoho adjektiv a citoslovcí. Další chybou je manipulace v komunikaci. Jde o používání pojmů, které jsou posluchači zcela neznámé. Jednou z chyb je také komunikační zahlcení. Posluchač je přehlacen informacemi a ztrácí schopnost dalšího vnímání (4, 5,10, 11, 15, 17, 26).

Když sestra předává službu, je to právě komunikace, která umožňuje předání informací o pacientovi. Proto je velmi důležité, aby sestry ovládaly komunikační dovednost a vyvarovaly se výše uvedeným chybám.

1.1.3 Organizační systémy práce sester

V poskytování ošetrovatelské péče se nabízí několik organizačních systémů práce sester. „Tyto systémy mají výhody i nevýhody související s kvalitou péče, využitím prostředků a růstem personálu (2, s. 163)“. Přestože se jednotlivé systémy ošetrovatelské péče liší, mají jedno společné a tím je dosahování kvalitního poskytování péče. Organizační systémy práce sester jsou pěti typů: systém funkční ošetrovatelské péče; systém týmového ošetřování; systém skupinové péče; systém primárních sester; systém ošetřování zaměřený na případ, nebo-li case management.

Systém funkčního ošetřování, jde o starší typ poskytování péče. Princip funkčního systému je v přidělování ošetrovatelských úkonů jednotlivým nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Pracovník má během své směny přidělené činnosti, které vykonává na celém oddělení. V praxi tento typ vypadá takto: jedna sestra provádí odběry, druhá sestra přijímá nové pacienty a třetí sestra podává léky. Funkční typ ošetřování má nevýhodu a to v podobě malé informovanosti sester o jednotlivých pacientech.

System tímového ošetřování je podobný funkčnímu typu ošetřování, a to v přidělování jednotlivých úkolů ošetřovatelským pracovníkům dle jejich kompetencí. Ošetřovatelští pracovníci své úkoly vykonávají pod vedením a dozorem vedoucího týmu, kterým bývá nejzkušenější sestra. Vedoucí týmu, tak zodpovídá za práci ostatních členů ošetřovatelského týmu. Tento typ se využíval hlavně v kolektivech s různou úrovní vzdělání v oboru ošetřovatelství. V praxi by tomu bylo takto: sanitáři napomáhají při stravování pacientů, ošetřovatelky provádí hygienu u pacientů, zdravotničtí asistenti měří fyziologické funkce a všeobecné sestry aplikují injekce a to vše za dohledu vedoucí sestry.

System skupinové péče je mnohem více zaměřen na samotného pacienta, než-li systémy předešlé. Sestra dostává na starost skupinu pacientů, u kterých během své směny poskytuje ošetřovatelskou péči, vykonává ordinace lékařů, směřované k její skupině pacientů a vede jejich ošetřovatelskou dokumentaci. Sestra je tvůrcem ošetřovatelského plánu u přidělené skupiny pacientů. Nevýhodou tohoto systému poskytování péče je, že jedna sestra vykonává mnoho úkolů u mnoha pacientů. Tento systém je náročný pro sestru, ale vyhovující pacientům.

Oproti tomu systém primárních sester spočívá v tom, že při příjmu pacienta na oddělení, je pacient přidělen sestře, která ho má na starost po celou dobu jeho pobytu v nemocnici. Primární sestra má tak možnost důkladně poznat nemocného a spolupracovat s jeho rodinou, je hlavním koordinátorem ošetřovatelské péče, vypracovává ošetřovatelský plán pacientovi na míru a je plně zodpovědná za jeho realizaci. V době nepřítomnosti primární sestry na pracovišti se o pacienta starají ostatní sestry – sestry sekundární. Při příchodu sestry do služby, má přiděleného vždy stejného pacienta až do jeho propuštění. Primární sestra se stará i o ostatní pacienty, ale už pouze v roli sestry sekundární. Cílem je, aby každý pacient měl svoji primární sestru, kterou bude znát a bude se na ni v případě potřeby moct obrátit. Tento systém je ideální pro poskytování péče metodou ošetřovatelský proces, za předpokladu kvalitního předávání informací o pacientovi primární sestrou, sestrám sekundárním.

Další možností poskytování ošetřovatelské péče je systém ošetřování zaměřené na případ - case management, jde o nově vyvinutou metodu. V ošetřovatelském týmu je

zvolena jedna sestra jako case manager. Case manager má za úkol tvorbu ošetrovatelských plánů pro jednotlivé pacienty. V systému ošetřování zaměřeném na případ, pečuje sestra o pacienty se stejným charakteristickým rysem, může to být např. diagnóza nebo léčba. Sestra poskytuje této skupině pacientů péči podle vytvořeného plánu od case managera. V případě potřeby úpravy plánu sestra ošetřující informuje case managera, který plán přepracuje (2, 6, 19, 23, 24).

1.1.4 Sesterská vizita

Sesterské vizity, se kromě ošetrovatelského týmu a vedoucích pracovníků, účastní i např.: fyzioterapeuti a nutriční terapeuti. Sesterská vizita probíhá formou návštěv pacientů na pokojích ošetrovatelským týmem. Cílem vizity je monitorování nemocných a uspokojování jejich potřeb, jedná se o kontrolu průběhu ošetrovatelského procesu. Jsou dvě formy vizit uskutečňovaných sestrami a to malá a velká sesterská vizita.

Malá sesterská vizita se provádí každý den. Účastní se jí staniční sestra a sestra ošetřující (mající na starost dané pacienty), popřípadě sestra primární. Společně navštěvují pacienty na pokojích, kde ošetřující sestra poreferuje, za pomoci dokumentace, o jednotlivých nemocných sestře staniční. Staniční sestra, tak získává přehled o nemocných a o péči ošetřující sestry u nich prováděné. Pacient má možnost mluvit o svých potřebách nebo se ptát na nejasnosti. Staniční sestra při vizitě monitoruje kvalitu ošetrovatelské péče a spokojenost nemocných na celém oddělení. Malá sesterská vizita je mnohem důvěrnější a více zaměřená k pacientovi, než-li velká sesterská vizita.

Velká sesterská vizita se odehrává za přítomnost vedoucích pracovníků v podobě staniční a vrchní sestry. Probíhá také u pacientů na pokoji, ale její součástí je také porada celého ošetrovatelského týmu o ošetrovatelských postupech a vyhodnocování poskytované péče na pracovišti. „Při velké sesterské vizitě je cílem stanovení: prioritních úkolů – sesterských činností; časový harmonogram plnění a určení zodpovídajícího pracovníka za splnění úkolů; způsobu vyhodnocení splněných úkolů; způsob kontroly určených úkolů (9, s. 534)“.

Před uskutečněním vizity je nutná příprava sestry. Sestra si musí prostudováním zdravotnické dokumentace doplnit informace o pacientovi a zhodnotit ošetrovatelský plán, aby nadřízené mohla informovat o efektivitě ošetrovatelského procesu. „Projevování sestry před pacientem reprezentuje povolání sestry, odbornou úroveň poskytování ošetrovatelské péče (9, s. 535)“. Před začátkem sesterské vizity je vhodné informovat pacienty o jejím uskutečnění. Docílí se tak přítomnosti všech pacientů na svých lůžkách, a nemocní pak mají možnost připravit si své dotazy, a zapojit se tak do ošetrovatelské péče (1, 7, 9, 18).

1.2 Zdroj informací

2.1.1 Pozorování nemocného

Při předávání služby by sestra měla vždy sdělit stručnou anamnézu pacienta, kde zmíní jméno, diagnózu, důvod k přijetí pacienta na oddělení, délku hospitalizace a jeho stav. Stav nemocného se během hospitalizace mění, mění se ale i během dne či jednotlivé směny sestry. Získané informace o pacientovi i jeho stavu se zaznamenávají do dokumentace, tomu předchází sledování pacienta sestrou.

Sestra na základě pozorování pacientův stav zhodnotí. Součástí hodnocení je ošetrovatelská anamnéza, subjektivní hodnocení nemocného sestrou a měření objektivních hodnot jako je tělesná teplota, krevní tlak, pulz, dech atd. (22).

Již odebraná ošetrovatelská anamnéza je pro sestru konající službu návodem, v jakých oblastech má pacienta sledovat. Vstupní anamnéza poskytuje komplexní informace o nemocném a je základem pro určení ošetrovatelských problémů, které pak sestra sleduje a hodnotí každý den.

Pro subjektivní hodnocení sestrou je podstatou sledování pacienta během ošetrovatelské péče. Subjektivním pozorováním nemocného sestra získává přehled o problémech a potížích pacienta. Pokud si pacientovy obtíže zkontroluje nějakou z měřících technik, výsledkem je objektivní hodnota, jako je například tělesná teplota nebo krevní tlak. Sestra sleduje nemocného v několika oblastech.

Nedílnou součástí je i sledování celkového stavu nemocného, kam spadá nutriční, kožní, tělesný a duševní stav.

Nutriční stav sestra zjišťuje pohledem na tělesný stav nemocného, ale i na množství sněžené porce, nebo výpočtem body mass indexu. Optimální stav výživy je při rovnováze potřeby jíst a fyziologické potřebě organismu. Je mnoho důvodů proč je tato rovnováha během pobytu nemocného v nemocnici narušena. Sestra zaznamenává množství jídla, které pacient sní, pozoruje jaké jídlo je mu přinášeno rodinou, ptá se na dyspeptické obtíže, stravovací návyky, pocit hladu či sytosti. Sleduje příznaky, které napovídají špatné výživě; jako je výskyt dekubitů, prodloužené hojení ran, snížená svalová síla, deprese a apatie, zvracení, poruchy vyprazdňování. Sestra musí také sledovat úroveň soběstačnosti při jídle, aby věděla, zda má zajistit pomoc eventuálně kompenzační pomůcky. Ke stavu výživy se řadí i stav hydratace nemocného. Stav hydratace organismu pacienta sestra sleduje pohledem na sliznice, zbarvení moče a pohmatem pak vyšetří kožní turgor. Na riziko dehydratace sestra pomýšlí při průjmových onemocnění, zvracení, krevních ztrátách a popáleninách. Při sledování bilance tekutin sestra využívá záznam o příjmu a výdeje tekutin.

Stav kůže a podkoží sestra vyšetřuje pohledem a pohmatem. Zajímá se především o barvu kůže, eflorescence a exantémy, krvácivé projevy na kůži, patologické útvary, teplotu, elasticnost, turgor, jizvy a varixy. Barva kůže informuje sestru o prokrvení, zánětu či jaterním onemocnění. Při exantému sestra pomýšlí na alergickou reakci. Krvácení do kůže se projevuje např. hematomy, které mohou upozorňovat na předávkování antikoagulancii. Pohmatem sestra vyšetřuje turgor kůže, který informuje o stavu hydratace pacienta.

U tělesného stavu se sestra zaměřuje na polohu a postoj, hybnost, stabilitu, chůzi, abnormální pohyby a tělesnou konstituci. Sestra si všímá polohy pacienta, kterou zaujímá na lůžku, zda-li je dobrovolná či vynucená bolestí. Postoj nemocného ukazuje na úroveň schopnosti držení těla, sestru dále zajímá používání kompenzačních pomůcek. Abnormální pohyby jako jsou třes, křeče, orálně-faciální dyskineze a akineze, mohou být příznaky mnoha onemocnění. Výskyt třesu může ukazovat na neurózy, aterosklerózu mozku, abstinenční syndrom, strach nemocného. Křeče může sestra zaznamenat u horečky nebo epileptického záchvatu. Akineze se vyskytuje u parkinsonského syndromu, je charakterizována pomalými pohyby, neschopností

pohyb začít či změnit polohu. Konstituci, nebo-li tělesný vzhled sestra hodnotí pohledem a rozlišuje 3 typy – astenický, normostenický a hyperstenický.

Duševní stav pacienta může být ukazatelem zhoršující ho se zdravotního stavu. Duševní a somatický stav se navzájem ovlivňuje, proto by sestra měla klást stejnou důležitost na psychické problémy jako na somatické. Psychický stav sestru pozoruje na náladě pacienta, jeho emočních reakcích, komunikaci s druhými, verbálních projevech a denní činnosti pacienta.

Další oblastí, kterou nelze opomenout je pozorování stavu vědomí. U nemocného se hodnotí bdění a poznávání, které sestru zjišťuje dotazováním na orientaci v čase, místě a osobě. Při dezorientaci v jedné z oblastí je předpoklad, že pacient trpí poruchou vědomí, která může mít projevy kvalitativní či kvantitativní. Kvantitativní poruchy jsou vyznačovány sníženým vědomím, k těmto poruchám se řadí somnolence, sopor a nejtěžší postižení je kóma, které sestru může rozlišit na mělké a hluboké. Do kvalitativních poruch vědomí patří obnubilace a delirium, to se dále liší, zda je součástí porucha vnímání nebo myšlení. Delirium s poruchou vnímání se označuje jako halucinace nebo iluze. Pokud je u deliria porucha myšlení, hovoří se o bludech, zpomaleném či zrychleném myšlení, myšlenkovém zárazu nebo o poruchách struktury myšlení. Sestra zhodnotí vědomí pomocí Glasgow Coma Scale, kdy hodnotí tři kategorie: otevření očí, pohybovou reakci a slovní odpověď (Příloha 2). Orientovaná, zdravá osoba dosáhne v každé kategorii pěti bodů, při sníženém bodovém počtu je upozorňováno na zhoršený stav vědomí. V rámci hodnocení vědomí sestru může také posuzovat náladu nemocného, jeho vůli, intelekt a paměť.

Soběstačnost pacienta je další z oblastí sledovaných sestrou. Sestra zjišťuje soběstačnost nemocného ve všedních denních činnostech. Do posuzovaných oblastí patří schopnost – najít se, obléknout se, vykoupat se, provést osobní hygienu, kontinence moči a stolice, použití toalety, přesun z lůžka na židli, schopnost chůze po rovině a chůze po schodech. Sestra využívá v jednotlivých oblastech bodové ohodnocení dle úrovně soběstačnosti, slouží k tomu test Bartelové (Příloha 3). Využití tohoto testu pomůže sestře k nalezení deficitu sebepěče, na který je pak intervenován prostřednictvím ošetrovatelské péče nebo používáním adekvátních kompenzačních

pomůcek. Při částečné či úplné závislosti pacienta sestra nejenom poskytuje ošetrovatelskou péči, ale i vede pacienta k samostatnému obstarávání se, aby se docílilo návratu soběstačnosti.

Oblastí pozorovanou sestrou je i spánek. Zajímá se prvotně o návyky a spánkový režim, jaký měl pacient před hospitalizací, to jí slouží jako porovnávací měřítko. U nemocného sleduje dobu trvání spánku, jeho kontinuitu, případné důvody probouzení se, problémy s usínáním, stav a pocit nemocného po probuzení, únavu, spaní přes den. Sestra vyhledává možné příčiny, které by mohly negativně ovlivňovat spánkový rytmus.

Sestra sleduje také vyprazdňování u pacienta. Zajímá se o četnost vyprazdňování tlustého střeva i močového měchýře. Každý den se dotazuje pacienta na vyprazdňování či související problémy jako je zácpa, bolesti břicha, průjem, zajímá se i o problémy při močení. Sestra také určuje úroveň soběstačnosti při vyprazdňování. Problémy s vyprazdňováním mohou být ukazatelem zhoršující se ho stavu nebo jiného onemocnění, proto je důležité aby sestra včas zaznamenala tyto obtíže.

Funkce smyslových orgánů je také sledována sestrou, se zaměřením na zrak a sluch. Ukazatelem zdravotních komplikací může být: stav spojivek, zbarvení bělimy, tvar a velikost zornic, zraková ostrost. Sestra má vědět, jestli pacient trpí oční vadou, nosí brýle, jaká je úroveň vidění, aby mohla zohledňovat pacientovu spolupráci a soběstačnost. To samé platí pro poruchy sluchu. Při nedoslýchavosti u nemocného sestra musí dbát na komunikaci s nemocným, musí se vždy ujistit, že pacient všemu porozuměl.

Sestra sleduje a zaznamenává fyziologické funkce. K fyziologickým funkcím měřeným sestrou patří tělesná teplota, krevní tlak, pulz, dech a saturace kyslíku v tkáních. Měření tělesné teploty sestra provádí pravidelně u každého pacienta. Teplota vypovídá o stavu pacienta případně o výskytu komplikací. Zvýšená tělesná teplota může být např. příznakem infekce nebo došlo ke zvýšení v důsledku dlouhodobého působení tepla, změny v počtu leukocytů nebo i cvičení. Při výskytu horečky sestra rozeznává podle jejího průběhu několik typů: kontinuální, remitentní, intermitentní, návratnou. K určení typu horečky slouží sestře záznam v teplotní tabulce, kde je zakreslená křivka, která naznačuje hodnoty tělesné teploty za jednotlivá časová období. Krevní tlak sestra

monitoruje tonometrem za použití fonendoskopu. Hodnoty krevního tlaku informují o srdečním výdeji, objemu krve a odporu periferních cév. Hypertenze je často příznakem jiného onemocnění ale i důsledek špatné životosprávy. Pulz sestra měří palpačně za pomoci časového měření nebo přístrojově. Při měření tepu sestra posuzuje frekvenci, rytmus, charakter a napětí cévní stěny. Faktory ovlivňující tepovou frekvenci jsou tělesná teplota, krevní ztráty, dehydratace, léky. Dech sestra monitoruje pohledem tak, aby nemocný o měření nevěděl, při vědomém měření dochází ke zkreslení. Sestra posuzuje frekvenci dýchání, abnormality při dýchání a ptá se na subjektivní pocit pacienta. Např. dušnost provázená hvízdoty ukazuje na zúžení v některé části dýchacích cest, tento stav ohrožuje pacienta na životě, proto je důležité sledování dechu. Charakter dýchání je typický pro určitá onemocnění např., Kussmaulovo dýchání je vyvoláno acidózou u diabetu, Cheyne-Stokesovo dýchání provází intoxikace, dýchání Biotovo bývá ukazatelem závažného stavu, při kterém je pacient ohrožen na životě. Sestra může také sledovat u pacienta hladinu krevního cukru za pomoci glukometru. Monitorování glykémie je podstatné hlavně u pacientů s diabetem. Poruchy hladiny glykémie ovlivňují schopnosti centrální nervové soustavy, mohou mít za následek až kóma (13, 14, 21, 22, 33).

Pozorování nemocného a hodnocení jeho celkového stavu je důležité pro včasné rozpoznání komplikací zdravotního stavu. Včasné zachycení příznaků umožňuje rychlá opatření proti rozvíjení komplikací. Jsou to právě sestry, které mají na starost sledovat pacienta během celého dne a lékaře informovat o podstatných změnách. Proto je důležité, aby si sestry mezi sebou předávaly informace, které během směny u nemocného zpozorovaly a které by mohly být později potenciálním problémem.

2.1.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor informací o samotné osobě nemocného, o jeho anamnéze, popisuje vývoj zdravotního stavu nemocného během hospitalizace a průběh poskytování zdravotní péče. Dokumentace má význam, pro zdravotnické pracovníky v podobě kompletních informací o pacientovi, ale i pro pacienta jako přehled proměn v jeho zdraví a poskytnutých výkonů během hospitalizace. Využití

zdravotnické dokumentace je v dnešní době rozšířeno o zdroj informací při sporech mezi zdravotnickým zařízením, jeho zaměstnanci a pacientem. V tomto případě dokumentace slouží jako důkazní materiál. Dokumentace dále slouží jako učební materiál pro mediky a žákyně, jako podklad pro provádění auditů a výzkumných prací, je důkazem o poskytnuté zdravotní péči sloužící pro zdravotní pojišťovny, pro správní úřady (16).

Jak vést zdravotnickou dokumentaci, její formu a obsah popisuje právní předpis, a to Zákon č. 20/1966 Sb. a Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Obsahem tohoto právního předpisu je např. povinnost zdravotnických zařízení vést dokumentaci. Zdravotnická dokumentace musí být vždy označena jménem pacienta a názvem zdravotnického zařízení.

Při předávání služby mezi sestrami je právě zdravotnická dokumentace jedním ze zdrojů informací o pacientovi. Ne vždy pacientův stav dovolí, aby sdělil své potřeby nebo adekvátně odpověděl na dotaz sestry. V těchto případech je sestře vodítkem zdravotnická dokumentace, kam sestry i lékaři zaznamenávají objektivní poznatky, zakládají výsledky vyšetření atd. Z těchto údajů sestra odvozuje stav pacienta, ví o dalším léčebném režimu a tyto důležité informace předává sestře z následující směny.

Zdravotnická dokumentace se skládá ze třech částí, a to jsou: lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace a dokumentace provozní.

Lékařská dokumentace zaznamenává identifikační a kontaktní údaje nemocného. V první řadě je to jméno, rodné číslo, bydliště a kód zdravotní pojišťovny pacienta. Do lékařské dokumentace se také uvede osoba, kterou pacient zvolí jako oprávněnou být informována o jeho zdravotním stavu. U oprávněné osoby se zaznamená jméno, bydliště a telefonní spojení. Další povinnou částí je anamnéza pacienta vztahující se ke zdraví. Lékař se ptá na anamnézu osobní, rodinnou, epidemiologickou, sociální a pracovní. Po získání anamnézy lékař zaznamená současný stav na podkladě objektivního nálezu, dále napíše epikrízu, kde shrne zdravotní stav nemocného a naplánuje postup při léčbě. Lékař dle vývoje stavu pacienta aktualizuje diagnostickou rozvahu, plánuje potřebná vyšetření, navrhuje další léčebný postup, to vše písemně

zaznamenává do dokumentace. Lékařská dokumentace se označuje také jako chorobopis. Denní záznam lékaře se nazývá dekurs, i ten je součástí lékařské dokumentace. V dekursu jsou vypsány ordinovaná léčiva, dieta a kategorie pacienta, rehabilitace, vyšetření, aktuální zdravotní stav nemocného, poznatky z vizity atd. Do chorobopisu se zakládají žádanky na vyšetření, poukazy na léčebné či zdravotnické prostředky, informované souhlasy, výsledky vyšetření, záznam o pracovní neschopnosti, dokumentace zdravotnické záchranné služby. Povinností lékaře je, aby každý z těchto dokumentů opatřil datem, popřípadě časem, svým razítkem a podpisem (16, 30).

Druhá z částí zdravotnické dokumentace je dokumentace ošetrovatelská. Slouží pro zaznamenávání poskytnuté ošetrovatelské péče a podílí se na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Dalším významem ošetrovatelské dokumentace jsou: zdroj informací o potřebách pacienta, kontinuita ošetrovatelské péče, umožňování hodnotit péči, na jeho základě předávání informací o pacientovi. Tato dokumentace je nepostradatelnou složkou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelskou dokumentaci lze rozdělit na čtyři úseky: vstupní ošetrovatelský záznam, plán ošetrovatelské péče, výstupní ošetrovatelský záznam, záznamy o ošetrovatelských testech. Vstupní ošetrovatelský záznam zahrnuje ošetrovatelskou anamnézu, subjektivní hodnocení nemocného sestrou, hodnocení objektivní s využitím měřících technik a posouzení potřeb nemocného, tyto skutečnosti sestra hodnotí v každé směně a zapisuje do záznamu vývoje stavu nemocného. Záznam vývoje stavu nemocného slouží sestře jako informační zdroj o pacientovi a vývojem jeho stavu během předcházejících směn. Plán ošetrovatelské péče obsahuje stanovení ošetrovatelských diagnóz, cíle ošetrovatelské péče, plánované sesterské činnosti a zhodnocování poskytnuté péče. Výstupní ošetrovatelský záznam slouží při propouštění pacienta domů či překládání pacienta do jiného zdravotnického zařízení. V tomto záznamu má být shrnuta ošetrovatelská anamnéza, aktuální údaje o ošetrovatelské péči i s časovými údaji (toto je důležité především u podávání léčiv), aktuální údaje o zdravotním stavu nemocného. Do ošetrovatelských testů se řadí hodnocení soběstačnosti, bolesti, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu, nutriční screening (Příloha 1, 4, 5 a 6). Je mnoho dalších

záznamů jako např.: edukační záznam, záznam o polohování, záznam o ošetřování ran a teplotní tabulka - ta slouží nejenom k zaznamenávání tělesné teploty, ale i monitorování odchodu stolice, příjmu a výdeje tekutin, i ty jsou součástí ošetrovatelské dokumentace (16, 23).

Poslední nedílnou částí zdravotnické dokumentace je dokumentace provozní. „Provozní dokumentace zachycuje a uchovává důležité skutečnosti, které dokládají fungování provozu, ve kterém je péče poskytována (30, s. 13)“. Do provozní dokumentace patří např.: opiátová kniha, kniha závad a oprav a hlášení sester. Hlášení sester se na jednotlivých odděleních liší. Jeho významem je písemné předávání opiátů, nástrojů a přístrojů, dále poskytuje informace o stavu pacientů na oddělení. Hlášení sester se píše na konci každé směny a má být jednou z informací při předávání služby (19, 28).

Pro veškerou zdravotnickou dokumentaci platí stejné zásady vedení, tak aby odpovídaly platným předpisům. Záznamy v dokumentaci musí být průkazné, pravdivé a čitelné. Je důležité, aby jednotlivé zápisy byly srozumitelné, stručné, věcné a byly využívány pouze schválené zkratky. Zápisy do dokumentace se musí průběžně doplňovat a včasně aktualizovat. Každý nový záznam ve zdravotnické dokumentaci musí být opatřen datem a časem, kdy byl záznam proveden a identifikací osoby, která tento záznam provedla (16, 30).

1.3 Ošetrovatelský proces

3.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je moderní metodou využívanou v oboru ošetrovatelství. Jde o systematické poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Tento proces je zaměřen na jednotlivé potřeby nemocného, a to nejen na potřeby somatické, ale řeší i problematiku z oblasti sociální a duševní. Prostřednictvím metody ošetrovatelského procesu sestra plánuje a zapisuje do dokumentace individuálně každému pacientovi, tak je zajištěna kontinuita a jednotnost ošetrovatelské péče. Tato metoda je složena z pěti samostatných fází, jsou to: zhodnocení nemocného, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení.

První fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení nemocného. Zhodnocením nemocného sestra zahájí celý ošetrovatelský proces. Jedná se o sběr informací o nemocném, které se týkají jeho tělesných, psychologických a sociálních funkcí, neboli odběr ošetrovatelské anamnézy. Před zahájením ošetrování, pomohou sestře nemocného poznat již získané informace lékařem. Sestra má možnost dozvědět se, kromě důvodu přijetí do zdravotnického zařízení, o předchozím vývoji zdravotního stavu, sociální situaci a samotné charakteristice osobnosti pacienta, včetně jeho postoje k nemoci. Cílem této fáze je nasbírat tolik informací, aby sestra mohla v další fázi stanovit problémy nemocného. Nabízí se několik možností, kterými lze získat ošetrovatelskou anamnézu. Informace sestra čerpá od samotného pacienta rozhovorem, pozorováním a jeho vyšetřením nebo od příjmového lékaře či prostudováním chorobopisu eventuálně od příbuzných pacienta. Ideální je tyto prostředky kombinovat, ne vždy je pacient v takovém stavu, aby mohl adekvátně odpovídat na dotazy, někdy to může být i samotné onemocnění či věk, které znemožňují pacientovi spolupracovat. Vhodné je, aby si sestra před samotným rozhovorem s pacientem přečetla chorobopis, kde se dozví základní informace o nemocném a má tak možnost porovnání s tím, co jí pacient řekl (13, 22, 23, 24).

Zhodnocení nemocného sestra provádí podle jednoho zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství. „Může vycházet z modelu Hendersonové – kde podstatou je vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka, narušených nemocí nebo v průběhu onemocnění vzniklých. Model Royové je zaměřen na pomoc zadaptovat se nemocnému v nově vzniklé situaci. Schopnosti nemocného být soběstačným, to je model Oremové (23, s. 14)“. Sestrám se nabízí mnoho dalších modelů, jedním z nejužívanějších modelů je „Funkční typ zdraví“ podle Marjory Gordonové. Tento model je často užívaný pro jeho holistickou filozofii. V ošetrovatelské anamnéze, sestavené podle modelu Gordonové, sestra získává informace od pacienta z následujících oblastí: podpora zdraví; výživa; vylučování a výměna; aktivita - odpočinek; vnímání - poznávání; vnímání sebe sama; vztahy; sexualita; zvládání zátěže – odolnost vůči stresu; životní principy; bezpečnost – ochrana; komfort;

růst - vývoj. Sestře k odebrání anamnézy slouží předtištěný formulář, kam si informace zaznamenává, zpracování formuláře se v různých zdravotnických zařízeních liší .

Při hodnocení nemocného je nepostradatelnou částí screeningové fyzikální vyšetření sestrou. „Podstatou je shromažďování objektivních údajů pro doplnění subjektivních údajů a úplnost systematického hodnocení stavu zdraví klienta (13, s. 122)“. Sestra měří fyziologické funkce, např.: krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a dech. Dále se zajímá o pacientovu výšku a váhu, celkový vzhled, atd. (viz. předcházející kapitola Pozorování nemocného). Součástí screeningového vyšetření jsou i hodnotící škály, především test Bartelové, Nortonové a zhodnocení rizika pádu (13, 22, 23, 24, 25).

Tato první fáze ošetrovatelská anamnéza - by měla být nedílnou součástí obsahu při předávání služby. Pokud sestra nastupující do nové směny pacienta nezná (ještě ho neošetřovala), měla by ji předávající sestra seznámit, za využití ošetrovatelské anamnézy, kde zdůrazní především ty oblasti ve kterých shledala problém. Měla by ji seznámit i s výsledky hodnotících škál, aby sestra nastupující do nové směny okamžitě věděla o možných rizicích.

Druhá fáze ošetrovatelského procesu se nazývá diagnostika. Fáze diagnostická navazuje na sběr informací o nemocném. Po vyhodnocení informací a nalezení problémů z jednotlivých oblastí se pokračuje stanovením ošetrovatelských diagnóz, jde tak o závěr sběru dat. „Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny, nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá (23, s. 16)“. Terminologií ošetrovatelských diagnóz a diagnostickou klasifikací se zabývá společnost NANDA – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy. Diagnózy představují kromě aktuálního problému nemocného i problémy potenciální. Ošetrovatelské diagnózy pojímají pouze ty stavy, které jsou sestry způsobilé řešit. Kompetenci k formulaci ošetrovatelské diagnózy má pouze sestra registrovaná. Při vytváření diagnóz se aplikuje vzorec PES podle Alfara-LeFevra, jenž vyjadřuje: problém, jeho etiologii a symptomy. Sestra by měla dbát při tvorbě diagnózy na její srozumitelnost, stručnost, výstižnost a individuální zaměření k nemocnému.

Po zformulování ošetrovatelských diagnóz, musí sestra určit jejich pořadí dle priorit a naléhavosti jejich řešení (3, 23, 24).

Při předávání služby, jsou to právě ošetrovatelské diagnózy, které by měla sestra střídající sestře sdělit konkrétně u každého pacienta. Pro sestru přicházející do nové směny, jsou to včetně ordinací od lékaře, klíčové informace o aktuálních problémech či potenciálních rizicích jednotlivých pacientů, které bude muset během své pracovní doby řešit. Sestry tak zajišťují kontinuitu ošetrovatelské péče a zkvalitňují svoji práci s pacientem.

Třetí fáze ošetrovatelského procesu je označována jako plánování. Plánování ošetrovatelské péče představuje mnoho sesterských a ošetrovatelských činností, typická je i písemná verze plánu péče. Jde o aktivní vyhledávání způsobu řešení pacientových problémů, na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz z předcházející fáze. Součástí plánování je stanovit priority řešení problémů; určit cíle a výsledná kritéria; stanovit intervence, prostřednictvím kterých sestra dojde ke stanoveným cílům; zapsat písemnou verzi plánu ošetrovatelské péče.

„Stanovení priorit se odvíjí od oblasti péče o zdraví (primární, sekundární, terciární), ve které je péče poskytována (13, s. 128)“. V sekundární péči o zdraví se priority určují podle momentálního zdravotního stavu nemocného a jeho soběstačnosti. Nejvyšší prioritu pak mají stavy ohrožující život nemocného nebo potenciální rizika, která mohou mít za následek ohrožení života. Jsou to např.: porušené životní funkce pacienta. Střední prioritu mají stavy či potenciální rizika ohrožující zdraví pacienta, tím je myšlena např.: akutní nemoc. „V oblasti primární a terciární péče je věnována pozornost prioritám, které souvisejí nejen s riziky pro zdraví, ale i s léčbou a kvalitou života, handicapovaného, nemocného nebo umírajícího člověka. Neuspokojené základní fyziologické a vývojové potřeby jsou vždy prioritní – jsou důležité pro přežití (8, s. 206-207)“.

Ke každé ošetrovatelské diagnóze sestra stanoví její cíl, v podobě výsledných změn zdravotního stavu nemocného. Cíle mají být měřitelné, reálné, individuálně zaměřené na jednotlivého pacienta a časově vymezené. Cíle jsou dvojího typu a to cíle: krátkodobé, kde časovou jednotkou jsou hodiny a dlouhodobé, kde se cíl plánuje

na delší dobu - dny. Tyto očekávané výsledky mají charakterizovat chování pacienta nebo hodnoty jeho vitálních funkcí, které mohou být sledovány v určeném čase. Výsledná kritéria rozšiřují obecné cíle a určují, zda jich bylo dosaženo. Je pravidlem, že k jednomu cíli se vytváří tři až šest výsledných kritérií. Kritéria řídí práci sestry a udělují časové vymezení pro jejich plnění. Správná formulace výsledných kritérií obsahuje: souvislost s cílem; dosažitelnost; ukazuje na jeden určitý výsledek; je konkrétní, aby byla možná měřitelnost výsledku; umožňuje zhodnocení.

Ošetrovatelské intervence jsou zvolené činnosti sester, které mají napomoci k odstranění pacientových problémů. Intervence sester mají tři kategorie: závislé, nezávislé a součinné. Závislé ošetrovatelské intervence sestra činí na podkladě nařízení lékaře. Činnost má přímou souvislost s pacientovou nemocí a je součástí léčby. Sestra má na starost pouze realizaci těchto činností, nikoli jejich předepisování, to je v kompetenci pouze lékaře. K těmto intervencím patří např.: podávání léků. Nezávislé ošetrovatelské intervence, sestra sama ordinuje i vykonává, jde o činnosti, které jsou v její kompetenci. Za tyto činnosti, sestra nese plně zodpovědnost. O nezávislé ošetrovatelské činnosti mluvíme třeba při zajišťování prevence proleženin. Ošetrovatelské intervence součinné provádí sestra ve vzájemné kooperaci s jiným zdravotnickým pracovníkem. Je to třeba spolupráce sestry s fyzioterapeutem nebo nutričním specialistou. Součinné ošetrovatelské činnosti jsou charakterizovány týmovou prací, kde si jednotliví pracovníci jsou rovni.

Vytvoření plánu ošetrovatelské péče je výsledek této třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování. Písemně se zaznamenají do formuláře ošetrovatelské diagnózy podle priorit, ke každé diagnóze se napíše její cíl a výsledná kritéria a pokračuje se zaznamenáním ošetrovatelských intervencí. Ošetrovatelský plán má náležitosti jako každá zdravotnická dokumentace – uvedeno v kapitole zdravotnická dokumentace. Každá sestra přicházející do nové směny má za úkol plán prostudovat a řídit se jím, popřípadě v něm provést změny podle potřeb pacienta, je důležité pracovat podle zaktualizovaného ošetrovatelského plánu (13, 22, 23, 24).

Realizace je čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu. V této fázi ošetrovatelského procesu, sestra vykonává činnosti, které si v předešlé fázi naplánovala. „Realizace

ošetřovatelského plánu představuje šest významných aspektů: individuální přístup; potřeba zapojení a účasti pacienta; prevence komplikací; zachování obraných mechanismů; poskytnutí psychické pohody a podpory; přesné a pečlivé provádění všech ošetřovatelských aktivit (13, s. 132 - 133)“. Sestra musí poskytnutou péči zaznamenat do dokumentace „ Vývoj stavu nemocného“. Ošetřovatelská péče se vykonává mnoha způsoby, vedle samotného pečování je to: komunikace, asistence, dopomoc, edukace, poradenství, atd. (13).

Při předávání služby má sestra říct, podle zaznamenaných ošetřovatelských intervencí v plánu, které z činností již vykonala a ke kterým se nedostala. Tato informace sestře přebírající službu, určuje náplň práce u každého z pacientů. Sestra, pro zachování kontinuity ošetřovatelské péče, má povinnost pokračovat v již sestaveném ošetřovatelském plánu.

Pátou fází ošetřovatelského procesu je vyhodnocení. V této závěrečné fázi ošetřovatelského procesu se zhodnocuje účinnost poskytnuté péče. Úkolem sestry je zjistit, zda bylo dosaženo prostřednictvím ošetřovatelské péče určených cílů z fáze plánování. Sestra také monitoruje úspěchy vykonané péče. „Sestra by při dosažení cíle měla: podívat se do plánu péče, jaké chování a reakce pacienta byly vytyčeny v cílech; vyhodnotit stav pacienta a zjistit, zda jsou měřitelné dosažené výsledky; srovnat vzniklé měřitelné výsledky s očekávanými výsledky a zjistit, jak jsou v souladu (24, s. 128)“. V případě, že cílů dosaženo nebylo, sestra se snaží získat další informace o pacientovi a přepracuje plán tak, aby se realizací ošetřovatelských intervencí přiblížila cíli. Hodnocení plánu sestry provádějí průběžně, mají tak přehled o efektivitě ošetřovatelské péče. Vyhodnocení cílů je možno provést trojím způsobem: cíle bylo dosaženo, cíle bylo dosaženo částečně, cíle dosaženo nebylo. Na základě vyhodnocení ošetřovatelského plánu, lze posuzovat kvalitu ošetřovatelské péče (13, 23).

Sestra při předávání služby by měla zmínit, zda se jí během její směny podařilo dosáhnout nějakého z cílů. Sestra po ní přebírající pacienty, by tak získala informaci o vyřešeném problému pacienta či uspokojené potřebě. V opačném případě, kde vyhodnocením cílů bylo zjištěno jejich nedosažení, měla by sestra taktéž, tuto informaci sdělit při předávání služby, pokud ona sama neměla již čas reagovat na tuto situaci.

Pro sestru, která přichází do nové směny, to jednoznačně znamená přepracování ošetrovatelského plánu, a návrat do fáze plánování.

3.1.2 Zavedení ošetrovatelského procesu do praxe

Pro zavedení ošetrovatelského procesu do praxe existuje několik doporučení. Podstatné je přesvědčení jednotlivých sester pracujících na oddělení, o kladech ošetrovatelského procesu a přínosu pro pacienta. Důležité je získat ochotu zdravotnických pracovníků k zavedení nové metody práce. Dalším z aspektů, pro úspěšné zavedení ošetrovatelského procesu, je odborná příprava sester, kde jim bude vysvětlen význam procesu, jeho výhody a samotná aplikace do praxe. Vhodné je i odeslání jedné ze sester na cizí pracoviště, kde proces již používají. Informováním vedoucího pracovníka a lékařského týmu, o chystaných změnách a jejich přesvědčení o cílech zkvalitňování péče, je výhodou, pokud tyto změny podporují. Správným počínáním je zavedení změn na zkušební dobu, po kterou se budou monitorovat chyby a bude tak možno pracovat na zdokonalování.

Je sestaveno šest logických kroků postupně na sebe navazujících, které určují postup při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe. První krok – představení teorie procesu ošetrovatelskému týmu, kde cílem je pochopení sester teorie procesu a přesvědčení o jeho potřebnosti. Druhý krok – vypracování standardu, ošetrovatelský tým se shodne na jednotném postupu a pak tento postup písemně zformuluje v podobě standardu. Třetí krok – vytvoření ošetrovatelské dokumentace, jde o zpracování formuláře k odběru ošetrovatelské anamnézy a pak následného vypracování ošetrovatelského plánu nejlépe se specifickým zaměřením k problematice daného oddělení. Čtvrtý krok – reorganizace práce sester, podstatou je zavedení skupinové práce sester do praxe a využití systému práce primárních sester. Pátý krok – změna formy předávání informací o pacientech, zavedení pravidelných porad sester a předávání služby na pokojích za přítomnosti pacientů. Šestý krok - pozorování efektu poskytované ošetrovatelské péče, za využití individualizovaného ošetrovatelského plánu a auditu, hodnocení podle kritérií standardu (23, 24).

„Při zavádění ošetrovatelského procesu do praxe je třeba postupovat velmi promyšleně, neboť překonat bariéru tvořenou tradicí a stereotypem a získat chuť a ochotu sester pracovat jinak není vůbec jednoduché (23, s. 19)“.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat nejčastější formu předávání služby mezi sestrami.

Cíl 2: Zjistit spokojenost sester s předanými informacemi o pacientech/klientech při předávání služby.

Cíl 3: Zjistit využití předaných informací při realizaci ošetrovatelského procesu.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry při předávání informací využívají nejčastěji formu rozhovoru.

H2: Sestry jsou spokojené s předanými informacemi o pacientech/klientech při předávání služby.

H3: Sestry využívají informace získané při předání služby pro realizaci ošetrovatelského procesu.

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Ke sběru dat bylo využito kvantitativního šetření metodou dotazování, technikou dotazníků a pozorováním. Byl použit dotazník určený pro sestry, který byl vyhotoven na základě prostudování odborné literatury. Dotazník (Příloha 7) obsahoval celkem 21 otázek, které byly uzavřené a polouzavřené, u dvou otázek bylo využito pětistupňové škály. První tři otázky byly identifikační, zbylé otázky byly zaměřeny na formu a obsah předávání služby a na úroveň spokojenosti sester s předáváním služby na jejich oddělení. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplňování dobrovolné. Šetření bylo doplněno přímým, skrytým, zúčastněným pozorováním, které bylo zaměřeno na formu a obsah předávání služby.

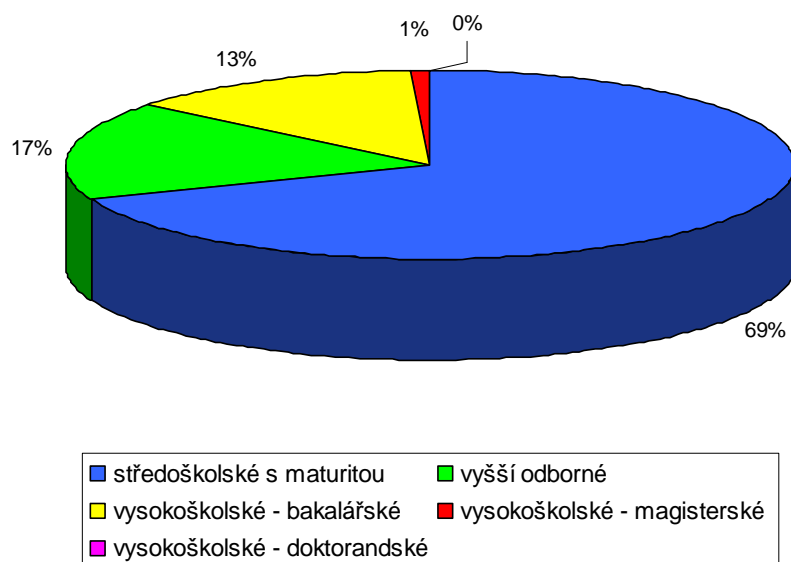
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaným souborem byly sestry standardních oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové a Nemocnice České Budějovice, a.s. K povolení šetření byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči obou nemocnic. Šetření bylo schváleno po telefonické a e-mailové domluvě. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z 60 dotazníků určených pro sestry z Fakultní nemocnice Hradec Králové jich bylo vráceno 60, z toho 3 dotazníky musely být vyřazeny pro jejich neúplnost. Do Nemocnice České Budějovice, a.s., bylo též dáno 60 dotazníků, vráceno jich bylo 53 a z toho musely být vyřazeny 4 dotazníky pro neúplnost údajů. Úplných vyplněných dotazníků ke zpracování bylo celkem 106. Návratnost dotazníků byla 88 %.

Pozorování bylo provedeno celkem na 8 odděleních převážně interního typu. Pozorování bylo uskutečněno se souhlasem staničních sester ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Každé z oddělení bylo pozorováno v pěti všedních dnech při předávání noční služby směně ranní. Tato varianta byla zvolena kvůli přítomnosti staniční sestry při předávání služby. Poznatky z pozorování byly zaznamenány do pozorovacího archu (Příloha 8).

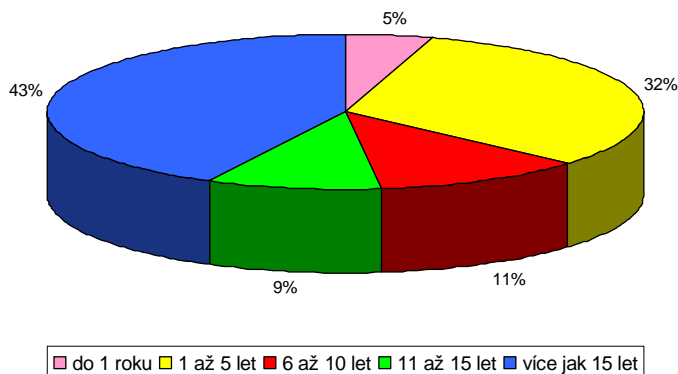
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Dosažené vzdělání sester



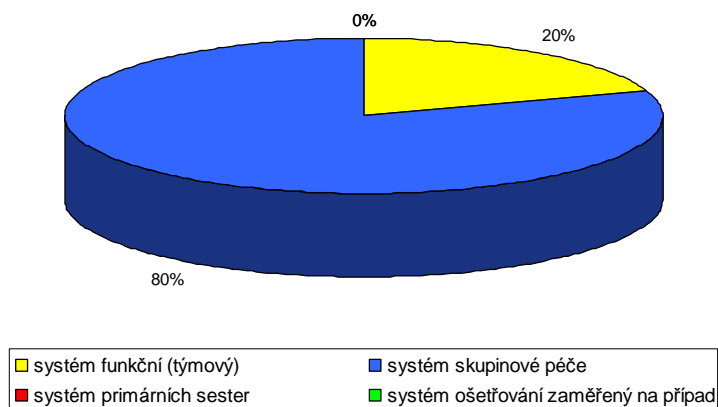
Z celkového počtu 106 (100 %) respondentů mělo 73 sester (69 %) dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, 18 sester (17 %) mělo dosažené vzdělání vyšší odborné, 14 sester (13 %) mělo dosažené vzdělání vysokoškolské – bakalářské, 1 sestra (1 %) měla dosažené vzdělání vysokoškolské – magisterské. Vysokoškolské – doktorandské vzdělání neměla žádná sestra (0 %).

Graf 2 Délka praxe sester



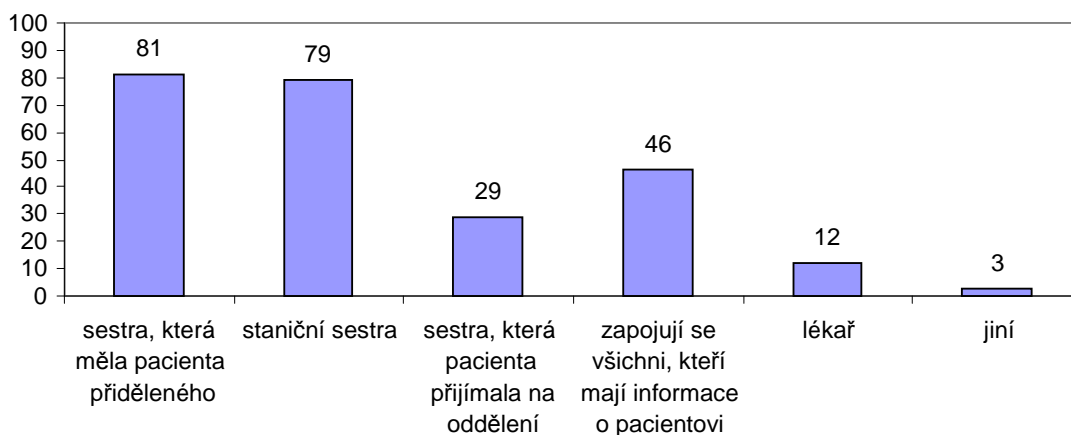
Graf informuje o délce praxe sester. Po dobu 15 let a více pracuje 45 sester (43 %), 1 až 5 let pracuje 34 sester (32 %), 6 až 10 let pracuje 12 sester (11 %), 11 až 15 let pracuje 10 sester (9 %), 5 sester (5 %) pracuje do 1 roku.

Graf 3 Systém poskytování ošetrovatelské péče



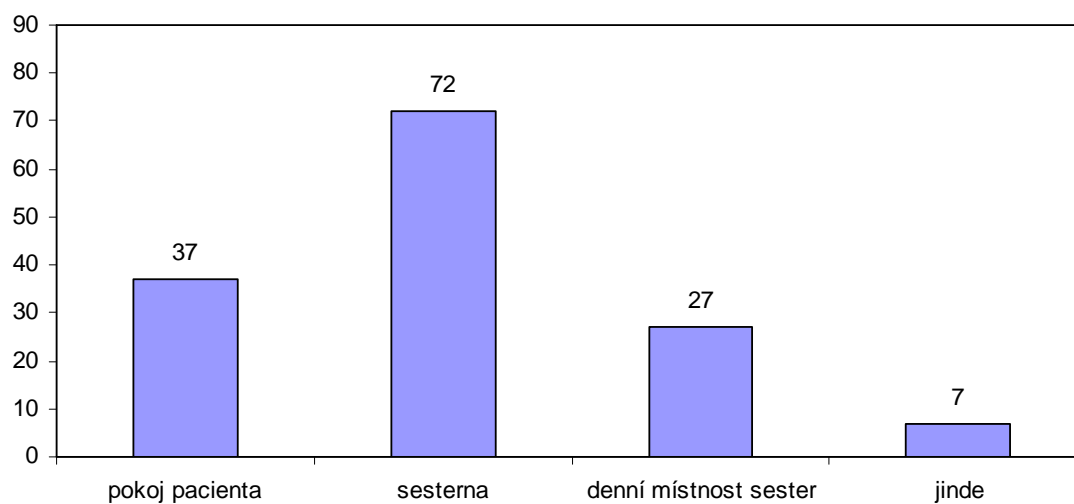
Graf demonstruje systémy poskytování ošetrovatelské péče. 85 sester (80 %) uvedlo, že se na jejich oddělení využívá systém skupinové péče, 21 sester (20 %) označilo využívání funkčního (týmového) systému poskytování ošetrovatelské péče. Systém primárních sester a systém ošetrování zaměřený na případ nebyl uveden žádnou sestrou.

Graf 4 Osoby podílející se na předávání služby



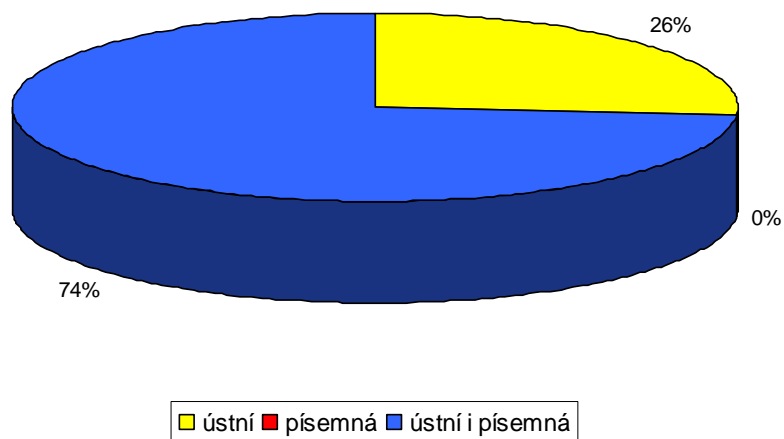
Graf informuje o četnosti odpovědí na otázku: Kdo se podílí na předávání služby? 81 sester uvedlo, že se na předávání služby podílí sestra, která měla pacienta přiděleného, 79 sester uvedlo, že se na předávání služby podílí staniční sestra, 46 sester uvedlo, že se při předávání služby zapojují všichni, kteří mají informace o pacientovi, 29 sester uvedlo, že se na předávání služby podílí sestra, která pacienta přijímala na oddělení, 12 sester uvedlo, že se na předávání služby podílí lékař a 3 sestry uvedly, že se na předávání služby podílí i jiní – sanitáři.

Graf 5 Místo předávání služby



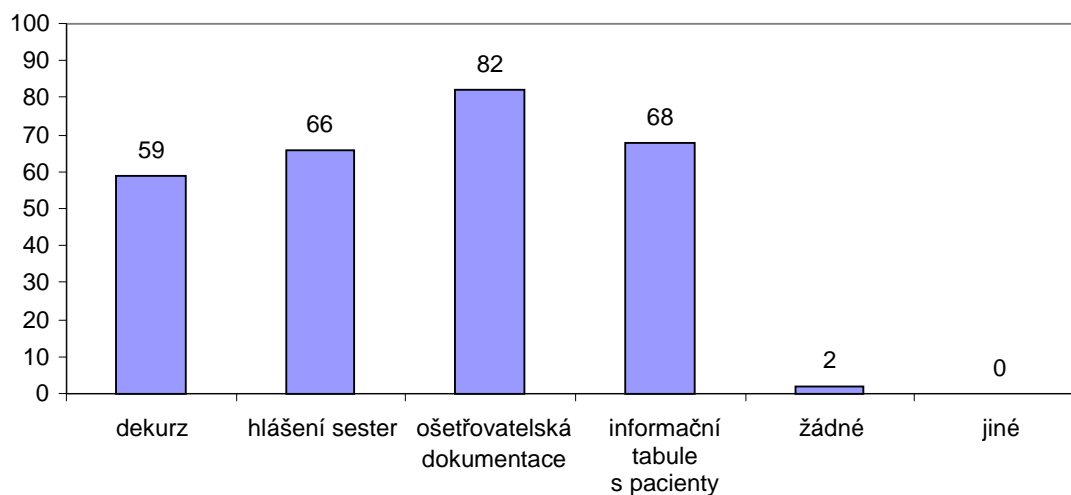
Graf zobrazuje četnost odpovědí sester na otázku, kde je předávána služba. Předávání služby probíhá nejčastěji na sesterně. Uvedlo to 72 sester. 37 sester uvedlo, že předávání služby probíhá na pokoji pacienta, 27 sester uvedlo, že předávání služby probíhá na denní místnosti sester. Možnost jinde označilo 7 sester, uvedly, že předávání služby probíhá před pokojem pacienta.

Graf 6 Forma předávání služby



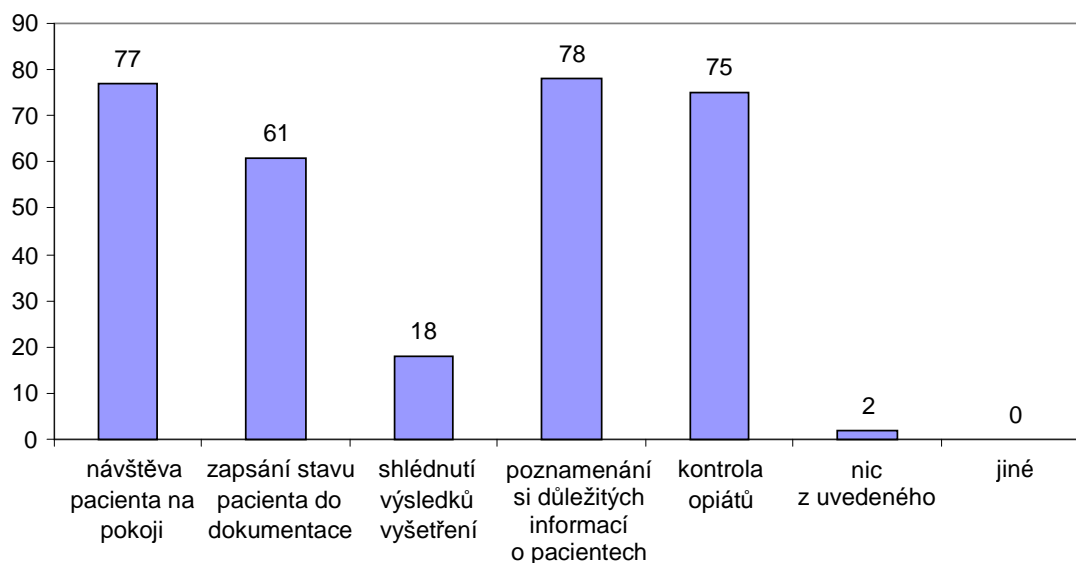
Z celkového počtu 106 respondentů označilo 78 sester (74 %) formu předávání služby ústní i písemnou, 28 sester (26 %) označilo, že si předávají službu ústní formou a písemná forma předávání služby nebyla označena žádnou sestrou.

Graf 7 Používané informační zdroje při předávání služby



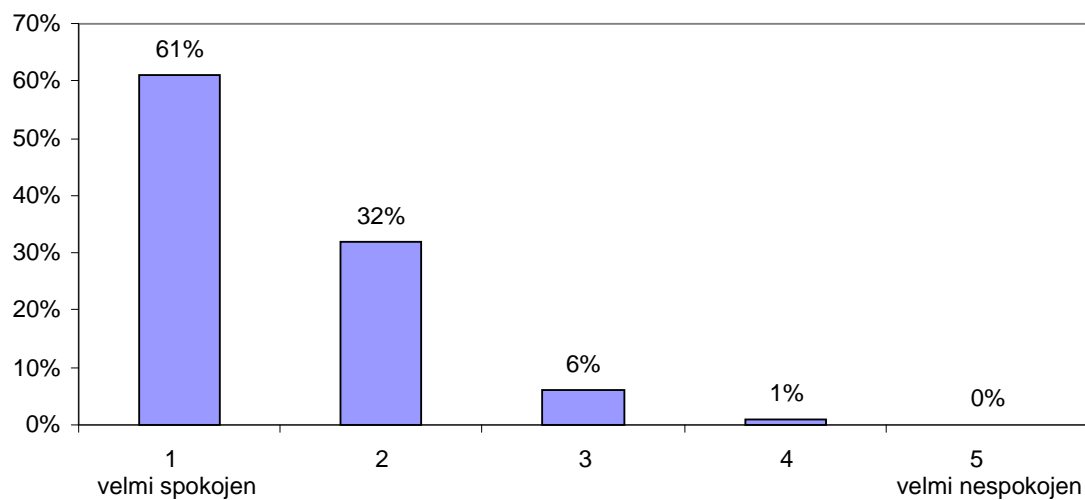
Graf 8 představuje četnost odpovědí sester na otázku, jaké informační zdroje využívají při předávání služby. Využívání ošetrovatelské dokumentace označilo 82 sester, informační tabuli s pacienty označilo 68 sester, 66 sester označilo používání hlášení sester, 59 sester označilo využívání dekurzu při předávání služby. 2 sestry uvedly, že nepoužívají žádné informační zdroje. A odpověď jiné neoznačila žádná sestra.

Graf 8 Činnosti prováděné sestrami před předáním služby



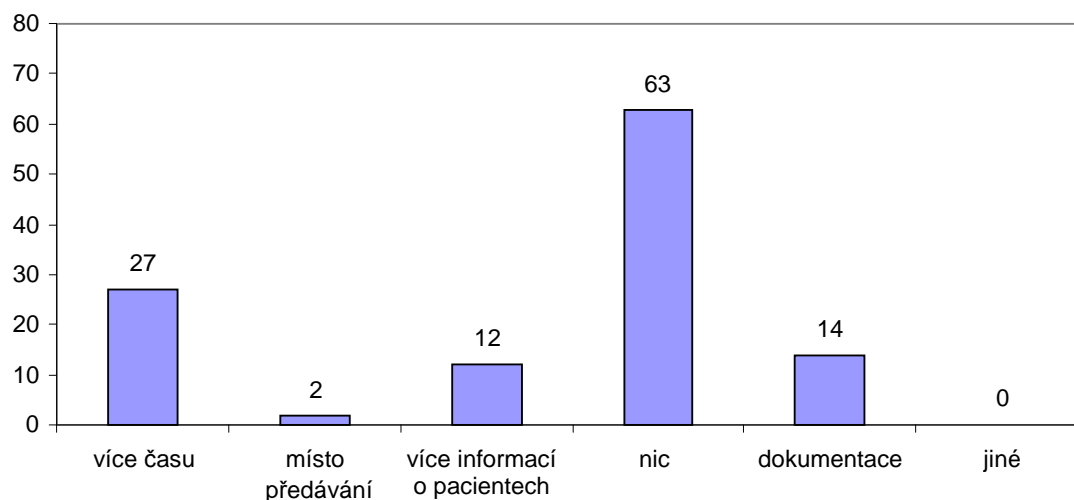
Graf udává četnost odpovědí. Představuje činnosti prováděné sestrami před předáním služby. 78 sester si poznamená důležité informace o pacientech, 77 sester navštíví pacienta na pokoji, 75 sester zkontroluje opiáty, 61 sester zapíše stav pacienta do dokumentace, 18 sester shledne výsledky vyšetření. 2 sestry označily odpověď nic z uvedeného a odpověď jiné nebyla označena žádnou sestrou.

Graf 9 Míra spokojenosti sester se způsobem předávání služby



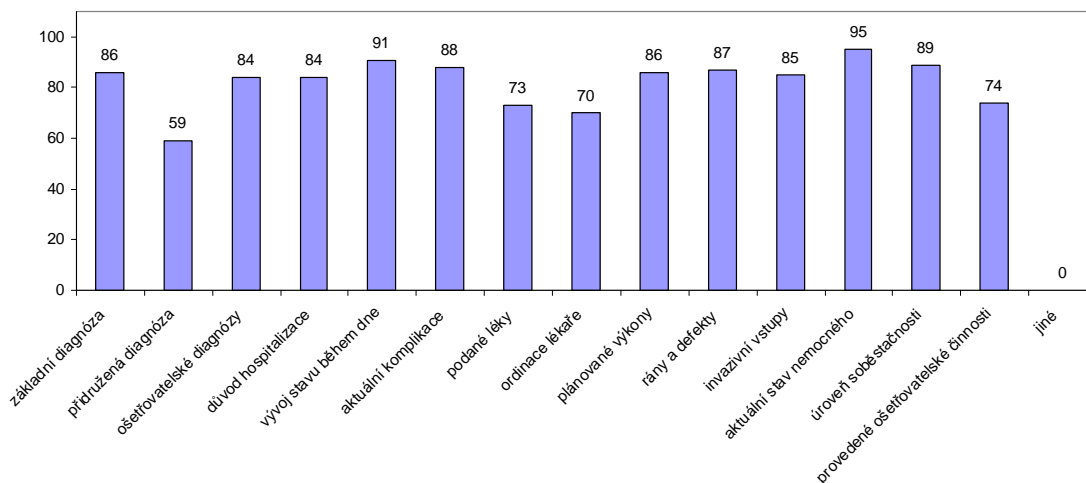
Graf znázorňuje míru spokojenosti sester se způsobem předávání služby. Sestry označily míru spokojenosti na číselné ose, kde 1 znamená velmi spokojen a 5 velmi nespokojen. 65 sester (61 %) udalo na stupnici 1 - velmi spokojen, 2 na stupnici spokojenosti uvedlo 34 sester (32 %), 6 sester (6 %) označilo úroveň spokojenosti 3, 1 sestra (1 %) označila 4 spíše nespokojen a 5 - velmi nespokojen nevedla žádná sestra.

Graf 10 Co by sestry změnilly na způsobu předávání služby



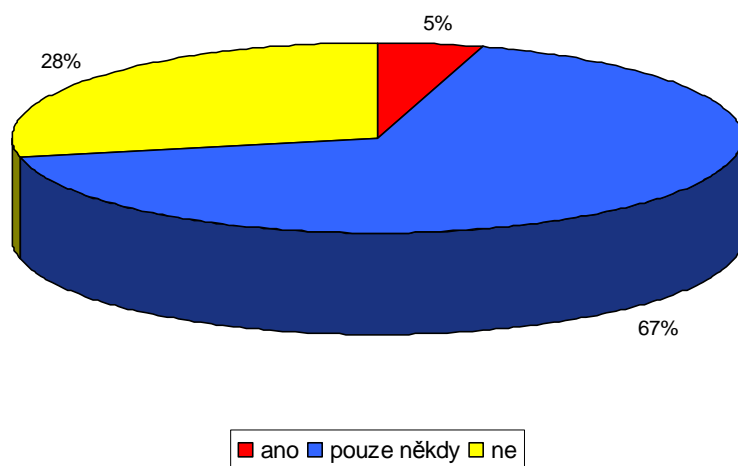
Graf ukazuje četnost odpovědí na otázku, co by sestry změnilly na způsobu předávání služby. 63 sester uvedlo, že by nic neměnily, 27 sester by chtělo více času na předávání služby, dokumentaci by změnilo 14 sester, 12 sester by přivítalo více informací o pacientech, místo předávání služby by změnilly 2 sestry. Možnost jiné nevedla žádná ze sester.

Graf 11 Získané informace o pacientech při předávání služby



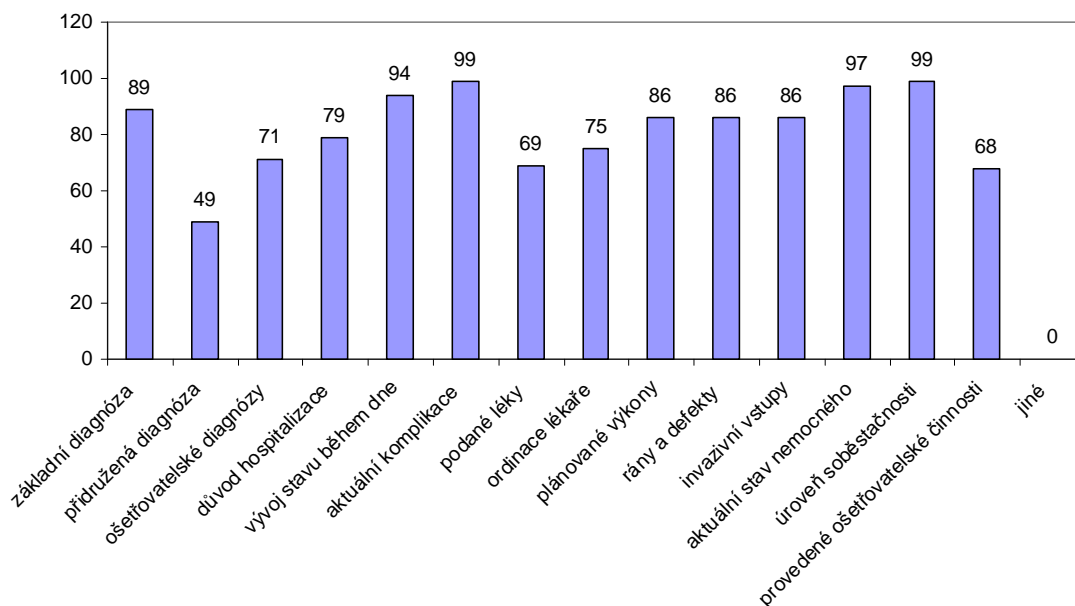
Graf představuje četnost odpovědí sester na otázku, jaké informace o pacientech mají po předání služby. 95 sester uvádí, že po předání služby znají aktuální stav nemocného, 91 sester uvedlo, že vědí o vývoji stavu nemocného během dne, o úrovni soběstačnosti je informováno 89 sester, aktuální komplikace nemocného zná 88 sester, 87 sester má přehled o ránách a defektech pacientů, se základní diagnózou je seznámeno 86 sester. O plánovaných výkonech po předávání služby ví 86 sester, 85 sester má informace o invazivních vstupech nemocných, ošetrovatelské diagnózy zná 84 sester, o důvodu hospitalizace ví 84 sester, 74 sester má přehled o provedených ošetrovatelských činnostech, 73 sester má informace o podaných lécích, s ordinacemi lékaře je seznámeno 70 sester a 59 sester ví o přidružené diagnóze nemocného, možnost jiné neuvedla žádná sestra.

Graf 12 Dohledávání informací o pacientech po předání služby



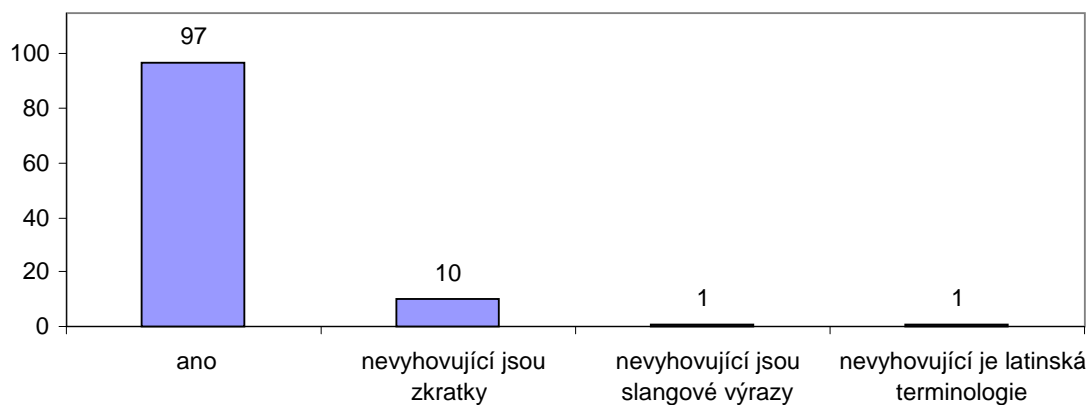
Z celkového počtu 106 respondentů 71 sester (67 %) uvedlo, že si po předání služby musí pouze někdy dohledávat informace o pacientech, 30 sester (28 %) uvedlo, že si nemusí dohledávat informace a 5 sester (5 %) uvedlo, že si po předávání služby musí vždy dohledávat informace o pacientech.

Graf 13 Podstatné informace pro sestry o pacientech při předávání služby



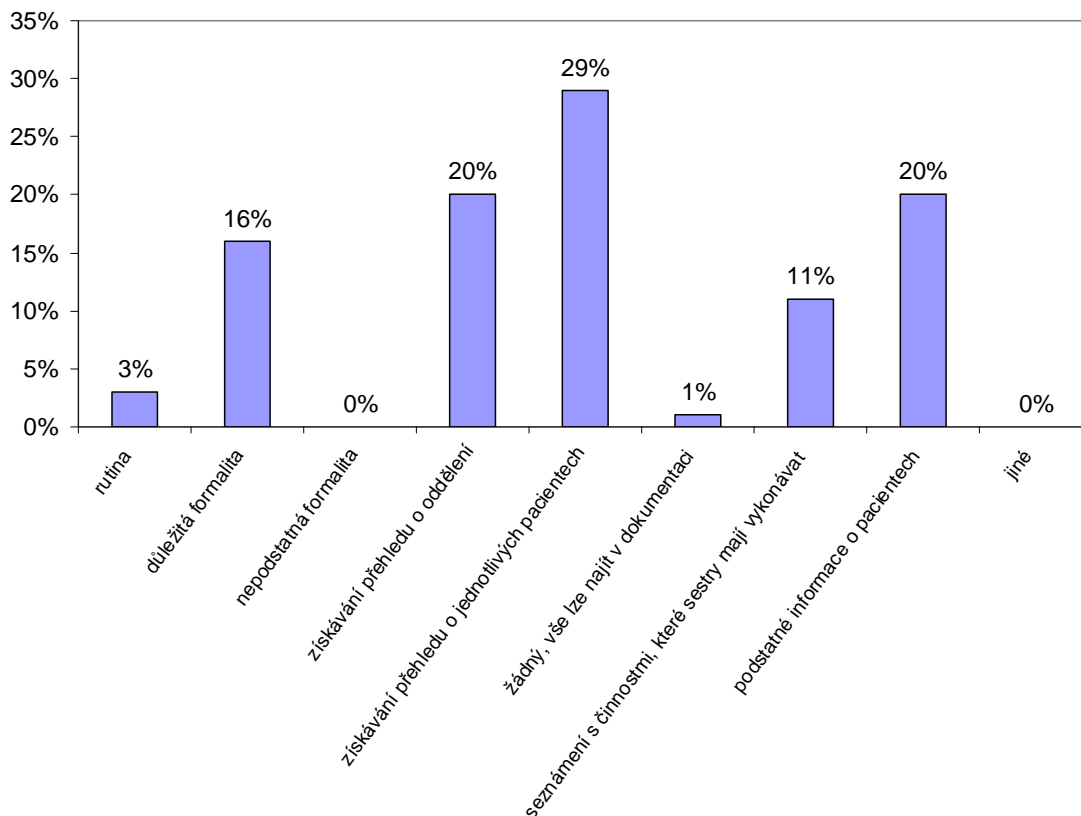
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaké informace o pacientech jsou pro sestry podstatné, a které by chtěly mít předané při předávání služby. 99 sester uvedlo, že chce znát aktuální komplikace pacienta, 99 sester chce vědět o úrovni soběstačnosti nemocného, aktuální stav nemocného zajímá 97 sester, 94 sester chce mít přehled o vývoji stavu během dne, o základní diagnóze pacienta chce být informováno 89 sester, plánované výkony chce znát 86 sester, o ránách a defektech chce vědět 86 sester a 86 sester chce mít přehled o invazivních vstupech nemocných. 79 sester zajímá důvod hospitalizace, 75 sester chce znát ordinace lékaře, o ošetrovatelských diagnózách chce vědět 71 sester, přehled o podaných lécích chce mít 69 sester, 68 sester chce být seznámeno s provedenými ošetrovatelskými činnostmi, přidružená diagnóza nemocného zajímá 49 sester. Možnost jiné neoznačila žádná sestra.

Graf 14 Porozumění výrazům používaných při předávání služby



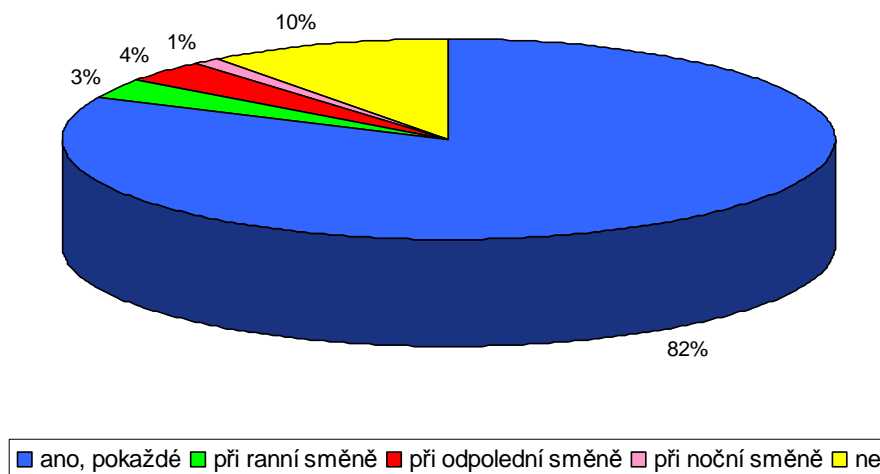
Graf demonstruje četnost odpovědí sester, z kterých vyplývá, že 97 sester rozumí všem výrazům užívaných při předávání služby. 10 sester uvedlo, že jim nevyhovuje užívání zkratk, pro 1 sestru je nevyhovující užívání slangových výrazů a užívání latinské terminologie nevyhovuje 1 sestře.

Graf 15 Význam předávání služby pro sestry



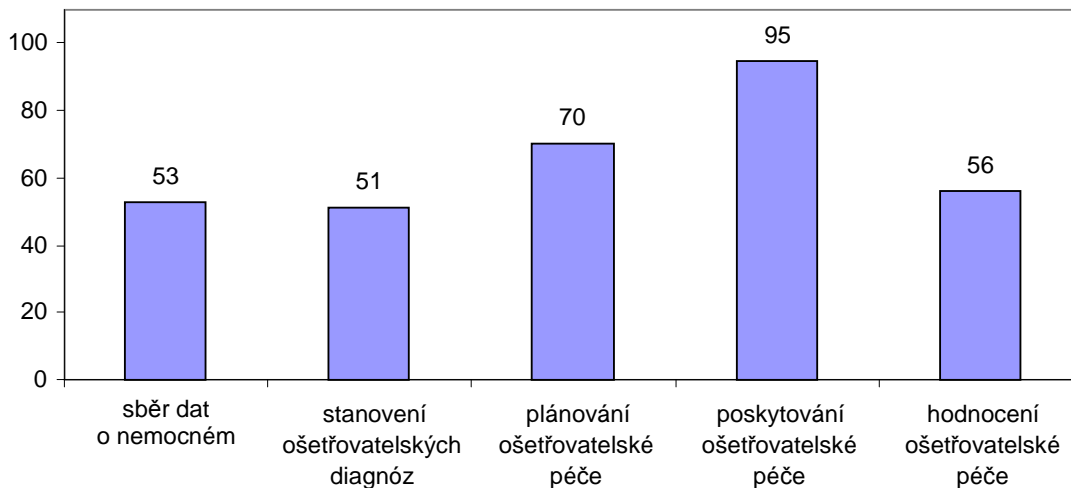
Graf udává význam předávání služby pro sestry. Předávání služby má pro 31 sester (29 %) význam v podobě získávání přehledu o jednotlivých pacientech, 21 sester (20 %) uvedlo jako význam získávání přehledu o oddělení, podstatné informace o pacientech uvedlo jako význam předávání služby 21 sester (20 %), 17 sester (16 %) vnímá předávání služby jako důležitou formalitu, 12 sester (11 %) uvedlo význam v podobě seznámení s činnostmi, které sestry mají vykonávat ve své službě. Předávání služby je rutina, to označily 3 sestry (3 %), 1 sestra (1 %) uvedla, že předávání služby nemá význam, vše lze najít v dokumentaci, žádná sestra (0 %) neuvedla, že předávání služby je nepodstatná formalita a možnost jiné nebyla označena žádnou sestrou (0 %).

Graf 16 Sestry mají potřebnou dobu pro předávání informací o pacientech



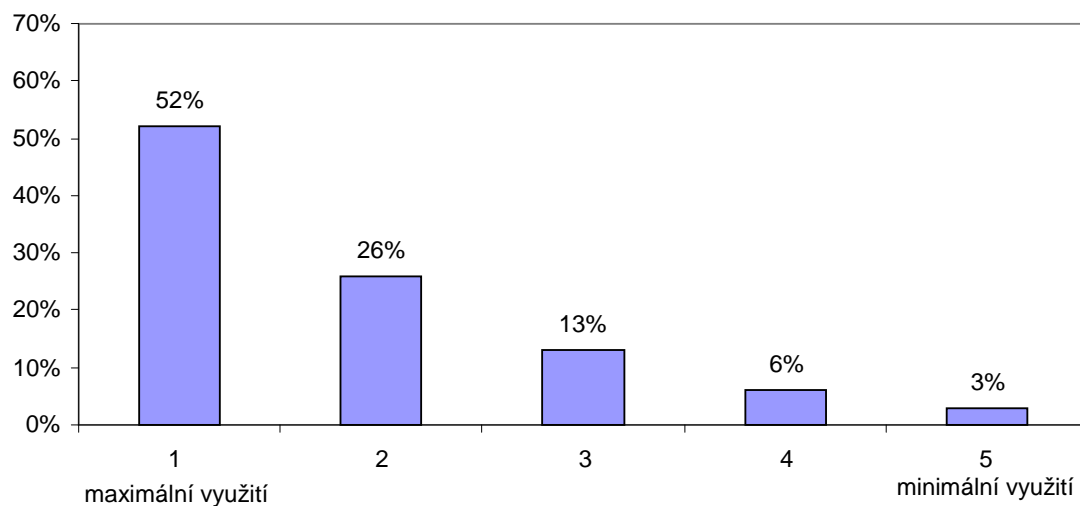
Z celkového počtu 106 respondentů 87 sester (82 %) uvedlo, že mají potřebnou dobu pro předávání informací o pacientech při předávání každé služby, 11 sester (10 %) uvedlo, že nemají potřebnou dobu pro předávání informací. 4 sestry (4 %) uvedly, že potřebnou dobu pro předávání informací o pacientech mají pouze při předávání odpolední směny, 3 sestry (3 %) uvedly, že potřebnou dobu pro předávání informací o pacientech mají pouze při předávání ranní směny a 1 sestra (1 %) uvedla, že potřebnou dobu pro předávání informací o pacientech má pouze při předávání noční směny.

Graf 17 Využívání informací z předání služby pro sesterské činnosti



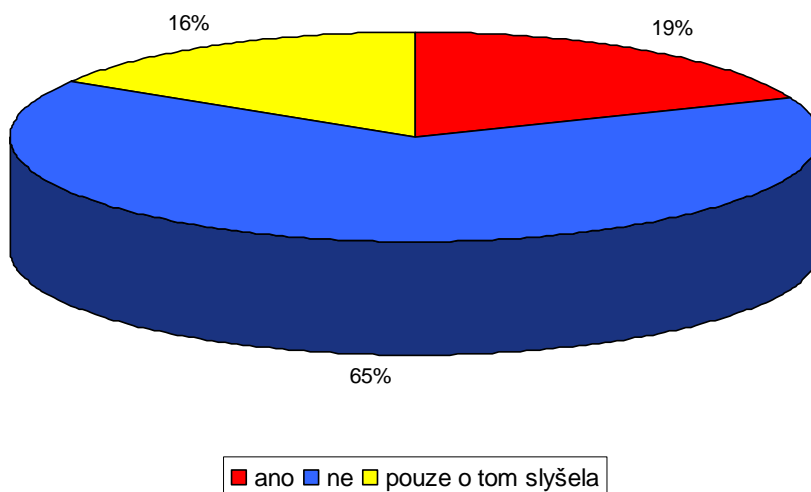
Graf představuje četnost odpovědí na otázku, při jakých sesterských činnostech jsou využívány informace z předání služby. 95 sester uvedlo, že při poskytování ošetrovatelské péče využívá informace z předání služby, při plánování ošetrovatelské péče využívá informace z předání služby 70 sester, 56 sester informace využívá při hodnocení ošetrovatelské péče, 53 sester využívá informace z předání služby při sběru dat o nemocném a při stanovení ošetrovatelských diagnóz využívá informace z předání služby 51 sester.

Graf 18 Míra využití informací z předávání služby sestrami při plánování ošetrovatelského procesu



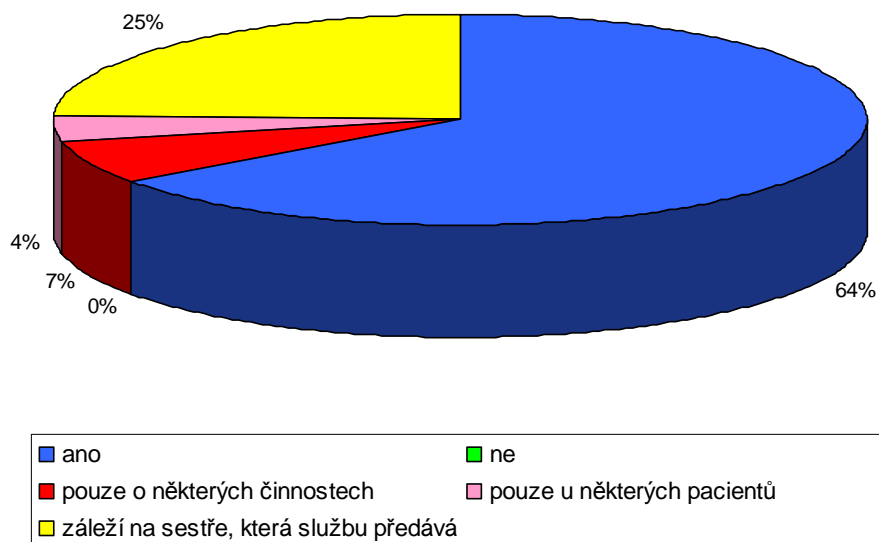
Graf znázorňuje míru využití informací z předávání služby při plánování ošetrovatelského procesu. Sestry označily míru využití na číselné ose, kde 1 znamená maximální využití a 5 minimální využití. 55 sester (52 %) uvedlo na stupnici 1 - maximální využití, 28 sester (26 %) uvedlo na stupnici 2, 14 sester (13 %) označilo úroveň využití 3, 6 sester (6 %) označilo na stupnici 4 a 5 - minimální využití uvedly 3 sestry (3 %).

Graf 19 Zkušenost sester se situací, při které mohlo dojít k poškození pacienta na základě nekompletního předání služby



Graf demonstruje setkání sester se situací, při které mohlo dojít k poškození pacienta na základě nekompletního předání služby. 69 sester (65 %) uvedlo, že se s takovou situací nesetkalo. 20 sester (19 %) uvedlo, že se setkalo se situací, kdy mohlo dojít k poškození pacienta na základě nekompletního předání služby a 17 sester (16 %) uvedlo, že pouze o takové situaci slyšelo.

Graf 20 Přehled sester o činnostech po předání služby



Z celkového počtu 106 respondentů uvedlo 69 sester (64 %), že mají po předání služby informace o činnostech, které mají vykonat, 26 sester (25 %) uvedlo, že záleží na sestře, která službu předává, 7 sester (7 %) uvedlo, že mají po předání služby informace pouze o některých činnostech, které mají vykonat, 4 sestry (4 %) uvedly, že mají po předání služby pouze u některých pacientů informace o činnostech, které mají vykonat a žádná sestra (0 %) nevedla, že nemá po předání služby informace o činnostech, které má vykonat.

Tabulka 1 Uvádění jmen všech pacientů při předávání služby

den pozorování		1.	2.	3.	4.	5.
	suma					
oddělení 1	5	•	•	•	•	•
oddělení 2	5	•	•	•	•	•
oddělení 3	4	•	•	•		•
oddělení 4	3		•		•	•
oddělení 5	3	•	•			•
oddělení 6	5	•	•	•	•	•
oddělení 7	3	•	•		•	
oddělení 8	2			•		•
celkový výskyt	30					

Tabulka znázorňuje zvyklost sester uvádět jména všech pacientů při předávání služby. Oddělení 1, 2 a 6 vždy uvedla jména všech pacientů, na oddělení 3 byla uvedena jména všech pacientů ve čtyřech dnech. Uvedení jmen pacientů ve třech dnech bylo pozorováno na oddělení 4, 5 a 7. Na oddělení 8 bylo pozorováním zjištěno uvedení jmen všech pacientů ve dvou dnech. Celkový výskyt, kdy sestry uvádí jména všech pacientů při předávání služby, byl 30.

Tabulka 2 Informovanost sestry o všech jejich přidělených pacientech

den pozorování		1.	2.	3.	4.	5.
	suma					
oddělení 1	4	•		•	•	•
oddělení 2	5	•	•	•	•	•
oddělení 3	5	•	•	•	•	•
oddělení 4	3			•	•	•
oddělení 5	3		•		•	•
oddělení 6	5	•	•	•	•	•
oddělení 7	4	•	•	•	•	
oddělení 8	4	•	•		•	•
celkový výskyt	33					

Tabulka představuje výsledek pozorování zaměřený na informovanost sestry o všech jejich přidělených pacientech. Sestry z oddělení 2, 3 a 6 měly během pozorování v pěti dnech vždy informace o svých pacientech. Na oddělení 1, 7 a 8 byla pozorována informovanost sester ve čtyřech dnech a na oddělení 4 a 5 byla zaznamenána informovanost sester o jejich všech pacientech ve třech dnech. Celkový výskyt v informovanosti sester o jejich pacientech byl 33.

Tabulka 3 Přítomnost všech sester při předávání služby

den pozorování		1.	2.	3.	4.	5.
	suma					
oddělení 1	5	•	•	•	•	•
oddělení 2	5	•	•	•	•	•
oddělení 3	4		•	•	•	•
oddělení 4	4	•	•		•	•
oddělení 5	5	•	•	•	•	•
oddělení 6	3	•	•			•
oddělení 7	5	•	•	•	•	•
oddělení 8	5	•	•	•	•	•
celkový výskyt	36					

Tabulka ukazuje přítomnost všech sester při předávání služby. Pozorováním bylo zjištěno na oddělení 1, 2, 5, 7 a 8, že je zvyklostí účast všech sester na předávání služby. Na oddělení 3 a 4 se předávání služby účastnily všechny sestry ve čtyřech dnech. Na oddělení 6 byla pozorována účast všech sester ve třech dnech. Celkový výskyt přítomnosti všech sester při předávání služby byl 36.

Tabulka 4 Zapisování si poznámek sestrou přebírající službu

den pozorování		1.	2.	3.	4.	5.
	suma					
oddělení 1	5	•	•	•	•	•
oddělení 2	2			•	•	
oddělení 3	3		•	•		•
oddělení 4	0					
oddělení 5	5	•	•	•	•	•
oddělení 6	0					
oddělení 7	1		•			
oddělení 8	2				•	•
celkový výskyt	18					

Tabulka prezentuje zvyklost sester zapisovat si poznámky během předávání služby. Na oddělení 1 a 5 je zvykem všech sester dělat si poznámky během předávání služby, na oddělení 3 bylo pozorováno ve třech dnech zapisování poznámek sestrou, na oddělení 2 a 8 bylo pozorováno ve dvou případech a v jednom případě se objevilo zapisování poznámek na oddělení 7. Na oddělení 4 a 6 bylo pozorováno, že žádná ze sester si poznámky během předávání služby nezaznamenává. Celkový výskyt zapisování poznámek sestrou přebírající službu byl 18.

Tabulka 5 Doptávání se na informace o pacientech sestrou přebírající službu

den pozorování		1.	2.	3.	4.	5.
	suma					
oddělení 1	4	•	•	•	•	
oddělení 2	2			•	•	
oddělení 3	2	•				•
oddělení 4	1		•			
oddělení 5	0					
oddělení 6	2		•			•
oddělení 7	4	•	•	•		•
oddělení 8	2				•	•
celkový výskyt	17					

Tabulka znázorňuje výsledek pozorování, které bylo zaměřeno na doptávání se na informace o pacientech sestrou přebírající službu. Ve čtyřech dnech bylo pozorováno doptávání se sester na oddělení 1 a 7. Na oddělení 2, 3, 6 a 8 se sestry doptávaly na informace o pacientech ve dvou dnech. Pouze v jednom dnu se doptávala sestra z oddělení 4 a sestry na oddělení 5 nemají vůbec ve zvyku se během předávání služby doptávat na informace. Celkový výskyt doptávání se sester na informace o pacientech při předávání služby byl 17.

5. DISKUSE

Předmětem práce bylo zjistit prostřednictvím kvantitativního šetření, zda předávání služby mezi sestrami slouží jako informační zdroj pro ošetrovatelský proces. Výzkumný soubor byl tvořen 106 sestrami pracujícími na standardních oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové a Nemocnice České Budějovice, a.s. Zmapovali jsme dosažené vzdělání sester (Graf 1). Bylo zjištěno, že sestry pracující na standardních odděleních jsou převážně středoškolsky vzdělané. Tento fakt jsme předpokládali, jelikož sestry se vzděláním vyšším odborným či vysokoškolským bývají umístovány na specializované oddělení.

Prostřednictvím šetření jsme se zajímali o formu předávání služby. Rozsypalová (19) uvádí: „Forma předávání služby může být různá, vždy však písemná i ústní.“ S jejím názorem jsme se ztotožnili, jak ukazují výsledky našeho šetření (Graf 6). 74 % sester toto tvrzení Rozsypalové potvrdily. Odpovídá tomu i prostředí a složení zdravotnického personálu. Nejčastěji zmiňovaným prostředím, na němž se odehrává předávání služby je sesterna (Graf 5). Sesternu, nebo-li inspekční pokoj, považujeme za vhodné místo pro předávání informací o pacientech a to z důvodu, že právě na sesterně je uložena veškerá dokumentace pacientů. Na sesterně je také umístěna „informační tabule s pacienty“, která umožňuje sestram orientaci o umístění pacientů na jednotlivých pokojích. Naším šetřením bylo zmapováno, že 82 sester využívá při předávání služby ošetrovatelskou dokumentaci a 68 dává přednost „informační tabuli s pacienty“ (Graf 7). A právě tomuto odpovídá předávání služby na sesterně, odpověď označilo 72 sester (Graf 5). Druhým nejčastěji uváděným místem předávání služby byl pokoj pacienta, uvedlo to 37 sester. Tuto variantu shledáváme velmi příznivou nejen pro sestry, ale i pro pacienty. Nemocný je tak přímo zapojen do ošetrovatelského procesu. Tuto myšlenku uvádí i Kelnarová (6) ve své publikaci, kde kromě jiného označuje navštěvování pacientů na pokojích jako vhodnou kombinaci předávání služby a sesterské vizity, čímž je docíleno výměny informací mezi sestrami a získání přehledu o aktuálních potřebách nemocných. Předávání služby na pokoji pacienta za přítomnosti samotných pacientů a ošetrovatelského týmu je dobrým stimulem pro doptávání se na informace o pacientech nově příchozí sestrou. Na tuto

skutečnost jsme se zaměřili při našem šetření. Na podkladě pozorování bylo zjištěno, že sestry, chodící na pokoj pacientů za účelem předání služby, mají zažité vedení předávání služby formou dialogu (Tabulka 5). Dáváme to za příčinění přítomnosti pacienta. Bylo pozorováno, že sestra přebírající službu se doptává na informace nejen sestry předávající, ale i samotného pacienta. Tímto získává nejaktuálnější informace od „přímého zdroje“. Místo předávání služby je na jednotlivých oddělení odlišné, stojí však za zmínku, že sestrám dané prostředí vyhovuje. Vypovídá o tom Graf 10, v němž můžeme pozorovat, že pouze 2 sestry z celkového počtu 106 uvedly, že by změnily místo předávání služby.

Dále jsme se zajímali, kdo z členů ošetrovatelského týmu předává informace o pacientech. Z šetření vyplynulo (Graf 4), že je to nejčastěji sestra, která měla pacienta přiděleného a sestra staniční. Toto zjištění je v přímé úměře s faktem, že v dnešní době je upřednostňováno poskytování ošetřování systémem skupinové péče (Graf 3). Podstatou systému skupinové péče je ošetřování skupiny pacientů jednou sestrou. Tóthová (24) ve své publikaci uvádí: „Systém skupinové péče spočívá ve zvýšené odpovědnosti sestry za jmenovitou skupinu pacientů, u nichž je zodpovědná za vedení ošetrovatelské péče, za vedení jejich dokumentace a jejich osobní předání příslušné skupinové sestře z další směny.“ Tato skutečnost odpovídá výsledkům z pozorování (Tabulka 3), kde bylo zjištěno, že na předávání služby nejsou pokaždé přítomny všechny sestry. Můžeme se domnívat, že je to na základě uplatňování systému skupinové péče, u níž není podstatné, aby každá sestra ze směny měla informace o všech pacientech na oddělení, a tudíž není nezbytně nutná přítomnost všech sester.

V otázce, kdo předává informace o pacientech, měla velké zastoupení staniční sestra, a také odpověď všichni, kteří mají informace o pacientovi (Graf 4). Zde opět vidíme spojitost se systémem poskytování ošetrovatelské péče (Graf 3). V tomto případě jde o systém funkční ošetrovatelské péče. Je definován Jarošovou (5): „Funkční systém je založen na tom, že sestry mají po celou pracovní dobu určeny různé skupiny úkolů u všech nemocných.“ U oddělení, na kterých se pracuje podle tohoto systému, je k předávání informací o pacientech využívána staniční sestra, to také zmiňuje ve svém výzkumu Kotrba (7). Staniční sestra má rámcově přehled o všech pacientech na

oddělení, ona tedy vede předávání služby, ostatní sestry pouze doplňují informace o nemocných. Domníváme se, že důsledkem je zjištění o nutnosti dohledávání informací o pacientech v dokumentaci po předání služby (Graf 12). Při pozorování, zaměřeném na informovanost sestry předávající službu o všech jejích pacientech (Tabulka 2) bylo sledováno, že pokud je předávání služby pouze na jedné sestře, nastávají situace, při kterých sestra o některých pacientech informace nemá. Jsou to především nově příchozí pacienti, s kterými se staniční setra neměla možnost vidět, a tudíž nemá při předávání služby potřebné informace. V tomto případě se předání ujímá sestra, která pacienta přijímala na oddělení (Graf 4).

Graf 6 nám demonstruje, že 26 % sester uvedlo jako formu předávání služby pouze ústní. Je nám známo, že předávání služby musí být provedeno nejen formou ústní, ale i písemnou, uvádí to i Rozsypalová (19). Domníváme se, že sestry, které označily pouze formu ústní, si pravděpodobně neuvědomily, že zápis do hlášení sester je považován za písemnou formu předávání služby. Povinnost sestrám Fakultní nemocnice Hradec Králové provést zápis do hlášení sester dokonce uděluje standard s názvem Předávání a překlad pacienta (20) oproti tomu v Nemocnici České Budějovice, a.s. žádný standard pro předávání služby zatím vytvořen nebyl. *Hypotéza 1 – Sestry při předávání informací využívají nejčastěji formu rozhovoru – se potvrdila.* Nejenže si sestry předávají službu ústní formou, ale také ji stvrzují písemnou formou do dokumentace.

Naše šetření se dále zaměřilo na zjištění spokojenosti sester s předanými informacemi o nemocných při předávání služby – byla k tomu využita škála spokojenosti. 61 % sester se vyjádřilo, že jsou velmi spokojené s předáváním služby na jejich oddělení a 32 % uvedlo, že jsou spokojené (Graf 9). Pokud sestra na pětistupňové škále (kdy 1 znamená velmi spokojen a 5 znamená velmi nespokojen) označila číslici 1 nebo 2, brali jsme ji za spokojenou se způsobem předávání služby. Spokojených sester je tedy dohromady 93 %. Odpovídají tomu i výsledky z další zkoumané oblasti. 63 sester uvedlo, že by na způsobu předávání služby na jejich oddělení nic neměnilo (Graf 10). Fakt o spokojenosti sester nám potvrzují poznatky výsledky Grafu 11 a 13. Z Grafu 13 jsou zřejmé informace o pacientech, které sestry chtějí slyšet při předávání

služby. Oproti tomu v Grafu 11 jsou informace o nemocných, které si sestry každodenně předávají. Při porovnání výsledků zjišťujeme, že jednotlivé oblasti odpovědí z obou grafů jsou srovnatelné. Z patnácti odpovědí jsou to pouze dvě, u kterých je výraznější rozdíl. 99 sester napsalo, že při předávání informací o pacientech chtějí vědět o aktuálních komplikacích nemocného, z toho 88 sester tuto informaci dostává. Úroveň soběstačnosti nemocného chce znát 99 sester, ale pouze u 89 sester je to předmětem předávané služby. Tato skutečnost koresponduje s názorem sester, že vidí význam předávání služby v získávání přehledu o jednotlivých pacientech (Graf 15). Jako význam předávání služby sestry také zmínily získávání přehledu o oddělení a podstatných informacích o pacientech, podobně se k tom vyjadřuje i Staňková (23). Spokojenost sester s předávanými informacemi o pacientech při předávání služby je z výše uvedených výsledků zcela zřejmá. Můžeme tedy říci, že *hypotéza 2 – Sestry jsou spokojené s předanými informacemi o pacientech/klientech při předávání služby – byla potvrzena.*

V šetření jsme se také soustředili na využití předaných informací při realizaci ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je systematická metoda poskytování individualizované ošetrovatelské péče, pro zachování jeho kontinuity je nutné předávání informací o pacientech mezi sestrami. Jak jsme již uvedli, sestry jsou spokojené s informacemi o pacientech, které získaly v rámci předávání služby (Graf 9). Tuto skutečnost naše šetření dále rozvíjí o využití informací při realizaci ošetrovatelského procesu. 52 % sester je přesvědčeno o maximálním využití informací z předávání služby při realizaci ošetrovatelského procesu (Graf 18). Maximální využití představovala na pěti stupňové škále číslice 1. 26 % sester označilo na škále číslici dva. Můžeme tedy říci, že celkem 78 % sester tvrdí, že informace plně využívají v ošetrovatelském procesu.

U sester nás dále zajímalo, kde nebo při čem využívají informace z předání, konkrétně v jaké fázi ošetrovatelského procesu je uplatňují (Graf 17). Nejvíce sester, a to 95, odpovědělo, že znalost informací uplatňují při poskytování ošetrovatelské péče, tedy při realizaci – 4. fázi ošetrovatelského procesu. Skutečnosti odpovídá i výsledek dotazníkového šetření, kde bylo zjišťováno, zda sestry mají po předání služby přehled

o činnostech, které musí vykonat u pacienta během jejich směny (Graf 20). Variantu odpovědi – ano, vždy – zvolilo 64 % sester. Za zmínku stojí ještě odpověď – záleží na sestře, která službu předává – tu volilo 25 % sester. Mníme, že tento výsledek je ovlivněn komunikací v ošetrovatelském týmu, vysvětluje to Richards (17). Potvrdilo to i 12 sester (Graf 14), které se ztotožňují s názorem, že v ošetrovatelském týmu mají komunikační bariéry. V těchto případech by měla zasáhnout staniční sestra, použít roli sestry manažerky, a nastolit používaným komunikačním prvkům řád a jednotnost, o této kompetenci staniční sestry mluví i Kotrba (7). Staniční sestra by měla dohlédnout, aby se sestry při předávání služby vyjadřovaly zřetelně, jak to uvádí Jarošová (5).

Při jakých činnostech využíváte informace z předání, uvedlo 70 sester plánování ošetrovatelské péče – 3. fázi ošetrovatelského procesu (Graf 17). Také zastáváme názor, že plánování péče může být ovlivňováno předanými informacemi o pacientech při předávání služby. Mezi 3. fází ošetrovatelského procesu a předáváním služby je vzájemná interakce. K tomuto závěru docházíme při porovnání výsledku z našeho šetření a sdělení Tóthové (24), která uvádí: „Prostřednictvím písemného plánu, který je výsledkem plánování, dochází ke sdělení pacientových potřeb dalším členům ošetrovatelského týmu.“

Využívání předaných informací při hodnocení – 5. fázi ošetrovatelského procesu označilo 56 sester (Graf 17). Součástí hodnocení je sběr údajů na jejichž základě lze posoudit, zda došlo k dosažení cílů. Kozierová (8) píše ve své publikaci: „Sestra shromažďuje údaje související se specifickými kritérii, získané pozorováním, přímou komunikací, cílevědomým nasloucháním a nebo z hlášení jiných sester.“ Jestliže je tomu tak i v praxi, je ideální provádět hodnocení ošetrovatelského plánu při předávání služby. Sestry předávající i přebírající, tak mají možnost společně prodiskutovat ošetrovatelský plán a jeho zhodnocení. Musíme však myslet na to, že se celý ošetrovatelský tým neseťkává, kvůli směnnému provozu. Konzultace ošetřujících sester tedy připadá v úvahu při překrývání směn, které je určené právě pro předávání služby. V tomto případě je ale sestrám nepřitelem čas. I když 82 % sester tvrdí, že mají potřebnou dobu pro předávání služby (Graf 16), nevíme, zda by jim čas vystačil v případě, kdy by měly hodnotit ošetrovatelské plány všech pacientů.

53 sester uvedlo, že informace z předání služby využívají při sběru dat o nemocném – 1. fázi ošetřovatelského procesu (Graf 17). Sběrem dat o pacientovi začíná celý ošetřovatelský proces. Při příjmu pacienta na oddělení odebere jedna sestra ošetřovatelskou anamnézu. Tato sestra má pak dostatek informací o nemocném. Po výměně směn přichází sestra, která pacienta vidí poprvé. Je v zájmu všech sester, aby předávání služby probíhalo komplexně. Informace, které příjmová sestra získala od nemocného, by měla předat sestře, která po ní přebírá pacienty. Předávání služby tak zprostředkuje ošetřovatelskou anamnézu. Z našeho pohledu je neuspokojivý výsledek, že předání informací je využito při sběru dat o nemocném, uvedlo to pouze 53 sester (Graf 17). Domníváme se, že zdrojem informací o pacientovi jsou i členové ošetřovatelského týmu, v tomto souhlasíme se Staňkovou (22). Jako pozitivní spatřujeme, aby se sestry naučily informace plně využívat i v této oblasti – 1. fázi ošetřovatelského procesu.

Graf 17 nám prezentuje ještě jeden zajímavý výsledek – 51 sester se ztotožňuje s odpovědí stanovení ošetřovatelských diagnóz – 2. fáze ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelskou diagnostiku provádí příjmová sestra, která odebere od pacienta anamnézu, protože ona je přímo seznámena s potřebami nemocného. Ošetřovatelské diagnózy jsou tedy stanoveny ještě před předáním služby a k jejich úpravě dochází průběžně. Mnohem podstatnější je, že se při předávání služby sestry vzájemně informují o stanovených ošetřovatelských diagnózách, jak vyplývá z Grafu 11.

Výše uvedené výsledky potvrzují hypotézu 3 – sestry využívají informace získané při předání služby pro realizaci ošetřovatelského procesu.

Z šetření nám ještě vplynulo, že se sestry setkaly se situací, při které mohlo dojít k poškození pacienta na základě nekompletního předání služby. Graf 19 uvádí, že 19 % sester se s takovou situací setkalo a 16 % o takové situaci slyšelo. Dokazuje to, jak moc je důležité komplexně a systematicky předávat službu.

6. ZÁVĚR

Každý den si na oddělení sestry předávají službu. Účelem předávání služby je výměna informací o pacientech mezi sestrami a zároveň je prostředkem pro zachování kontinuity ošetrovatelského procesu. Cílem práce bylo zmapovat nejčastější formu předávání služby mezi sestrami, zjistit spokojenost sester s předanými informacemi o pacientech při předávání služby a využití předaných informací při realizaci ošetrovatelského procesu. Cíle práce byly splněny.

Šetření bylo realizováno metodou dotazování, technikou dotazníků a pozorováním. Byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1: Sestry při předávání informací využívají nejčastěji formu rozhovoru. Hypotéza 2: Sestry jsou spokojené s předanými informacemi o pacientech/klientech při předávání služby. Hypotéza 3: Sestry využívají informace získané při předání služby pro realizaci ošetrovatelského procesu. Všechny tři hypotézy byly na základě šetření potvrzeny.

Výsledky poukazují na důležitost předávání informací mezi sestrami. Z šetření také vyplynulo, že předávání služby, prováděné vhodnou formou s kompletním obsahem informací o pacientech, je pro sestry výhodou při zahájení jejich směny. V případě vhodného předání služby jsou informace pro sestru prostředkem k seznámení se s nemocným i s jeho potřebami. Předání služby dále nastíní pracovní náplň a průběh směny, a také je nástrojem pro zachování souvislosti ošetrovatelského procesu.

Výsledky šetření mohou sloužit jako souhrn doporučení pro staniční sestry, jak účinně vést předávání služby, aby informace získané při předání byly základem pro realizaci ošetrovatelského procesu. Byl vytvořen návrh doporučení pro staniční sestry, na efektivní vedení předávání služby (Příloha 9) a návrh osnovy pro předávání služby (Příloha 10).

Jistě by bylo přínosem pro praxi toto téma rozšířit a zaměřit se podrobněji na obsahovou stránku předávání služby a na konkrétnost informací o pacientech. Pozorování by mohlo být zaměřeno na porovnání předávání služby mezi jednotlivými směny. Pro dosažení objektivity by bylo vhodné provést šetření ve více zdravotnických zařízeních.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. FILAUSOVÁ, D. *Vizita*. [cit. 2010-12-18]. Dostupné z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=11&kod_kurzu=kos_392>
2. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Přel. J. Heřmanová, V. Topilová. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. Přel. z: *Leadership and Management in Nursing*. ISBN 80-247-0267-3
3. HERDMAN, T.H. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009-2011*. Přel. P. Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. Přel. z: *Nursing diagnoses - definitions and classification 2009-2011*. ISBN 978-80-247-3423-1
4. JANÁČKOVÁ, L. WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
5. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2007. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
6. KELNAROVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8
7. KOTRBA, T. Výzkum popisů pracovních činností vrchních a staničních sester. In: *Florence*, 2011. roč. 7, č. 1, s. 30 - 33. ISSN 1801-464X
8. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatel'sto 1, 2*. Přel. T. Baška. A. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*. ISBN 80-217-0528-0
9. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2

10. LEINWATHEROVÁ, M. Sociální dovednost jako součást sociálně - psychologického výcviku. In: *Sestra*, 2010. roč. 20, č. 9, s. 28 – 29. ISSN 1210-0404
11. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
13. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
14. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
15. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5
16. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
17. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přel. S. Šeclová. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. Přel. z: *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. ISBN 80-247-0932-5
18. ROZSYPALOVÁ, M. et al. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1
19. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3

20. Standard č. 2, Předávání a překlád pacienta. Vydáno Fakultní nemocnicí Hradec Králové
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství – Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
22. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství - Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
23. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství - Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
24. TÓTHOVÁ,V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
25. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 2006. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
26. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
27. VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5
28. VONDRÁČEK, L. et al. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 71 s. ISBN 80-247-0704-7
29. VONDRÁČEK, L. et al. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6
30. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9

31. VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:
< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >
32. Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. Dostupné z WWW:<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-pece_3713_1786_11.html>
33. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Přel. M. Zvoníčková. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. Přel. z: Key Nursing Skills. ISBN 80-247-1714-X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Informace

Ošetrovatelský proces

Pacient

Pozorování

Předávání služby

Sestra

9. PŘÍLOHY

Seznam:

Příloha 1 – Záznam hodnocení bolesti

Příloha 2 – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Příloha 3 – Bartelův test základních všedních činností ADL

Příloha 4 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha 5 – Zhodnocení rizika pádu

Příloha 6 – Zhodnocení nutričního stavu

Příloha 7 – Dotazník pro sestry

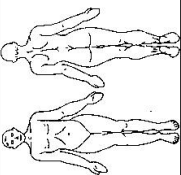
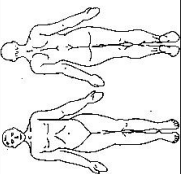
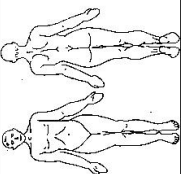
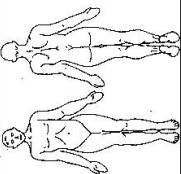
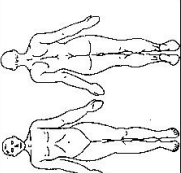
Příloha 8 – Pozorovací arch

Příloha 9 – Návrh doporučení pro staniční sestry, na efektivní vedení předávání služby

Příloha 10 – Návrh osnovy pro předávání služby

Příloha 1 – Záznam hodnocení bolesti

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

DATUM					
ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakresli šipkou)					
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 5 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (puizující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)					
ČAS Kdy to bolí?					
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?					
REAKCE NEMOCEHO NA BOLEST PODPIS SESTRY					

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:
< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 2 – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:
< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 3 – Bartelův test základních všedních činností ADL

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:

< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 4 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
malá	< 30	alergie	DM, anemie	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občas
částečná	< 60	vlhká	kachexie, ucpávání tepen	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
žádná	> 60	suchá	obezita, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:
 < <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 5 – Zhodnocení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
- antihypertenziv		
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlete jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:

< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 6 – Zhodnocení nutričního stavu

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
	CELKOVÉ SKÓRE		

V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců

Zdroj: VOŠZ a SZŠ, HK. *Hodnotící škály*. [cit. 2010-12-14]. Dostupné z WWW:
< <http://www.ose.mmsw.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx> >

Příloha 7 – Dotazník pro sestry

Vážení kolegové, vážené kolegyně,

dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Předání služby jako zdroj informací pro ošetřovatelský proces.

Prosím, o označení Vámi vybrané odpovědi na otázku, pokud nebude uvedeno jinak. Předem děkuji za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace.

NINA Hrušková
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

1. Pracujete v:

- a) Fakultní nemocnice Hradec Králové
- b) Nemocnice České Budějovice, a.s.

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské - bakalářské
- d) vysokoškolské - magisterské
- e) vysokoškolské - doktorandské

3. Jaká je délka Vaší praxe v oboru všeobecná sestra (zdravotní sestra)?

- a) do 1 roku
- b) 1 až 5 let
- c) 6 až 10 let
- d) 11 až 15 let
- e) více jak 15 let

4. Jaký systém poskytování ošetřovatelské péče se využívá na vašem oddělení?

- a) systém funkční (týmové) ošetřovatelské péče
(sestra má přiřazené činnosti, které vykonává u všech pacientů)
- b) systém skupinové péče
(sestra má na starost skupinu pacientů, u kterých vykonává komplexní ošetřovatelskou péči)
- c) systém primárních sester
(pacientovi je při příjmu přidělena sestra, která ho má na starost po celou dobu jeho hospitalizace)
- d) systém ošetřování zaměřený na případ
(sestra má přidělené pacienty se stejnými charakteristickými znaky, jako je např. diagnóza, a vykonává u nich péči podle ošetřovatelského plánu, který je vytvořen vedoucí sestrou)

5. Kdo se podílí na Vašem oddělení na poskytování informací o pacientech při předávání služby?

(můžete označit více odpovědí)

- a) sestra, která měla pacienta přiděleného
- b) staniční sestra
- c) sestra, která pacienta přijímala na oddělení
- d) zapojují se všichni, kteří mají informace o pacientovi
- e) lékař
- f) jiní:.....

12. Po předání služby máte u jednotlivých pacientů informace o:

(můžete označit více odpovědí)

- a) základní diagnóze
- b) přidružené diagnóze
- c) ošetrovatelských diagnózách (problémech pacienta)
- d) důvodu hospitalizace
- e) vývoji stavu během dne
- f) aktuálních komplikacích
- g) podaných léčích
- h) ordinacích lékaře
- ch) plánovaných výkonech
- i) ránách a defektech
- j) invazivních vstupech
- k) aktuálním stavu nemocného
- l) úrovni soběstačnosti
- m) provedených ošetrovatelských činnostech
- n) jiné:.....

13. Musíte si po předání služby dohledávat informace o pacientech?

- a) ano, vždy
- b) pouze někdy
- c) ne, řečené informace při předávání služby jsou pro mě dostatečné

14. Jaké informace o pacientech jsou pro Vás podstatné?

(můžete označit více odpovědí)

- a) základní diagnóza
- b) přidružená diagnóza
- c) ošetrovatelské diagnózy (pacientovi problémy)
- d) důvod hospitalizace
- e) vývoj stavu během dne
- f) aktuální komplikace
- g) podané léky
- h) ordinace lékaře
- ch) plánované výkony
- i) rány a defekty
- j) invazivní vstupy
- k) aktuální stav nemocného
- l) úroveň soběstačnosti
- m) provedené ošetrovatelské činnosti
- n) jiné:.....

15. Rozumíte vždy všem výrazům, které při předávání služby druhá sestra používá?

(můžete označit více odpovědí)

- a) ano
- b) ne, nevyhovuje mi používání zkratk
- c) ne, nevyhovuje mi používání slangových výrazů
- d) ne, nevyhovuje mi používání latinské terminologie

Příloha 8 – Pozorovací arch

Oddělení:.....

Přítomnost staniční sestry:.....

System poskytování péče:.....

<i>den pozorování</i>	<i>1.</i>	<i>2.</i>	<i>3.</i>	<i>4.</i>	<i>5.</i>
uvádění jmen všech pacientů při předávání služby					
informovanost sestry o všech jejich přidělených pacientech					
přítomnost všech sester při předávání služby					
zapisování si poznámek sestrou přebírající službu					
doptávání se na informace sestrou přebírající službu					

Poznámky:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha 9 – Návrh doporučení pro staniční sestry, na efektivní vedení předávání služby

Návrh doporučení pro staniční sestry, na efektivní vedení předávání služby

oblasti	pokyny	výhody a doporučení	
MÍSTO	<p>Zvažte, jaké místo by bylo vhodné pro předávání služby na vašem oddělení. Zhodnoťte to s ohledem na systém poskytování péče, který využíváte. → <i>inspekční pokoj, pokoj pacienta</i></p>	<p>INSPEKČNÍ POKOJ</p> <ul style="list-style-type: none"> + možnost nahlížení do dokumentace + orientace podle tabule s pacienty + možnost předání diskrétních informací 	<p>POKOJ PACIENTA</p> <ul style="list-style-type: none"> + pacient je aktivní účastník, má možnost sdělit své problémy + nově přichozí sestra si pacienta fixuje pohledem + aktuální kontrola stavu pacienta
ČAS	<p>Naučte sestry zorganizovat si práci tak, aby ke konci směny měly dostatek času na předávání služby.</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Směny na oddělení se mají časově překrývat. 	
DOKUMENTACE	<p>Zhodnoťte, jaká dokumentace bude stěžejní při předávání služby. → <i>dekurz, hlášení sestry, záznam vývoje stavu, plán ošetrovatelské péče</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> + Dokumentace umožňuje systematické předávání služby podle zápisu v nich provedených. + Sestra, která bude podle dokumentace předávat informace, má tak možnost zkontrolovat a zhodnotit svou práci. 	
OBSAH	<p>Určete osnovu, podle které sestry budou předávat informace o pacientech. Zahrňte do osnovy i provozní informace. → <i>návrh osnovy níže</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> + Osnova sjednotí předávané informace o pacientech. + Předchází opomenutí důležitých informací. + Dostatek informací o pacientech usnadní nástup nové sestry. 	
ÚČASTNÍCI	<p>Uvažte, vzhledem k systému poskytování péče, kdo by se měl účastnit předávání. → <i>sestry, lékaři, ošetrovatelky, sanitáři, fyzioterapeuti, pacienti</i></p>	<p>FUNKČNÍ SYSTÉM</p> <ul style="list-style-type: none"> → předávání na inspekčním pokoji → zapojte všechny členy ošetrovatelské týmu, včetně ošetrovatelek a sanitářů 	<p>SYSTÉM SKUPINOVÉ PÉČE</p> <ul style="list-style-type: none"> → předávání na pokoji pacienta → za účasti sestry předávající, sestry přebírající, staniční sestry a pacienta

Návrh osnovy pro předávání služby

Číslo pokoje pacienta	Ošetrovatelský plán
Jméno pacienta	Pohyblivost
Ročník	Riziko pádu
Důvod hospitalizace	Nutriční stav
Základní diagnóza	Hydratace
Přidružené diagnózy	Vyprazdňování
Alergie	Spolupráce
Výšetření a výkony	Podávání informací rodině
Invazivní vstupy	Souhlas s ošetřováním studenty
Rány a defekty	Informovanost pacienta
Komplikace	Jiné
Vývoj stavu během dne	Opiáty
Podané léky	Poruchy a opravy
Úroveň soběstačnosti	Provozní aktuality
Ošetrovatelské diagnózy	Vzkazy od vedení

