

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**PŘÍNOS A PŘEKÁŽKY V PŘEDÁVÁNÍ HLÁŠENÍ SESTRAMI U LŮŽKA
PACIENTŮ**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, PhD

Autor práce:

Bc. Michaela Merunková

2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „**Přínos a překážky v předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 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 plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Bc. Michaela Merunková

.....

Poděkování:

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, PhD za vedení, trvalý zájem, cenné rady a připomínky při psaní mé diplomové práce.

Zvláštní poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, za jejich ochotu a spolupráci, v neposlední řadě děkuji rodině za neustálou podporu po celou dobu mého studia.

Bc. Michaela Merunková

Abstract

The nursing handover report belongs to everyday activities of nurses. In the work of a nurse it is important to know exactly who, when, where, what and how. This is what the following activity and responsibilities of the duty period are derived from. This diploma thesis, focused on the Nursing Handover Report at a Patient's Bedside, has a theoretical and practical part. The first, theoretical part, is composed of three chapters, the modern trend of nursing, the nursing report and legislation. The second, practical part, is based on quantitative and qualitative surveys with three defined objectives and four hypotheses. The first objective was to determine what nurses regard as a major contribution of the nursing handover report at a patient's bedside. The second objective was to define the greatest obstacle in the nursing handover report at a patient's bedside. The third objective was assessing the patients' attitude towards the nursing handover report at their bedside. All three objectives were met by the research.

The qualitative part of this diploma work was based on a conducted kvasiexperiment and subsequent questions for patients and nurses. The research sample was 5 nurses and 5 patients from the intermediate care unit (IMCU) and 5 nurses and 5 patients from the resuscitation station (RES) of the České Budějovice hospital, PLC. The semi-structured interview consisted of six to eight questions, surveying the feelings, contents, visualization, integration, advantages, disadvantages, departments, nursing handover at the bedside and the quality.

The data collection was carried out by means of an anonymous questionnaire designed for nurses to find out how nurses hand the report over or how they would like to hand it over. 303 nurses from the České Budějovice Hospital, PLC, and the Příbram Hospital, PLC, took part in the research. The results were used to confirm or to reject the hypotheses. The first hypothesis: Nurses do not consider an oral handover report as a quality one when done without a visual completion, this has not been confirmed by the investigation. The second hypothesis: In terms of the risk of the patient's damage, the quality of the handover report done by the nurses in the IMCU and the RES is better than that done by the nurses in a standard unit, this has been confirmed. The third

hypothesis: Nurses consider the time consuming nature of the handover report at the patient's bedside as the greatest difficulty, this has not been confirmed. The fourth and last hypothesis: Patients have a positive attitude towards the nursing handover report at the bedside, this has been confirmed by the research.

The output of this thesis is to suggest a standard for the nursing handover report at a patient's bedside. The results can be used for nursing managers, deputy directors of nursing, medical students and nursing professionals.

OBSAH

Seznam zkratk.....	3
Úvod.....	4
1 Současný stav.....	5
1.1 Moderní trend ošetrovatelství.....	5
1.1.1 Ošetrovatelský proces dnes.....	6
1.1.2 Pacient/klient jako součást ošetrovatelské péče.....	7
1.1.3 Postavení a role sestry.....	8
1.2 Hlášení sester.....	10
1.2.1 Moderní trend hlášení sester.....	11
1.2.2 Hlášení sester versus sesterská vizita.....	13
1.2.3 Aspekty ovlivňující sesterské hlášení.....	14
1.2.3.1 Ošetrovatelská jednotka.....	15
1.2.3.2 Komunikace.....	15
1.2.3.3 Osobnost sestry – pacienta/klienta.....	18
1.2.3.4 Dokumentace.....	20
1.3 Legislativa.....	23
1.3.1 Práva pacientů.....	23
1.3.2 Etický kodex sestry.....	24
1.3.3 Informovaný souhlas.....	25
1.3.4 Povinná mlčenlivost.....	26
1.3.5 Sankce a pochybení v ošetrovatelské praxi.....	28
2 Cíle a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy výzkumu.....	29
3 Metodika výzkumu.....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	31
4 Výsledky.....	32
4.1 Výsledky kvalitativního šetření.....	32

4.2	Výsledky kvantitativního šetření.....	48
5	Diskuze.....	75
6	Závěr.....	83
7	Seznam použité literatury.....	85
8	Klíčová slova.....	90
9	Přílohy.....	91
9.1	Seznam příloh.....	91

Seznam zkratek

ACB	aortokoronární by-pass
ANA	Americká asociace sester
ARIP	pomaturitní specializační studium, Anesteziologická, resuscitační, intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AVP	plastika aortální chlopně
AVR	náhrada aortální chlopně
Bc	bakalář
c-maze	cryo-maze
ČAS	Česká asociace sester
DiS	diplomovaný specialista
ICN	Mezinárodní rada sester
IMP	intermediální péče
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr	magistr
MVP	plastika mitrální chlopně
MVR	náhrada mitrální chlopně
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
P/K	pacient/klient
P-S	pacient - sestra
RES	resuscitační stanice
S-P	sestra - pacient
SZŠ	střední zdravotnická škola

*„Jednejte s člověkem podle toho, jakým je, a on zůstane takovým, jaký je.
Jednejte s člověkem, jakým by mohl a měl být, a on se stane tím, čím by mohl a měl být.“
Johann Wolfgang von Goethe*

Úvod

Téma mé diplomové práce „Přínos a překážky v předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů“ jsem si zvolila proto, že se s touto metodou předávání hlášení u lůžka pacientů setkávám po celou dobu mé ošetrovatelské praxe a považuji to za neodmyslitelnou součást začátku či zakončení mé služby. Pro mě, jako sestru z resuscitační stanice hraje pacient/klient důležitou roli při předávání směny, nedovedu si proto představit, že bych si vyslechla nepřehledné množství informací na inspekčním pokoji bez vizuálního doplnění a následně bych se s pacientem/klientem šla seznamovat na pokoj, „prozkoumávat“ zavedené invazivní vstupy, drény či operační rány a hlavně jeho fyzické a psychické rozpoložení. Víím, že tato forma hlášení neprobíhá na všech odděleních, proto bych touto prací chtěla zjistit veškeré překážky z pohledu sester, ale i samotných pacientů/klientů. Zmapovat a vyzdvihnout přínosy i benefity předávání hlášení u lůžka pacientů/klientů a také zjistit jejich reakce nebo postoj při zapojení se do sesterského předávání hlášení.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat hlavní přínosy a překážky v předávání hlášení sester u lůžka pacientů/klientů. V empirické části práce jsem se též zabývala pohledem pacientů/klientů na zvolenou problematiku, zda by uvítali či neuvítali tuto formu hlášení aplikovat na odděleních, zda by se chtěli aktivně zapojit, či by byli spíše pasivními posluchači a diváky. Co by se popřípadě kladné odezvy muselo změnit v organizační, personální či dokumentační složce oddělení.

1 Současný stav

1.1 Moderní trend ošetřovatelství

Konec 20. a začátek 21. století je pro obor ošetřovatelství obdobím největších změn a požadavky na poskytovanou péči se neustále zvyšují. Mezi nejdůležitější změny v ošetřovatelském oboru patří bezpochyby jeho zaměření. Dříve se ošetřovatelství zaměřovalo výhradně na nemocné, dnes se zaměřuje i na zdravé jedince, rodiny a komunity. Ošetřovatelství jako obor je zaměřeno na prevenci, diagnostiku, terapii i rehabilitaci. Dnešní moderní ošetřovatelství se profiluje jako profese s neustále se zvyšující kvalitou a profesionalitou poskytované péče, která má přesně definovanou koncepci. Ošetřovatelství 21. století začíná využívat praxi (Evidence Based Practice) založenou na důkazech (Evidence Based Nursing). Zaměřuje se na plně individualizovanou, holistickou, ale i na komunitní, multikulturní a transkulturní péči (8, 31).

Povolání zdravotní sestry se liší od jiných zaměstnání potřebou neustálého speciálního vzdělávání s cílem dosáhnout takových znalostí a dovedností, aby bylo zajištěno plnění úkolů ve službě člověku, rodině, komunitě, organizaci či společnosti na co nejvyšší úrovni. Sestra v ošetřovatelství převádí širokou teoretickou základnu do praxe. Sestra pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám tak, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede pacienty/klienty k sebeběči, edukuje jejich blízké rodiny, aby byli schopni poskytnout laickou ošetřovatelskou péči. Těm, kteří o sebe z jakéhokoliv důvodu nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči. Moderní ráz ošetřovatelství klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Staví sestry na pozici rovnocenných partnerů zdravotnického týmu s větší možností rozhodování v oblasti ošetřovatelství, ale i v oblasti terapie (16, 28, 45, 49).

1.1.1 Ošetrovatelský proces dnes

Rysem moderního ošetrovatelství je systematické plánované uspokojování potřeb nemocného ale i zdravého jedince. Pojem „ošetrovatelský proces“ je poměrně nový a poprvé ho v roce 1955 použila Hallová a roku 1973 ho jako „standard ošetrovatelské péče“ legitimovala Americká asociace sester (ANA) (8, 45).

Na ošetrovatelský proces se můžeme dívat z teoretického hlediska, kdy jde o systémovou teorii aplikovanou na určitý postup, který řeší konkrétní problém konkrétního pacienta/klienta s předem určeným cílem a žádoucími výsledky. Podíváme-li se na proces z hlediska praktického, jde o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče směřující ke změně zdravotního stavu pacienta/klienta.

Dnes se na ošetrovatelský proces pohlíží jako na stěžejní metodu ošetrovatelské profese, je jakýmsi myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a systémem kroků a postupů při ošetrování jedince. Cílem, pro sestru pracující v ošetrovatelském procesu, je zhodnotit pacientův/klientův zdravotní stav, skutečné i potenciaální problémy, stanovit plány pro specifické ošetrovatelské zásahy, vyhodnotit uskutečněné, popřípadě plány přehodnotit či přepracovat (8, 28, 44, 45).

Práce metodou ošetrovatelského procesu má neodmyslitelné výhody nejen pro pacienta/klienta ale i pro samotnou sestru. Pro pacienta/klienta je tím zabezpečena kvalitní ošetrovatelská péče, která je předem naplánovaná, kontinuální a zaměřena na uspokojení jeho potřeb. Je to aktivní péče, kdy se vyžaduje a předpokládá jeho účast, ale i iniciativa. Pro sestru pracující formou ošetrovatelského procesu to přináší výhody jako je odborný růst, systematickosti ošetrovatelské práce, ale i vyhnutí se rozporu se zákonem a práce na kvalitním pracovišti, poskytující aktivní a smysluplnou péči o své pacienty/klienty (35, 37, 38, 40).

1.1.2 Pacient/klient jako součást ošetrovatelské péče

Role pacienta/klienta, jako plnohodnotného partnera nebyla v minulosti nikterak připouštěna, byl brán za pasivního příjemce zdravotní péče. Paternalistický model zdravotnictví vyzdvihoval pouze roli „vševědoucího“ lékaře, zatímco pacient/klient byl ten, který „neví nic“ a potřebuje, aby mu bylo pomoheno, proto se obrací s prosbou o pomoc a důvěrou na svého „vševědoucího“ lékaře a pasivně či slepě přijímá jeho rady a doporučení. Tento model byl v naší kultuře dominantní až do 70. let 20. století. V následujících dvou desetiletích se dogma „poslušnosti pacienta“ začíná pomalu stírat a po roce 1989, kdy oblast zdravotnictví směřuje k větší smluvní volnosti mezi zdravotníkem, jako expertem, nabízející zdravotní službu a pacientem/klientem jako ošetřovanou osobou, která o službu žádá, je toto dogma zcela zničeno. Tímto se pacient/klient stává středobodem zdravotnické a ošetrovatelské péče, partnerem lékaře a sestry, ale také konzultantem a oponentem v otázkách své nemoci (42, 58).

Musíme si uvědomit, že pro člověka je nemoc a nástup do nemocnice zátěžová situace. Každý jedinec se s touto situací vyrovnává jinak. Na zvládnání těžkých životních situací má i neblahý vliv pacientova/klientova hospitalizace. Proto bychom měli profesionálním, moderním a kvalitním ošetrovatelstvím těmto neblahým vlivům zabránit, nebo alespoň snížit na co nejnižší hranici únosnosti. V pacientově/klientově chování se může v důsledku našeho neefektivního působení a jednání na něj, objevit depersonalizace, kdy v roli pacienta/klienta ztrácí svoji společenskou identitu. Jedinec se může setkat i s „nepersonálním“ chováním od některých osob, které ho berou za jakýsi „případ“ popřípadě „nemoc“. Nebo jsou uspokojovány pouze jeho fyzické potřeby týkající se zdraví či nemoci a na potřeby psychické není brána zřetel. Z plně informovaného člověka v civilním životě se může rázem stát neinformovaný a pasivní jedinec, kdy není žádoucí, aby se na něco ptal či vyvíjel aktivitu ve své léčbě (25).

1.1.3 Postavení a role sestry

Postavení a role sestry se budují od pradávna a jsou neodmyslitelně spjaty s vývojem a reformami ošetrovatelské péče. Mění se doba a rozvoj ošetrovatelství klade vyšší a vyšší požadavky na odborné, ale i teoretické znalosti a dovednosti. Sestry se tomuto trendu musí přizpůsobovat zvyšováním své kvalifikace a odbornosti, tím se neodmyslitelně podílí na zvyšování kvality ošetrovatelské péče a spokojenosti pacienta/klienta.

Ošetrovatelský personál do roku 1918 zaujímal jednu z nejposlednějších a nejnižších postavení, často se mu říkalo „hlídači“ a svoji službu za nepatrné odměny vykonával nedbale. Jednou z dalších prvních rolí sestry byla pečovatelka o nemocné a choré v lazaretech a klášterních špitálech, později s rozvojem vzdělání byla spíše asistentkou lékaře. Na přelomu 19. a 20. století nazval profesor Eiselt sestry pravými hrdinkami a vojíny stojící a bojující před nepřátelským vojskem, kteří čelí ustavičnému nebezpečí života. V tomto období také narůstá prestiž sesterského povolání, mít na sobě sesterskou pracovní uniformu symbolizovalo nejen příslušnost k určitému stavu, oddanosti a věrnosti, ale mít ji nažehlenou a být pečlivě upravená bylo i poctou pro její nositelky. Sestry se staly symbolem čistoty a často byly nazývané svými pacienty/klienty „modrobílými anděly“. Roku 1922 profesor MUDr. Ladislav Sylaba několikrát promlouval k absolventkám Státní ošetrovatelské školy a apeloval na ně, aby jako moderní ošetrovatelky byly zároveň bdělé, přesné pozorovatelky svých nemocných a všech jeho tělesných i duševních funkcí, zároveň aby byly skvělé protokolistky v dekurzu nemoci, ale i čiperné asistentky při technických, léčebných a vyšetřovacích výkonech (16, 24, 31).

Ivanka Krchovová, narozena roku 1935 v knize *Sestry vzpomínají*, popisuje náplň sestry v padesátých letech 20. století. V popředí sesterské práce byla činnost hlavně ošetrovatelská a pečovatelská, odborné práce bylo málo a náročnější výkony prováděli sami lékaři, staniční nebo vrchní sestry. Řadová sestra u lůžka měla na starost pohodu pacienta/klienta, péči o lůžko, aby byl pacient/klient napojen a najeden a zda je suchý. Bylo-li potřeba, rozdávala lékárnu, aplikovala intramuskulární injekce. Intravenózní injekce do 70. let aplikovali lékaři. Dále sestra měla na starost pomocné

práce, úklid a sterilizační práce. Sestry si polohovaly pacienty/klienty samy. 15 kg břemeno v této době ještě neexistovalo (i v dnešní době se pacient/klient za břemeno taktéž neuznává) a sanitář sloužil spíše jen na operačních sálech a při pomocných pracích na oddělení, kam práce s pacienty/klienty nepatřila. Zvyšování vzdělání a prestiže sester se konalo pouze v důsledku pokroku medicíny, o to se staral brněnský ústav pro doškolení středních zdravotnických pracovníků a odborný časopis Zdravotnická pracovnice (36).

Postavení a role sestry nepodléhají pouze rozvíjejícímu se trendu ošetrovatelské a zdravotní péče, ale i společnosti, novým poznatkům a technologiím a v neposlední řadě i celkovému zdravotnímu stavu obyvatelstva. Sestra již není jen poskytovatelka ošetrovatelské péče, ale i manažerka, advokátka, komunikátorka, obhájkyň práv, edukátorka, výzkumnice či nositelka změn a mentorka. Sestra, poskytovatelka ošetrovatelské péče pacientovi/klientovi, je holisticky zaměřena a zohledňuje jeho zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Sestra, manažerka, naplňuje tuto roli tím, že efektivně řídí ošetrovatelský proces vedoucí k uspokojování všech potřeb pacientů/klientů. Edukátorka, je jednou z dalších a neméně důležitých rolí sestry. Během kontaktu sestry s pacientem/klientem často dochází k vysvětlování, opakování informací a poznatků týkající se ošetrovatelské a zdravotní péče, ale i k utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince. Sestra jako advokátka zastává práva pacienta/klienta, obhajuje ho a napomáhá mu v hledání co nejkvalitnější a nejefektivnější ošetrovatelské a zdravotní péče. Pátou rolí sestry je mentorka. Z této role vyplývá zodpovědnost za studenty a praktikanty ošetrovatelství a porodní asistence. Sestra mentorka by měla být adekvátně vzdělaná, měla by mít pedagogickou, ale i odbornou způsobilost a hlavně by měla být zralou osobností. Šestá a sedmá role spolu neodmyslitelně souvisí, jedná se o nositelku změn a výzkumnici. V zájmu rozvoje ošetrovatelství a zjišťování nových aspektů je spoluúčast sestry na těchto krocích velice důležitá a potřebná, neboť právě sestra převádí teoretickou základnu do ošetrovatelské praxe (8, 22, 31, 61).

Jana Březinová ve svém článku „Povolání sestra“ krásně nastiňuje charakteristiku tohoto povolání a jak ji sestry svým chováním, osobností ovlivňují, ale i

to jak jsou vnímány okolím. Z pohledu sdělovacích prostředků je sestra zmiňována pouze v souvislosti s nějakou senzací, ale o běžné každodenní práci zmínky chybí. Z pohledu tvůrců moderních seriálů ze „života“, je sestra často vnímána jako „Slepice bez vlastního názoru. Hloupě se pohihňává, pošilhává po lékařích, pije kávu, intrikuje, zaplétá se, dělá problémy (2, str. 11).“ I přes tyto seriály je sestra pacienty/klienty vnímána vesměs kladně, sestry mají svou image a jejich povolání prestiž. Záleží především na mentalitě, inteligenci, slušnosti, potřebnosti, výchově a onemocnění pacienta/klienta. Na druhé straně záleží též na mentalitě, inteligenci, slušnosti, výchově samotné sestry. Existují pacienti/klienti, kteří sestry považují za služky, ale jsou i tací, kteří nechtějí obtěžovat. Naopak Ministerstvo zdravotnictví vnímá povolání všeobecných sester za povolání s nízkou prestiží a s tím souvisí i jejich nedostatek. Je to způsobeno velkou psychickou a fyzickou náročností, vysokou mírou zodpovědnosti a povinností se celoživotně vzdělávat, ale také směnným provozem. Proto je zapotřebí, aby se sestry samotné podílely na změně společenského mínění a na zvýšení společenské prestiže vlastního povolání erudovaným příkladem, přístupem a prezentováním „sesterského řemesla“ (2, 12, 26, 27).

1.2 Hlášení sester

Základem každodenních činností sestry je mít dostatek informací potřebných k jejich vykonávání. Co se má, musí, proč, jak, kdy, kde a proto na konci každé směny musí ošetřující sestra řádně předat veškeré informace o pacientovi/klientovi sestře nastupující službu. Předávání služby se provádí formou ústního, ale i písemného hlášení. Typ, forma a rozsah předávání hlášení se odvíjí od požadavků nemocnice, oddělení, ošetřovatelské jednotky, charakteru onemocnění pacientů/klientů a poskytované zdravotní a ošetřovatelské péče.

Písemná forma sesterského předávání hlášení je součástí ošetřovatelské dokumentace, proto by mělo být smysluplné a přehledné. Provádí se zvláště záznam do knihy „hlášení sester“, pokud je však vhodně a správně vedena dokumentace, není potřeba tuto knihu vést, popřípadě jen na předávání organizačních informací oddělení či

na předání evidovaného materiálu nebo omamných látek. Formální část písemného hlášení musí obsahovat datum, druh směny, podpis s razítkem sestry předávající a přebírající službu, ordinace předávané další směně, záznamy o mimořádných událostech a ošetřovatelských úkolech, závažné informace o pacientech/klientech, záznam o sledovaných inventárních předmětech a záznam o spotřebě omamných látek. Sestra předávající a přebírající službu by měla hlášení sester vždy podepsat, svým podpisem tak obě stvrzují, že veškeré informace předaly či se s nimi řádně seznámily. Staniční a vrchní sestra by měla pravidelně hlášení sester kontrolovat, tak aby obsahovalo výše uvedené požadavky. Směnné sestry by měly dbát o jeho řádné vedení a měly by kontrolovat správnost veškerých zápisů. Neformální část zahrnuje zvláštnosti o některých pacientech/klientech, jejich chování, náladě a důležitostech v jejich ošetřování (30, 42).

Ústní předání služby doplňuje formu písemnou a provádí se jednak na inspekčním pokoji sester, tak i na pokoji u lůžka pacientů/klientů. Ústní forma hlášení zahrnuje plán ošetřovatelské péče, aktuální změny a informace, které se udály během služby předávající sestry. Předání směny by mělo začínat na sesterně, kde si sestry předají potřebné informace, které by pacienti/klienti neměli slyšet. U jejich lůžka naopak, by měly vyzdvihnout ty informace, které jsou pro něho důležité a určitým způsobem podporují či stimulují jedince ke spolupráci a navozují správné psychologické rozpoložení a klid, tím také zefektivňují vynaložené ošetřovatelské úsilí. Další výhodou předání směny u lůžka pacienta/klienta je v navození důvěry v nově příchozí sestru a jejich seznámení (8, 14, 15, 17).

1.2.1 Moderní trend hlášení sester

Ošetřovatelskou péči o pacienta/klienta poskytujeme formou ošetřovatelského procesu, kde se zajímáme o veškeré jeho potřeby, potencionální i skutečné problémy. Jde o plně holistickou péči. Proto i moderní trend předávání hlášení je zaměřen na předání veškerých informací o pacientovi/klientovi, ne jen na terapii a provozní

záležitosti oddělení. Při předávání hlášení se zaměřujeme na potřeby bio – psycho-sociální.

Z biologických potřeb uvádíme například vědomí, fyziologické funkce a celkovou homeostázu organismu, zvyklosti či poruchy v oblasti spánku a odpočinku, hygieny, příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, pohybu, ale i sexuální potřeby (Příloha 3).

Z psychických potřeb nás zajímá celkové rozpoložení pacienta/klienta, jeho nálada, zda pociťuje obavu, stres, vnitřní napětí, nervozitu, jak vnímá sám sebe v době nemoci a hospitalizace, jaké má hodnoty, zájmy a koníčky, jaké jsou popřípadě projevy těchto stesků. Změny psychických potřeb se projevují spíše u dlouhodobě než u krátkodobě hospitalizovaných pacientů/klientů (Příloha 3).

Ze sociálních potřeb se při předávání hlášení zaměřujeme na sociální postavení člověka, sociální situaci, rodinu pacienta/klienta, na mezilidské vztahy. Nesmíme též opomínat i duchovní stránku a přesvědčení člověka. Dále se sestry během předávání zaměřují na aktuální stav pacienta/klienta, který se odvíjí dle druhu onemocnění, oddělení a fáze jeho hospitalizace (Příloha 3) (32, 45).

I když už se v dnešní době čím dál tím častěji setkáváme s předáváním hlášením přímo u lůžka pacienta/klienta za použití veškeré potřebné dokumentace, není to stále v takové míře, jak bychom si v rámci zkvalitnění ošetrovatelské péče přáli. Za hlavního viníka lze považovat nedostatek nekvalifikovaného a kvalifikovaného ošetrovatelského personálu na standardních odděleních. Forma předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů plně funguje na intenzivních a resuscitačních stanicích některých odděleních. Touto formou předávání hlášení dochází i k seznámení se pacienta/klienta se svojí ošetřující sestrou již na začátku pracovní doby a tím dochází k lepšímu navázání kontaktu, popřípadě důvěry ve vztahu pacient/klient - sestra. Pacienti/klienti vnímají svoji ošetřující sestru jako svého partnera a důvěrníka, vidí její zájem a to napomáhá k utváření aktivního pacienta/klienta v efektivním ošetrovatelském procesu (8, 17, 42).

Díky tomuto modernímu trendu předávání hlášení můžeme pacienta/klienta zapojit do samotného předávání informací, neboť to jsou informace týkající se jeho osoby. Sestry tím získávají především zpětnou vazbu na provedené činnosti. A to, co

sestry mohou považovat za správné a adekvátně řešené, nemusí vyhovovat pacientovi/klientovi. Tím je dobře vyjádřen jak subjektivní tak objektivní názor na danou událost, činnost či potřebu. Do předávání hlášení se neodmyslitelně zapojil i vizuální aspekt, kdy se sestry zaměřují na celkový stav pacienta/klienta (na zavedené intravenózní vstupy, operační rány, stav pokožky či alergické projevy a na mnoho dalších aspektů), tak na monitorovací jednotku a jiné použité přístroje v péči a léčbě o pacienta/klienta (30).

1.2.2 Hlášení sester versus sesterská vizita

Na některých odděleních se ještě vedle předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů/klientů provádí takzvané sesterské vizity. Tyto vizity jsou brány jako pravidelné předávání informací o individuální problematice ošetrovatelské péče konkrétních pacientů/klientů ostatnímu ošetrujícímu týmu, popřípadě nadřízené směnné, primární, staniční či vrchní sestře. Pacienti/klienti nejsou jen přihlížejícími těchto vizit, ale jsou jejich aktivními účastníky. Mohou zde vyjádřit své aktuální nevole či potřeby a mohou se zúčastnit bezprostředního navržení ošetrovatelských zásahů a intervencí. Dále se sesterské vizity mohou brát jako kontroly kvality poskytované ošetrovatelské péče a spokojenosti pacienta/klienta (1).

Sesterskou vizitu můžeme rozdělit dle formy na individuální, malou a velkou. Individuální sesterská vizita se provádí na oddělení ve vhodné, klidné místnosti. Není to každodenní rutinou oddělení, vyplývá ze situace a stavu pacienta/klienta. Tato vizita je zaměřena na zjištění potřeb pacienta/klienta, převázání a ošetření ran, na edukaci o různých vyšetřeních, léčbě či postupech. Dále zde bývá prostor i pro vyslechnutí stesků jedince, rozptýlení jeho obav a strachu. Jde o bezprostřední kontakt mezi sestrou a pacientem/klientem. Tyto individuální sesterské vizity napomáhají tolikrát již zmiňovanému navázání vztahu pacient/klient – sestra a také k upevnění jeho důvěry v ošetrující sestru a zbylý ošetrující tým.

Malá sesterská vizita probíhá každodenně za účasti jedné či dvou sester přímo na pokoji pacienta/klienta. Sestry pracují v ošetrovatelském procesu, kdy identifikují

pacientovy/klientovy potřeby, navrhují za jeho spolupráce nejvhodnější strategie, konzultují další ošetrovatelské postupy, radí, edukují a zajišťují kontinuitu ošetrovatelské péče (3, 8, 9, 30).

Velká sesterská vizita probíhá v doprovodu všech ošetrujících sester, ale hlavně za účasti primární, staniční, nebo vrchní sestry. Velká sesterská vizita má ráz spíše managerský, kdy se diskutují organizační a ošetrovatelské postupy, vyhodnocuje se poskytování ošetrovatelské péče a její účinnost na oddělení, hodnotí se vzájemná spolupráce zdravotnického týmu ve prospěch pacienta/klienta (8).

Lze tedy říci, že hlášení sester a sesterská vizita mají mnoho společného. Obě metody se zabývají předáváním informací, potřebami, poskytovanou a naplánovanou ošetrovatelskou péčí, komunikací a navázáním vztahu mezi pacientem/klientem a sestrou. Podstatným rozdílem je, že předávání hlášení probíhá pouze při předávání služby, sesterská vizita probíhá kdykoliv během pracovního dne, vše dle harmonogramu oddělení (1, 3, 9, 30).

1.2.3 Aspekty ovlivňující sesterské hlášení

Mezi aspekty ovlivňující sesterské hlášení lze bezpochyby zařadit ošetrovatelskou jednotku, komunikaci, osobnost sestry, osobnost pacienta/klienta, dokumentaci, management nemocnice, oddělení i ošetrovatelských jednotek.

Sesterské hlášení často vypovídá nejen o pacientech/klientech hospitalizovaných v nemocničním prostředí, ale též poukazuje na jednotlivce, který hlášení sepisoval či předával, na jeho profesionalitu, osobnost, na dostatky či nedostatky v sesterské, popřípadě zdravotnické dokumentaci, na management oddělení. Sesterské hlášení ve svém celku vypovídá nejenom o práci, efektivitě a profesionalitě řadových sester, ale i o jejich nadřízených, staničních popřípadě vrchních sestrách.

1.2.3.1 Ošetrovatelská jednotka

Ošetrovací jednotka je brána jako základní, funkční, stavební a organizační složka oddělení, popřípadě nemocnice. Každá ošetrovatelská jednotka má pokoje pro nemocné, komplementy (inspekční pokoj, vyšetřovna, denní místnost sester, kuchyňka, jídelna pro pacienty/klienty a personál, hygienické zařízení, dekontaminační místnosti pro materiál či lůžkoviny, skladovací prostory). Uspořádání a vybavení ošetrovacích jednotek se sice odvíjí od zaměření oddělení, přesto by však mělo být uzpůsobeno tak, aby co nejefektivněji napomáhalo a ulehčovalo v provozu a v práci zdravotnických pracovníků, ale také v orientaci a pohyblivosti hospitalizovaných pacientů/klientů. Jen pro zopakování rozlišujeme několik typů (jednostranná, oboustranná, kruhová, do tvaru U) a druhů (standardní a specializovaná) ošetrovacích jednotek. Standardní ošetrovací jednotka má nejčastěji kolem 20 až 30 lůžek a 10 směnných sester, na jednotkách intenzivní a resuscitační péče se počet lůžek zmenšuje, zato narůstá počet ošetřujícího personálu. Za vedení ošetrovací jednotky z pohledu ošetrovatelské péče a zabezpečení zodpovídá staniční, popřípadě vrchní sestra oddělení (8, 17, 22, 37).

Organizace práce zdravotnického týmu na ošetrovatelské jednotce se odvíjí od jejího zaměření (například interní, chirurgická, pediatrická, gynekologicko-porodnická), druhu (specializovaná, standardní). Dle harmonogramu každé ošetřující jednotky musí být sestra na pracovišti nejpozději 15 minut před začátkem pracovní doby, v této době dochází k seznámení se s oddělením, pacienty/klienty, dochází k předávání důležitých informací, uskutečňuje se předávání směny sester (předávání hlášení) (8, 14, 30).

1.2.3.2 Komunikace

„Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka a sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese, ať už jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetrovatele či sanitáře. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným. V ošetrovatelství nevystačíme

pouze s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě (43, str.22)“.

V komunikaci s nemocným často hlavní roli hraje sestra, neboť ona je s ním neustále v kontaktu, asistuje při vyšetřeních či na ně pacienta/klienta doprovází, zúčastňuje se sesterských i lékařských vizit, je prostředníkem mezi pacientem/klientem a ostatním zdravotnickým personálem (43).

Nemoc neovlivňuje jen fyzickou stránku člověka, ale promítá se i do jeho psychiky, proto by se vzdělaná sestra měla orientovat i v psychologii a své teoretické znalosti umět využívat v praxi. Empatie hraje velkou roli na poli komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Proto na začátku veškeré komunikace by mělo být kvalitní zhodnocení osobnosti pacienta/klienta, zhodnocení jeho povahy, vlastností, temperamentu, schopností a vytvoření základního odhadu, jak nejspíše bude pacient/klient danou situací zvládat, definovat jeho problémy. Během kontaktu sestry s pacientem/klientem by sestra měla umět naslouchat, aktivně vnímat, sledovat jeho mimoslovní projevy, být empatická a dávat najevo porozumění. Od sestry se také čeká, že dokáže poradit a pomoci a že tak bude činit bez povýšenosti, důvěrně a s úctou k nemocnému člověku, že její přístup bude individuální, osobitý a aktivně přizpůsobený potřebám a zvláštnostem pacienta/klienta (13, 43, 48, 57).

Nejrozšířenějším druhem komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem je rozhovor, díky tomuto dialogu získávají obě zúčastněné strany potřebné informace. Aby komunikace byla úspěšná měla by být jednoduchá, zřetelná, stručná, adaptabilní a vhodně načasovaná. Pacient/klient musí během dialogu všemu rozumět, sestra by se měla vyvarovat odborným termínům, pokud už je musí použít, měla by je adekvátně vysvětlit, jedinec by měl získat pocit, že na něj má sestra čas a zájem o jeho sdělení, že mu rozumí a že ji nezdržuje. Zdravotníci by neměli zbytečně popisovat a opisovat podávané informace, v přemíře nepodstatných informací se nemocný ztrácí, neboť když člověka něco bolí nebo trápí, mění se jeho schopnost adaptability či jeho vnímání. Proto by se měly podávat stručné a jasné informace, které působí na pacienta/klienta profesionálně. Veškerou komunikaci musíme přizpůsobovat i reakcím jedince, popřípadě mu dát čas na vstřebání a urovnání získaných informací. Důležité je také, aby sestra nebrala pacienta/klienta jako nepřítele, soupeře, či někoho sobě submisivního, ale

jako sobě rovnocenného partnera, jedině tak se vyvaruje při rozhovoru s ním špatným postojům, negativním signálům, jako je například nevhodně zvolený tón hlasu, rychlost řeči nebo neadekvátní výběr slov, které by popřípadě vůči němu vysílala a tím ohrozila množství a kvalitu získaných informací. Sestra musí pacienta/klienta vnímat jako rovnocenného partnera, který má svou jedinečnost, hodnoty, názory, práva, ale také své silné a slabé stránky. S názory ani postoji pacienta/klienta sestra souhlasit nemusí, nesmí je ihned odmítat, ale měla by se pokusit je přijmout a pracovat s nimi a pokud je možné přimět ho, aby on sám své záporné a negativně smýšlející postoje přehodnotil, jestli-že pacient/klient nebude chtít a bude si za svými rozhodnutími stát, musí je vzdělaná sestra akceptovat v plné výši bez žádných předsudků a postranních hodnocení (6, 13, 18).

Když se řekne komunikace, napadne laika nejspíše jen verbální stránka, ale zdravotník by neměl opomínat komunikaci neverbální, neboť každý jedinec své emoce, strasti, pocity a potřeby projevuje různým způsobem, ne jen verbálním. Často se stává, že v nemoci se člověk uzavírá do sebe, přestává komunikovat s okolím a čeká, že si lidé v jeho blízkosti všimnou signálů, které jim vysílá skrze gesta, výraz obličeje, postavením a pohybem těla či očním a tělesným kontaktem. Zkušená sestra by si těchto signálů měla všimnout a umět s nimi pracovat. Pacient/klient by měl cítit a vědět, že byl pochopen a že mu bude sestrou pomoheno, to utužuje jejich vzájemný vztah a důvěru mezi nimi (47, 48, 61).

Komunikace jako taková je hlavním prostředkem dorozumívání se při spolupráci v kolektivu a proto, aby byla zajištěna co nejefektivnější komunikace, je nutné, aby zdravotníci ovládali správnou terminologii v ošetrovatelství a uměli jí i adekvátně aplikovat do své praxe. Zdravotníci a ostatní ošetrovatelský personál by neměl ani při komunikaci zapomínat na profesionalitu, neměli by používat nevhodné či vulgární výrazy. Při předávání hlášení je komunikace na prvním místě. Správně a adekvátně se vyjadřovat je prvním bodem úspěšného a efektivního předání hlášení nastupující směně. Při předávání směny by se předávající i nastupující sestra měla plně soustředit na získávání či předávání informací. Komunikace by měla být klidná, jasná a výstižná, měla by obsahovat odborné termíny. Při předávání hlášení by se mělo dbát na to, aby

veškeré potřebné informace byly kvalitně předány a patřičným způsobem, je-li potřeba, vysvětleny. Nepochopení či nesprávně interpretování informací může mít ve zdravotnictví i fatální následky, proto je důležité být si zadáním vždy jisti a při vyskytnutí se sebemenších nejasností, „hodit svoji hrdost za hlavu“ a raději se opětovným zeptáním ujistit, zda jsme rozuměli dobře či nikoliv (6, 43, 53).

Existují i slangové výrazy vznikající ve všech oborových odvětví a ani zdravotnictví tomuto nebylo ušetřeno. Tyto výrazy by se však neměly používat v komunikaci s pacienty/klienty, minimálně jen v soukromí, či tam, kde nemohou být jakýmkoliv způsobem nezneužity.

Pro zdravotníky je důležité ostatním při své práci naslouchat, vnímat je nejen ušima a očima, ale také srdcem, což přináší lepší pochopení a efektivnější pomoc, neboť úspěšná komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské péče, ale hlavně může být i důležitým aspektem v léčbě nemocného jedince (13, 33, 43, 48).

1.2.3.3 Osobnost sestry – pacienta/klienta

Osobnost lze charakterizovat jako historicky a geograficky podmíněného jedince s osobitým a jedinečným životním slohem a jistým sociálním místem. Osobnost člověka je v povolání sestry nesmírně důležitá, neboť povolání všeobecné sestry spadá do skupiny profesí pomáhajících a to už samo o sobě vypovídá, že jde o profesi nejen fyzicky náročnou, ale i psychicky velmi zatěžující, neboť jsou to právě sestry, které jsou neustále vystavené kontaktu s nemocnými, trpícími či jejich blízkými rodinami. Sestra pro efektivní a kvalitní péči o tyto jedince musí co nejrychleji navázat vzájemný kontakt a získat si jejich důvěru a toto pouto během následné spolupráce neustále upevňovat a nikterak neporušit. Pro vytvoření důvěryhodného a láskyplného vztahu je zapotřebí řada vlastností a dovedností, které si musí sestra osvojit a plně s nimi disponovat. Sestry často bývají svědky krásných a nezapomenutelných událostí, například lidského zrození, naděje na život a na uzdravení, ale i smutných a vyčerpávajících skutečností, jako je lidské neštěstí, bolest či smrt. I v těchto chvílích se musí projevit profesionalita a vyzrálá osobnost sestry (2, 4, 21, 39).

Už Florence Nighingalová vytvořila seznam předností, kterými by sestra, jako zralá a zdravá osobnost, měla disponovat. Vyžadovala od sester svědomitost, pracovitost, spolehlivost, střídmost, rozhodnost, klidnost, rozvážnost, počestnost, zbožnost, pokornost, empaticnost, dobrosrdečnost, důvěryhodnost. Tímto položila základy etického kodexu ošetřovatelek. Sestra, pro kterou je její povolání posláním, má disponovat těmito vlastnostmi, ale také individuálním zájmem o nemocného a potřebou mu pomoci, inteligencí a bystrostí postřehu, odbornými ošetřovatelskými zkušenostmi a znalostmi, přesností a spolehlivostí při hlášení příznaků (8, 24, 31) .

Osobnost pacienta/klienta hraje v ošetřovatelství důležitou roli, buď léčení napomáhá anebo jej brzdí. Pro úspěšnou spolupráci mezi ošetřovatelským týmem a pacientem/klientem je důležité, aby byl nemocný jedinec pozitivně naladěný k léčbě, měl pozitivní smýšlení, byl motivován ke změně, důvěřoval v terapeutů a ošetřovatele, dokázal přijímat existenci nových alternativ, viděl vlastní zodpovědnost v souvislosti se svým zdravotním stavem a neházel vinu na druhé. Během nemoci se výrazně mění celá osobnost člověka, dříve mírný slušný jedinec se může stát protivným, zlým a nespolupracujícím pacientem/klientem a to platí i naopak. Záleží na míře vyzrálosti osobnosti jedince. Z plně fungujícího člověka se přesouvá do role pacienta/klienta. V nemoci se nemění jen fyzický stav, ale psychika člověka, jeho emotivní a kognitivní složka. Rozumová i emotivní složka je zastírána nemocí či bolestí, změnou zvyklostí, denního řádu a změnou své role. Pro zdravotníka je důležité, aby osobnost nemocného respektoval a podporoval a nedevalvoval (25, 26, 47, 60).

Pacient/klient přichází do nemocnice se stavy vnitřní úzkosti z nemoci a okolní zdravotnické prostředí tuto úzkost i v dnešní době prohlubuje. I když se dnes snažíme prostředí klinik, nemocnic či ambulancí zútulnit a zpříjemnit, stále se nám nedaří úzkost zcela odbourat. Již při příjmu pacienta/klienta se na něj začnou valit negativa vyplývající z hospitalizace. Sestřička ho donutí, aby se převlekl do pyžama, nasadil si bačkory, uvede ho na pokoj k neznámým lidem a začnou různé předoperační a hospitalizační procedury, které se na něj valí ze všech stran. Takovýto člověk se nestačí často ani seznámit s prostředím a zadaptovat se na něj a už od něj nejen zdravotnický personál vyžaduje disciplínu a plnou orientovanost na oddělení a v hospitalizačním

režimu. Často z toho „chaosu“ má pacient/klient vnitřní stísněnost, děsivé obavy a prohlubuje se jeho úzkost. Objevuje se nervozita či děsivé noční sny, pacienti/klienti v noci nespí a přes den bývají unaveni, podrážděni a nejsou schopni se na nic pořádně soustředit, což negativně ovlivňuje jejich zdravotní stav a ubrzdí léčbu. Tuto kritickou dobu může překonat pouze díky skvělému, erudovanému a kvalifikovanému zdravotnickému týmu, kde nezastupitelnou roli hraje sestra, která s ním adekvátně komunikuje, spolupracuje a je mu velkou oporou (25).

I samotné předávání směny může na pacienta/klienta působit negativním či naopak pozitivním dojmem. Pokud je pacient/klient do předávání hlášení zapojen, stává se rovnocenným partnerem ošetřujícího personálu, není tak jeho osobnost v tomto směru devalvována, ale dochází k navození pocitu potřebnosti a rovnocennosti, čímž se často předchází změnám v psychické, emotivní a kognitivní složce jedince. Tudíž můžeme hovořit o tom, že jednou z hlavních součástí správného a efektivního předávání hlášení je nejen předání veškerých informací, ale i seznámení se s pacientem/klientem. Mnohdy sestry ani netuší, že pacienti/klienti čekají na svoji sestřičku, že se s nimi přijde na začátku směny přivítat a na konci směny rozloučit. I když se trend v předávání hlášení výrazně změnil, oproti cizině jsme stále ještě konzervativní v bezprostředním navázání kontaktu s pacientem/klientem a předávání hlášení ve většině případů provádíme na inspekčním pokoji bez přítomnosti pacienta/klienta (30, 43).

1.2.3.4 Dokumentace

S nástupem pacienta/klienta do zdravotnického zařízení se zakládá i jeho osobní zdravotnická dokumentace, což vyplývá ze zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Každá zdravotnická dokumentace musí dle zákona obsahovat: identifikační údaje pacienta/klienta, pohlaví, identifikační údaje poskytovatele zdravotnické péče, informace o zdravotním stavu, průběhu a výsledcích poskytované zdravotnické péče pacientovi/klientovi. Dále údaje zjištěné při sběru anamnézy pacienta/klienta, údaje vztahující se ke smrti pacienta/klienta. Tudíž součástí zdravotnické dokumentace je i dokumentace

ošetřovatelská. Můžeme tedy dokumentaci rozdělit na část lékařskou a část ošetřovatelskou. Ošetřovatelská část dokumentace by dle vyhlášky 385/2006 Sb., O zdravotnické dokumentaci, měla obsahovat tyto náležitosti: ošetřovatelskou příjmovou zprávu, tj. ošetřovatelskou anamnézu, posouzení zdravotního stavu a potřeb pro identifikaci problému a následné stanovení ošetřovatelského plánu nebo ošetřovatelskou propouštěcí zprávu. Dále popis ošetřovatelského problému, stanovení diagnózy, stanovené cíle a výsledná kritéria, ošetřovatelský plán a postupy poskytování ošetřovatelské péče, jejich hodnocení a následné změny v ošetřovatelském plánu. Vzhled a charakter sesterské dokumentace se odvíjí dle druhu zařízení, jednotky a úrovně ošetřovatelské péče. K základní struktuře dokumentace se popřípadě připojují další formuláře či záznamy (Příloha 7) o různých ošetřovatelských hodnoceních, testech a výkonech, které mohou být součástí vstupního fyzikálního vyšetření sestrou nebo se do ní vkládají v průběhu hospitalizace, kdy sestře slouží k měření a objektivnímu hodnocení aktuálního stavu a schopností pacienta/klienta. „Mezi tyto záznamy patří např. záznam o hodnocení bolesti, o příjmu a výdeji tekutin, záznam o naordinované dietě, speciální záznam diabetika, před a pooperační záznamy, dokumentování plánovaných vyšetření, záznamy laboratorních výsledků, měření kvality psychiky. K měření soběstačnosti se nejčastěji používá Bartelův test, pro hodnocení rizika dekubitů stupnice dle Nortonové, Bradenova stupnice, hodnocení stavu rány aj (50, str. 9)“. Sestry i ostatní zdravotničtí pracovníci musí dokumentaci vést přehledně, pravdivě, čitelně, kvalitně a efektivně a nesmí zde docházet k žádným nejasnostem a pochybením. Dobře vedená dokumentace je vizitkou kvalitní a profesionální praxe. S dokumentací přichází do styku nejčastěji ošetřující sestry, které do ní zaznamenávají veškeré výkony prováděné u pacienta/klienta (převazy, odběry krve, hygienu), ale i laboratorní a fyziologické hodnoty, zaznamenávají soustavně a kontinuálně hospitalizační den. Všechny záznamy, které sestra či jiný zdravotnický pracovník do dokumentace zanesou, musí obsahovat datum, čas, stručný popis, podpis zaznamenatele (vykonavatele události), razítko a musí být zaznamenány pravdivě a hned po uskutečnění události. I přes velké množství dat a záznamů by měla být přehledná, jednoduchá a dobře přístupná všem, kteří vykonávají zdravotnickou či ošetřovatelskou péči. Dokumentace

je tedy brána jako způsob zachycení a uchování rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích, které slouží jako důkazný materiál při soudních sporech. Správnost a přesnost záznamů v dokumentaci by mělo být samozřejmostí pro všechny zúčastněné, protože i jedna nepřesná informace uvedená v dokumentaci ji znehodnotí jako celek. Ošetřovatelská dokumentace slouží i jako jeden z neocenitelných způsobů podpory týmové komunikace, ale i během sesterské vizity či jako neodmyslitelná část při předávání hlášení sester (20, 53, 55, 61).

Nahlížení do dokumentace musí být však konáno v přítomnosti zdravotníka, naopak zdravotník má právo žádat legitimaci osoby, která bude do zdravotnické dokumentace nahlížet. I toto je jeden z mnoha důvodů, proč vést dokumentaci řádně v souladu s platnými zákony a normami. Každé nahlídnutí do dokumentace se v dokumentaci vedené o pacientovi/klientovi řádně zaznamená (41, 62, 63).

Uchovávání, skartaci a následnou péči o zdravotnickou dokumentaci upravuje Vyhláška č. 385/2006 Sb., O zdravotnické dokumentaci, kde se uvádí, že se zdravotnická dokumentace uchovává po dobu pěti let a označuje se skartačním znakem „S“. Po uplynutí doby uchování a skartační lhůty je dokumentace připravena ke skartaci či ke znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu (34, 59).

Dokumentace je též neocenitelnou složkou a pomocníkem sestry při předávání hlášení. Obzvláště na standardních lůžkách, kde sestra má na starost během směny několik pacientů/klientů. Dobře, správně a jednotně vedená dokumentace jí na konci směny předání hlášení velmi usnadní. Sestra se v dokumentaci pacienta/klienta při předání hlášení zaměřuje na sesterskou (ošetřovatelskou) část, jako jsou aktuální ošetřovatelské problémy/diagnózy (například bolest, únava, strach a jiné), vyplývající ze zdravotního, ale i psychického stavu pacienta/klienta, tak i neopomíná možné rizika – potenciaální problémy/diagnózy (riziko pádu, riziko infekce, riziko sníženého příjmu tekutin, a jiné). K plnohodnotnému předání jí pomáhají různé formuláře a záznamy, které byly již zmiňovány výše. Předávání hlášení na jednotkách intenzivní a resuscitační péče má také svá úskalí a i pozitiva. Sestra na těchto typech oddělení většinou předává méně pacientů/klientů, ale o to více je hlášení náročnější na množství předávaných

informací. Každé předání hlášení by mělo být v dokumentaci pacienta/klienta přehledně a čitelně zaznamenáno a stvrzeno podpisy zúčastněných sester (52, 56).

1.3 Legislativa

S předáváním hlášení úzce souvisí i legislativa. Sestra neustále pracuje s informacemi týkající se zdravotního stavu, sociálního statutu pacienta/klienta. Proto by se měla během celé směny, ale i v soukromém životě chovat obezřetně a profesionálně, dodržovat etický kodex sestry, povinnou mlčenlivost a také práva pacienta/klienta.

1.3.1 Práva pacientů

V souvislosti s narůstající kompetencí pacientů/klientů v otázkách zdravotnické a ošetrovatelské péče byl roku 1992 Centrální etickou komisí MZ ČR schválen první etický kodex Práva pacientů (Příloha 1). V tomto kodexu jsou shrnuty nejdůležitější práva pacienta/klienta vyplývající z jeho hospitalizace, to ale neznamená, že ostatní práva člověka jako jedinečné osoby mohou být porušována. Cílem práv pacientů/klientů je nejenom během hospitalizace zachování úcty k individualitě jedince, jako člověka, respektive k jeho lidskosti, zachování demokratického vztahu mezi ním a veškerým zdravotnickým týmem, akceptace jeho autonomie a podpory aktivity při své léčbě. Práva pacienta/klienta mají též zkvalitnit porozumění mezi ním, jeho rodinou a zdravotníkem, zabezpečit, to že bude zvolen nejlepší a optimální postup léčby a péče. I při předávání hlášení nesmí zdravotnický pracovník na práva pacientů/klientů zapomínat, musí je dodržovat a respektovat ve všech ohledech, obzvláště předává-li se hlášení přímo u lůžka pacienta/klienta. Zdravotnický personál si musí uvědomit, že pacient/klient je živým vnímavým jedincem. Avšak profesionalita chování a jednání ošetrovatelských a zdravotnických zaměstnanců nezačíná a ani nekončí předáním hlášení (5, 32).

Člověk jako pacient/klient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči, má právo znát svého lékaře a ostatní zdravotnické pracovníky, musí získávat potřebné a pravdivé informace o svém zdravotním stavu, které mohou vést k udělení či neudělení informovaného souhlasu/nesouhlasu. Při hospitalizaci nesmí být porušováno jeho soukromí a znevažován jeho stud. Léčba musí být vedena s kontinuitou a plnou odborností a v co nejvyšší kvalitě. Veškeré nestandardní postupy a experimenty musí být pacientovi/klientovi sděleny předem, aby se mohl rozhodnout k souhlasu či nesouhlasu písemnou formou. V závěru života má právo na ohleduplnou a citlivou péči a zdravotníci povinnost respektovat jeho přání a plnit je pokud nejsou v rozporu s platnými zákony. Pacienti/klienti hospitalizovaní v jakémkoliv zdravotnickém zařízení se musí řídit platnými řády hospitalizující instituce (Příloha 1) (32, 58).

1.3.2 Etický kodex sestry

Sestry jsou během výkonu svého povolání v neustálém kontaktu s pacienty/klienty a tudíž i s velmi citlivými informacemi, které často během předávání hlášení reprodukují ostatním zdravotnickým pracovníkům. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv a proto se od nich vyžaduje takové chování, které je v souladu s pravidly etiky (10, 23).

Roku 1953 byl Mezinárodní radou sester (ICN) prvně přijat Mezinárodní etický kodex pro sestry (Příloha 2). Následně byl několikrát revidován a znovu schvalován, poslední revize byla v roce 2000. V platnost vešel 29. března 2003, kdy byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS. Etický kodex sester má čtyři hlavní části. První část je zaměřena na sestru a spoluobčana, druhá na sestru a ošetrovatelskou praxi, třetí část upravuje sestru a její profesi a čtvrtá sestru a její spolupracovníky. Problematika mlčenlivosti a informovaného souhlasu je vymezena částí první, sestra a spoluobčan. „Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž

může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta/klienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta/klienta a lékaře. Proto i při předávání hlášení musí být zúčastněné osoby profesionální a velice obezřetné, jelikož interpretují choulostivé a soukromé informace o konkrétních pacientech/klientech. Předávání hlášení by proto mělo probíhat na určeném pracovišti, nikoliv na veřejnosti a před jinými zúčastněnými, pokud k tomu pacient/klient neudělí souhlas. Předávané informace slouží pouze pro výkon ošetřovatelského a zdravotnického povolání a péči o pacienta/klienta a tak by se s těmito informacemi mělo také nakládat. Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin“ (7).

1.3.3 Informovaný souhlas

Již v roce 1960 se začala v angloamerických zemích prosazovat doktrína informovaného souhlasu, neboť již v této době zde byl člověk brán za pána svého těla i duše a tudíž může sám o sobě rozhodovat, je-li toho po fyzické či psychické stránce schopen. Mnozí lékaři v tom viděli tendenci vyřešení těžkých dilemat v oblasti etické, právní, ale i zdravotní. A koncem 19. století již bývalo zvykem, že lékař žádal nemocného o svolení k provedení chirurgické operace.

Informovaný souhlas do postkomunistického Česka přichází až ve 21. století, kdy probíhají velké změny v celém zdravotnickém systému. Informovaný souhlas je slovní spojení vyjadřující souhlas plně informovaného pacienta/klienta. Ve své podstatě jde o institut sestávající se z „první fáze“ sdělení veškerých náležitostí, potřebných a nezbytných k provedení konkrétního zdravotního výkonu, erudovaným zdravotním pracovníkem pacientovi/klientovi, který v „druhé fázi“ zváží veškeré získané informace v souladu se svými hodnotami a životním přesvědčením a rozhodne o udělení souhlasu (pozitivního reverzu) či nesouhlasu (negativního reverzu). Jde o jakousi dohodu mezi pacientem/klientem a zdravotnickým personálem, která nesmí být nikterak porušena a

veškeré zdravotní výkony se provádí pouze pod záštitou svobodně poskytnutého informovaného souhlasu pacienta/klienta.

Dnes existují dva typy písemného informovaného souhlasu. První typ písemného souhlasu vychází ze zákona, že v některých léčebných, vyšetřovacích nebo jiných zdravotních situacích je vyžádání souhlasu stanoveno zákonem a všechna zdravotnická zařízení jej musí požadovat (souhlas s hospitalizací, poskytováním informací). Druhým typem souhlasu jsou případy, kdy zdravotnické zařízení samo rozhodne vzhledem k charakteristice konkrétního výkonu k jeho vyžadování a sepisování (souhlasy s různými vyšetřovacími metodami).

Informovaný souhlas nemusí být vždy jen ve formě písemné, v některých případech postačuje zcela forma ústního souhlasu či souhlasu projeveného mlčky (například kývnutím hlavy). S těmito souhlasy se nejčastěji setkávají právě sestry při ošetrovatelských činnostech. I ony by neměly opomíjet zeptat se pacienta/klienta, zda mohou předávání hlášení vyslechnou i jiní pacienti/klienti, zda mu mohou odebrat krev, pomoci s hygienou či převázat operační ránu nebo požádat pacienta/klienta o spolupráci a tím, že pacient/klient začne spolupracovat, tím byl souhlas projeven mlčky (11, 30, 59, 62).

Informovaný souhlas je právně zakotven ve Vyhlášce o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb., zejména její příloha 1 a v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, mezinárodní úmluva č. 96/2001 Sb. (10, 11, 29, 34).

1.3.4 Povinná mlčenlivost

Povolání všech zdravotníků je spojeno s mimořádnou odpovědností, a proto je od nich vyžadována nejen dobrá znalost oboru, ale také příslušných právní dokumentů a etických kodexů, ale hlavně jejich striktní dodržování. Problematikou mlčenlivosti zdravotnických pracovníků se ve své podstatě zabýval již starořecký lékař, filosof a matematik Hippokrates, který se svými učenci dal podklad pro sepsání souboru etických pravidel lékaře (Hippokratova přísaha), kde je uvedeno, že co lékař uvidí nebo uslyší při léčení nebo se dozví mimo léčení, o tom pomlčí a bude to považovat za tajemství,

jestliže to nemá být veřejně známo. Lékařskou povinnou mlčenlivost kromě Hippokratovy přísahy upravuje dále i Etický kodex České lékařské komory, ve kterém je stanoveno, že „lékař je v zájmu pacienta/klienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti se souhlasem pacienta/klienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem“ (Uherek 46, str. 23). V pozdějších dobách bylo toto lékařské tajemství používáno pro všechny zdravotnické pracovníky, tedy i pro sestry (46).

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je právní institut, jehož podstatou je povinnost fyzické osoby (zdravotnického zaměstnance) zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděla v souvislosti s výkonem svého povolání a současně nést právní důsledky v případě porušení této povinnosti. Povinnou mlčenlivostí zdravotnických pracovníků jsou kryty zejména údaje o zdravotním stavu pacienta/klienta, rodinné, finanční a sociální situaci, údaje vypovídající o jeho sexuálním životě, údaje o náboženském, filozofickém či politickém přesvědčení, či o členství v různých odborových organizacích, údaje o trestné činnosti a národnostním, rasovém či etnickém původu. Pro jejich ochranu díky povinné mlčenlivosti však nerozhoduje, zda jsou údaje, které pacient/klient sdělil založené na pravdě či nikoliv. Dodržování mlčenlivosti je předpoklad navázání vřelého vztahu a upevnění důvěry pacienta/klienta v lékařský a ošetrovatelský tým a to je jeden z mnoha faktorů významně ovlivňující výslednou kvalitu poskytované ošetrovatelské a lékařské péče. Souvislost povinné mlčenlivosti a předávání hlášení je především ve vhodně zvoleném místě, kde k předávání hlášení dochází, před kterými osobami můžeme či nemůžeme informace podávat. I při předání hlášení může dojít k porušení povinné mlčenlivosti, na to nesmíme, jako zdravotníci nikdy opomenout. Povinná mlčenlivost zdravotníků je upravena především zákony č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákonem č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů, ale také Občanským zákoníkem č. 40/1964 Sb. (10, 19, 23, 58).

1.3.5 Sankce a pochybení v ošetrovatelské praxi

Jakákoliv škoda při poskytování zdravotnické či ošetrovatelské péče je odbornou, ale především laickou veřejností vnímána a hodnocena velice negativně s požadavkem trestu či jiné sankce vůči tomu, kdo škodu způsobil. Pro prevenci pochybení je právním předpisem stanoveno, že každý jedinec je povinen počínat si tak, aby jeho konáním a jednáním nedocházelo k újmě na zdraví, majetku či přírodě. Porušení povinné mlčenlivosti či způsobení jakékoliv újmy pacientovi/klientovi zdravotnickým pracovníkem může mít pracovněprávní, ale i trestněprávní dopady. Toto je upraveno v trestním zákoníku, § 178, neoprávněné nakládání s osobními údaji, kde se uvádí, že kdo, byť i jen z nedbalosti sdělí nebo zpřístupní údaje získané během výkonu svého povolání, porušuje tím právní předpis a bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti či peněžitým trestem. Platná právní úprava chrání zájmy pacientů/klientů. Sestra je dle právních norem brána jako poskytovatelka ošetrovatelských služeb, které bude poskytovat tak bezpečně, kompetentně aby svým jednáním zajistila prevenci poškození pacienta/klienta po fyzické, psychické či materiální stránce. Výkon ošetrovatelské profese a výkony s ní spojeny jsou stejně důležité jako výkony profese lékařské, proto jsou na ni uplatňovány stejné požadavky. Sestra musí pracovat dle lege artis či platných standardů, tím předchází poškození pacienta/klienta. Dále je povinna vést správně a pravdivě dokumentaci (4, 50, 51, 54, 55).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, co sestry považují za hlavní přínos předávání hlášení u lůžka pacienta.

Cíl 2: Zjistit, co sestry považují za největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacienta.

Cíl 3: Zjistit postoj pacientů k předávání hlášení sestrami u jejich lůžka.

2.2 Hypotézy výzkumu

H1: Sestry, bez vizuálního doplnění hlášení, nepovažují ústní předání za kvalitní.

H2: Z pohledu rizika poškození pacienta je kvalita předávání hlášení sestrami na JIP, RES lepší než na standardním oddělení.

H3: Sestry považují za největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacientů časovou náročnost.

H4: Pacienti mají kladný postoj k předávání hlášení sestrami u lůžka

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativně – kvantitativní šetření.

K naplnění cílů kvalitativního šetření byla použita jako prvotní metoda kvaziexperiment, který byl prováděn u 5 pacientů/klientů a 5 sester na intermediální oddělení a u 5 pacientů/klientů a 5 sester na resuscitační stanici Kardiochirurgického oddělení v Nemocnici Č. Budějovice a.s.. Kvaziexperiment se uskutečnil v květnu, červnu a červenci 2011. Sběr dat z kvaziexperimentu probíhal přímým pozorováním a zaznamenáváním veškerých poznatků do záznamového archu (Příloha 5). Následně proběhla analýza názorů pacientů/klientů a sester na otevřené otázky v polostrukturovaném rozhovoru (Příloha 4). Pacienti/klienti odpovídali na 6 otevřených otázek, sestry odpovídaly na 8 otevřených otázek. Pro nemožnost nahrávání rozhovorů, byly veškeré odpovědi respondentů písemně zapisovány. Získané údaje byly zpracovány analýzou do tabulek a schémat. Údaje jsou zpracovány v programu Microsoft Office Word a Excel 2007.

K naplnění cílů kvantitativního šetření byla použita kvantitativní výzkumná strategie. Dotazník (Příloha 6) byl distribuován anonymně sestřám pracující na standardních, intermediálních, intenzivních a resuscitačních lůžkách Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Příbram a.s.. Sběr dat probíhal v průběhu měsíců ledna, února a března 2012. Analýza získaných kvantitativních dat probíhala tříděním 1. a 2. stupně a následně zpracováním do grafů a tabulek tabulkovým procesorem Microsoft Office Excel 2007.

Dotazník obsahoval celkem 24 otázek, z nichž bylo 12 otázek uzavřených, 10 polootevřených a 2 otázky doplňující. Prvních 8 otázek a 20 otázka se týkaly stručné charakteristiky vzorku, zbylých 15 otázek se vztahovalo k vytyčeným hypotézám.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro kvalitativní část empirické práce bylo osloveno celkem 20 respondentů kardiochirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Z toho bylo 10 sester, 5 sester pracovalo na resuscitační stanici a 5 sester na intermediální části tohoto oddělení. Zbýlých 10 respondentů byli pacienti/klienti, 5 pacientů/klientů z resuscitační stanice a 5 pacientů/klientů z intermediální části kardiochirurgického oddělení.

Pro kvantitativní část empirické práce bylo osloveno formou dotazníků celkem 400 sester pracujících v Nemocnici Příbram a.s. a v Nemocnici České Budějovice a.s. na standardních, intermediálních, intenzivních a resuscitačních lůžkách.

V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo rozdáno celkem 250 dotazníků. Jejich návratnost byla 79% (198 dotazníků) z původního počtu. 21% (52 dotazníků) jich bylo z grafického šetření vyloučeno pro nekompletnost vyplnění či nenávratnost.

V Nemocnici Příbram a.s. bylo rozdáno celkem 150 dotazníků. Jejich návratnost byla 70% (105 dotazníků) z původního počtu. 30% (45 dotazníků) jich bylo z grafického šetření vyloučeno pro jejich nekompletnost vyplnění či nenávratnost.

Celkem pro grafické znázornění bylo použito 303 dotazníků (100%).

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Tabulka 1 Sestry resuscitační a intermediální stanice kardiochirurgického oddělení

	Respondenti/sestry RES					Respondenti/sestry IMP				
	1.	2.	3.	4.	5.	11.	12.	13.	14.	15.
pohlaví	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena
věk	26	31	27	23	38	50	31	26	23	42
vzdělání	Mgr	Bc, ARIP	DiS	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	Mgr	SZŠ	SZŠ
praxe u lůžka (rok)	3	10	5	3	19 (10 let RES)	31 (11 let IMP)	11	2	4	13 (10 let IMP)

Respondent 1 – 5 byly sestry pracující na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení. Respondent 11 – 15 byly sestry intermediální stanice kardiochirurgického oddělení.

Respondentka 1 byla žena ve věku 26 let, s dokončeným magisterským studiem a s praxí u lůžka 3 roky.

Respondentka 2, žena 31 let, s pomaturitním specializačním studiem ARIP a bakalářským studiem v oboru ošetrovatelství. Praxe u lůžka 10 let.

Respondentka 3, žena 27 let, Diplomovaná specialistka v oboru ošetrovatelství, praxe u lůžka 5 let.

Respondentka 4, žena 23 let, absolvovala Střední zdravotnickou školu, na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení pracuje třetím rokem.

Respondentka 5, žena 38 let, se středoškolským zdravotnickým vzděláním a praxí u lůžka 19 let. Z toho 10 let na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení a 9 let na oddělení následné péče.

Respondentka 11 je 50letá, středoškolsky vzdělaná, žena s praxí u lůžka 31 let, z toho 11 let na kardiochirurgickém oddělení intermediální péče, 15 let na oddělení následné péče, 5 let na chirurgickém oddělení.

Respondentka 12, žena 31 let, s vystudovanou střední zdravotnickou školou a s praxí u lůžka 11 let na intermediální stanici kardiochirurgického oddělení.

Respondentka 13, žena 26 let, s dokončeným magisterským studiem a s praxí u lůžka 2 roky.

Respondentka 14, středoškolsky vzdělaná žena, 23 let, praxe u lůžka 4 roky.

Respondentka 15, 42letá žena s vystudovanou střední zdravotnickou školou, s praxí u lůžka 13 let, z toho 10 let intermediální péče kardiochirurgického oddělení a 3 roky chirurgické oddělení.

Tabulka 2 Pacienti resuscitační a intermediální stanice kardiochirurgického oddělení

	Respondenti/pacienti RES					Respondenti/pacienti IMP				
	6.	7.	8.	9.	10.	16.	17.	18.	19.	20.
pohlaví	muž	muž	žena	muž	žena	muž	muž	žena	muž	žena
věk	62	70	53	58	74	58	76	57	64	66
operace	3x ACB	MVP 2xACB c-maze	MVP AVR 2xACB maze	4x ACB	AVR	2x ACB	AVR	MVR	MVR, 2xACB	MVP, maze
pooperační den	1.	1.	1.	1.	1.	4.	4.	4.	4.	4.

Respondent 6 – 10 jsou pacienti/klienti resuscitační stanice a 16 -20 jsou pacienti/klienti intermediální stanice kardiochirurgického oddělení.

Respondent 6 je muž, ve věku 62 let, po kardiochirurgické operaci trojnásobný by-pass, hospitalizovaný 1. pooperační den na resuscitační stanici kardiochirurgie.

Respondent 7 je 70letý muž, 1 pooperační den po prodělané plastice mitrální chlopně, dvojnásobném by-passu a cryomazu, hospitalizovaný na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení.

Respondentka 8, žena 53 let, 1 pooperační den po plastice mitrální chlopně a náhradě aortální chlopně, dvojnásobném by-passu a mazu, hospitalizovaná též na resuscitační stanici kardiologického oddělení.

Respondent 9, 58letý muž, hospitalizovaný 1. pooperační den po čtyřnásobném by-passu na resuscitační stanici kardiologického oddělení.

Respondentka 10 je žena ve věku 74 let, 1. pooperační den po náhradě aortální chlopně hospitalizovaná na resuscitační stanici kardiologického oddělení.

Respondent 16 je 58letý pacient intermediální stanice kardiologického oddělení, 4. pooperační den po dvojnásobném by-passu.

Respondent 17 je muž, 76 let, též 4. pooperační den po náhradě aortální chlopně, hospitalizovaný na intermediální stanici kardiologického oddělení.

Respondentka 18, 57letá žena, pacientka intermediální stanice kardiologického oddělení, 4. pooperační den po mechanické náhradě mitrální chlopně.

Respondent 19, muž ve věku 64 let, 4. pooperační den po provedené náhradě mitrální chlopně a dvojnásobném by-passu, hospitalizovaný na intermediální stanici kardiologického oddělení.

Respondentka 20 je 66letá žena, 4. pooperační den po plastice mitrální chlopně a mazu, hospitalizovaná na intermediální stanici kardiologického oddělení.

Tabulka 3 Předávání hlášení – pozorování sester

		RES sestry	IMP sestry
typ předání	denní	5x	5x
	noční	5x	5x
doba předání	do 5 min.	3x	5x
	do 10 min.	4x	3x
	do 15.min.	3x	2x
počet předávaných P/K (P/K – pacient/klient)	1 P/K	10x	10x
	2 P/K		
	3 P/K		
představení se sestry	ano	8x	8x
	ne	2x	2x
představení P/K	ano	9x	8x
	ne	1x	2x
použité pomůcky (RZ- resový záznam, OD – oš. dokumentace, IZ – impový záznam)	RZ	10x	
	OD	8x	5x
	IZ		10x
komunikace	odborná	6x	10x
	přizpůsobena	6x	5x
hlasitost řeči	tichá	2x	2x
	normální	8x	8x
	hlasitá		
osvětlení	přirozené	10x	10x
	umělé		
vizuální kontrola předání	ano	8x	8x
	ne	2x	2x
provedené výkony při předávání	ano		
	ne	10x	10x
aktivní zapojení P/K sestrou	ano	6x	4x
	ne	4x	6x
aktivní zapojení se P/K	ano	8x	4x
	ne	2x	6x
P/K informován o jiném typu předání	ano	10x	10x
	ne		
zaujetí P/K	ano	8x	8x
	ne	2x	2x
zapojení přebírající sestry	ano	10x	10x
	ne		
místo předání hlášení	inspekce		5x
	u lůžka	10x	10x

Kvaziexperimentu se celkem zúčastnilo 5 sester z resuscitační stanice kardiochirurgického oddělení a 5 sester z intermediální péče kardiochirurgického oddělení.

Sestry z RES stanice byly pozorovány během předávání hlášení denní a noční směně. Ve všech případech byl pacient/klient o tomto kvaziexperimentu, probíhajícím u jeho lůžka, informován. Sestra předávala nastupující sestře vždy jednoho pacienta/klienta a nejčastější doba předání byla do deseti minut. Z deseti předání se sestry 8x představily a 9x představily pacienta/klienta nastupující sestře. Při osmi předání sestry použily „resový“ záznam společně s ošetrovatelskou dokumentací, u dvou předání byl použit pouze „resový“ záznam. Komunikace ve 4 případech předání byla pouze odborná, ve 4 případech byla plně přizpůsobena pacientovi/klientovi a ve dvou případech byla odborná komunikace doplněna komunikací přizpůsobenou pacientovi/klientovi. 8x sestry použily při předání hlášení normální hlasitost řeči, u dvou předání byla řeč spíše tišší. Osvětlení bylo vzhledem k letnímu období přirozené denní světlo. Při osmi předání si sestry vizuálně zkontrolovaly pacienta/klienta, 6x aktivně do předávání hlášení pacienta/klienta zapojily a 8x se zapojil pacient/klient sám. Předávání hlášení ve všech případech probíhalo spíše jako dialog dvou sester.

Sestry z IMP stanice byly též pozorovány během předávání hlášení denní a noční směně. Ve všech případech byl pacient/klient o tomto kvaziexperimentu, probíhajícím u jeho lůžka, informován. Sestra předávala nastupující sestře vždy jednoho pacienta/klienta a nejčastější doba předání byla do pěti minut. V osmi případech se sestra představila pacientovi/klientovi a pacienta/klienta představila nastupující sestře. Při pěti předání sestry použily „impový“ záznam společně s ošetrovatelskou dokumentací, zbylých pět předání probíhalo za pomoci pouze „impového“ záznamu. 5x sestry při předání použily pouze odbornou komunikaci a 5x odbornou komunikaci přizpůsobily pacientovi/klientovi. Při předávání hlášení bylo vždy přirozené světlo. Řeč ve dvou případech předání byla tichá. Při osmi předání hlášení si sestry vizuálně zkontrolovaly pacienta/klienta, 4x ho zapojily do předávání hlášení a 4x se pacient/klient zapojil sám. Ve všech případech předávání hlášení probíhalo u lůžka

pacienta/klienta, z toho 5 předávání bylo doplněno o některé informace na inspekčním pokoji sester. I na této stanici bylo předávání hlášení vedeno formou dialogu.

Tabulka 4 Předávání hlášení – pozorování pacientů

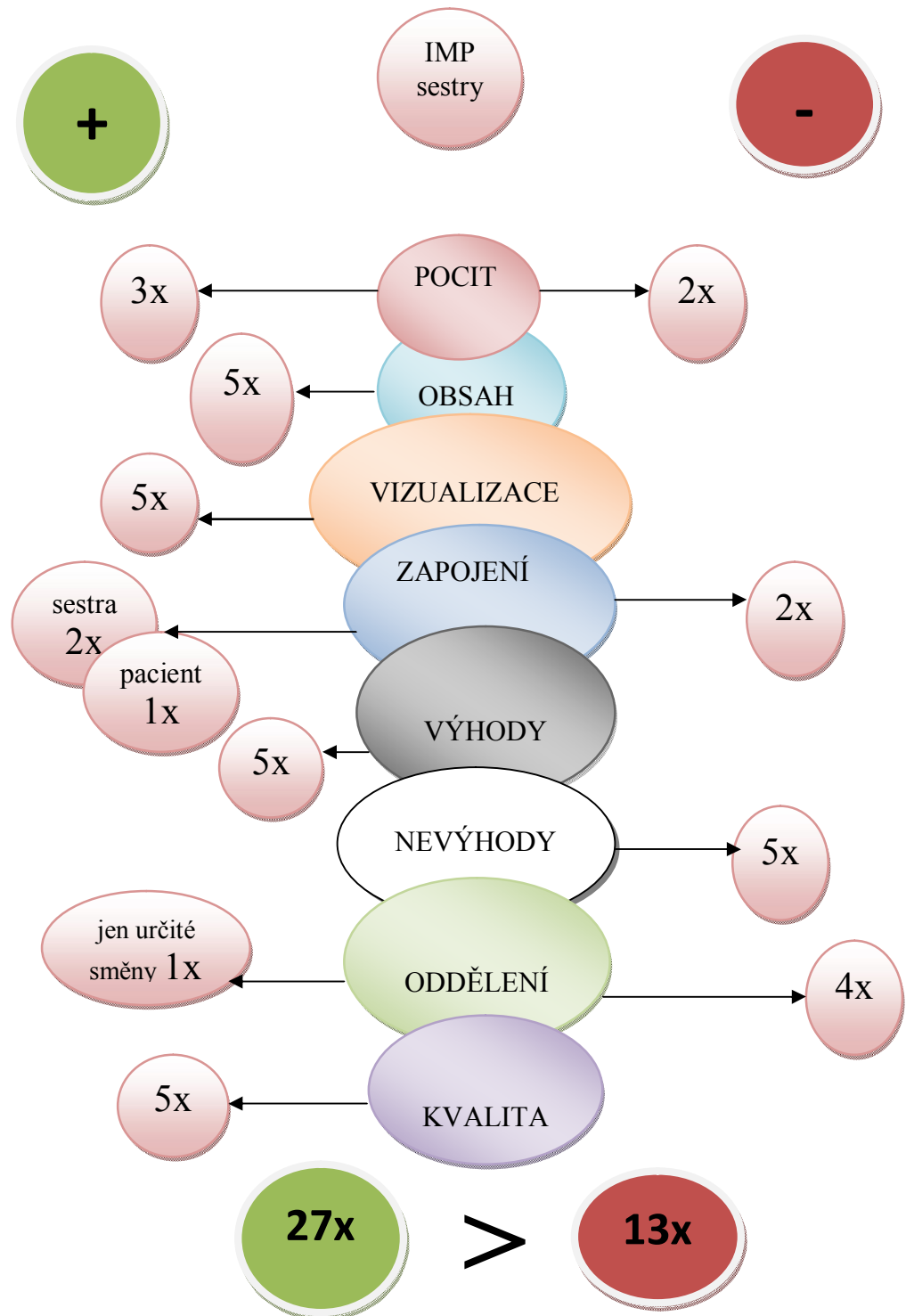
		RES P/K	IMP P/K
typ předání	denní	5x	5x
	noční	5x	5x
čas předání	do 5 min.	3x	5x
	do 10 min.	4x	3x
	do 15 min.	3x	2x
zapojení se P/K	ano	8x	4x
	ne	2x	6x
zaujmutí P/K	ano	8x	8x
	ne	2x	2x
osvětlení	přirozené	10x	10x
	umělé		
nervozita P/K	ano	2x	2x
	ne	8x	8x
pasivita P/K	ano	2x	6x
	ne	8x	4x

Během probíhajícího kvaziexperimentu byly též pozorováni pacienti/klienti z resuscitační (5 pacientů/klientů) a intermediální (5 pacientů/klientů) péče kardiologického oddělení.

Při předávání u lůžka pacienta/klienta na resuscitační stanici se pacient/klient do osmi předávání hlášení zapojil sám, takto vedené předávání mu přišlo v osmi případech velice zajímavé a nepocíťoval u něj nervozitu.

Při předávání hlášení na intermediální stanici se 4x pacient/klient zapojil do předávání hlášení sám a nebyl tím pasivním účastníkem tohoto kvaziexperimentu. U dvou předávání hlášení pacient/klient pocíťoval mírnou nervozitu, ale jinak ho forma předávání hlášení zaujala.

Schéma 1 Hodnocení předávání hlášení u lůžka pacientů sestrami z IMP oddělení



Pocit – k předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta se 3 sestry z intermediální stanice vyjádřily pozitivně. Cítily se dobře, nepocitovaly velkou nervozitu, i když se některé cítily jako při maturitní zkoušce, viděly toto předávání hlášení jako příjemnou změnu, na kterou by si lehce a rychle zvykly. 2 sestry uvedly spíše negativní pocity, spojené s velkým počtem posluchačů, nervozitou a změnou prostředí na předávání hlášení.

Obsah - i přes počáteční nervozitu všechny sestry shodně uvedly, že při předávání u lůžka pacienta/klienta předaly následující směně veškeré potřebné informace.

Vizualizace – všech 5 sester z intermediální stanice shodně uvedlo, že jim pomohlo při předávání hlášení vidět pacienta/klienta před sebou. Uvedly, že si během takto vedeného předávání hlášení ještě zkontrolují stav pacienta/klienta, ucelí si veškeré informace, pacient/klient byl pro ně „pomůckou“ při předávání hlášení. Byla to kompletní forma předávání hlášení, s potřebnou dokumentací a pacientem/klientem.

Zapojení – 2 sestry pacienta/klienta do předávání hlášení nezapojily, uvedly, že na tuto formu nebyly zvyklé a proto nevěděly jak. 1 krát se do předávání hlášení zapojil pacient/klient sám a 2 sestry zapojily pacienta/klienta samy, tím že se představily, oznámily, co budou momentálně dělat, či zopakovaly doporučení na příští ošetřující den.

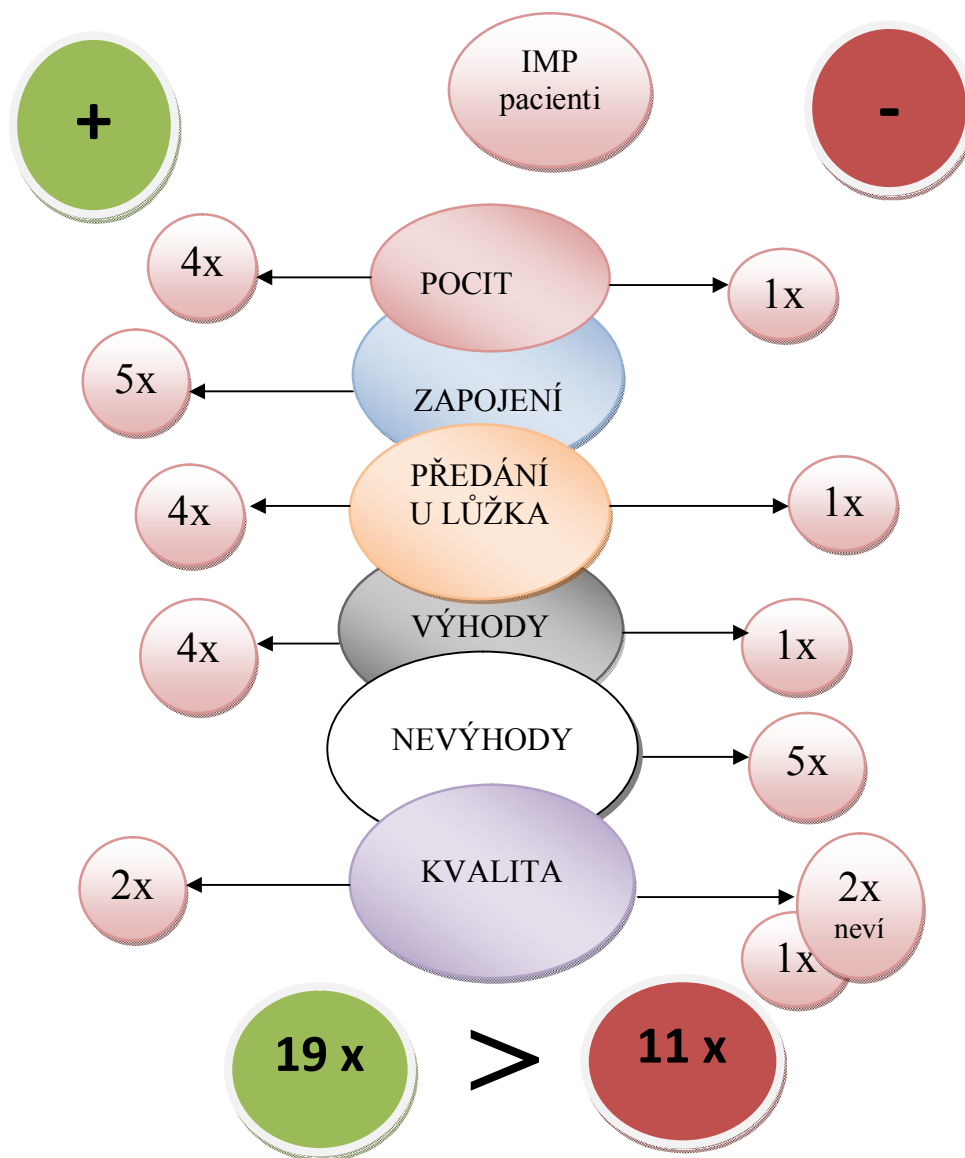
Výhody – všechny dotazované sestry viděly v předávání hlášení určité výhody. Za jednu z největších uvedly mít pacienta/klienta před sebou, dále, že si mohou při předávání ještě zkontrolovat jeho stav, přivítat se či se s ním rozloučit a ucelit si předávané informace.

Nevýhody – za nevýhody sestry považují více pacientů/klientů na pokoji, ztrátu soukromí, nedostatek ošetřujícího personálu, časovou náročnost předávání hlášení a narušení časového harmonogramu sesterské práce a hospitalizovaného pacienta/klienta.

Oddělení – 4 sestry se shodly na tom, že tato forma předávání není možná na standardním typu oddělení hlavně z důvodu nedostatečného personálního obsazení, jelikož by se tím narušil celkový harmonogram zaměstnanců i pacientů/klientů. Jedna sestra uvedla, že předávání hlášení by bylo možné pouze v odpoledních či večerních hodinách, ale ranní předávání hlášení touto formou si představit nedokáže.

Kvalita – všech 5 dotazovaných sester si myslí, že by se předáváním hlášení u lůžka pacientů/klientů zvýšila kvalita ošetrovatelské péče. Hlavně z hlediska návaznosti sesterské práce, zlepšení komunikace s pacienty/klienty a ošetřujícím týmem. Pacient/klient by se díky této formě předávání hlášení ještě více zapojil do ošetrovatelského týmu.

Schéma 2 Hodnocení předávání hlášení u lůžka pacienta samotnými pacienty z IMP oddělení



Pocit – 4 pacienti/klienti se shodli na tom, že předávání hlášení u jejich lůžka znají již z resuscitační stanice, v ničem jim tato forma předávání nevadila, spíše byli rádi, že se dozvěděli nějaké informace týkající se jejich zdravotního stavu. Pouze jeden pacient/klient uvedl, že mu tato forma předávání hlášení nebyla příjemná, že mu vadilo, že předávané informace slyšeli i ostatní pacienti/klienti.

Zapojení – všech 5 dotázaných pacientů/klientů bylo do předávání hlášení sestrami aktivně zapojeno. Sestry se pacientů/klientů ptaly na spokojenost, zda jim něco nechybí, zda pociťují bolest či jiné nevole, jestli chtějí něco k předávání hlášení dodat. Pouze jedna pacientka/klientka, i když byla sestrami při předávání hlášení vyzvána, nechtěla nic dodávat, jen si hlášení v tichosti vyslechla.

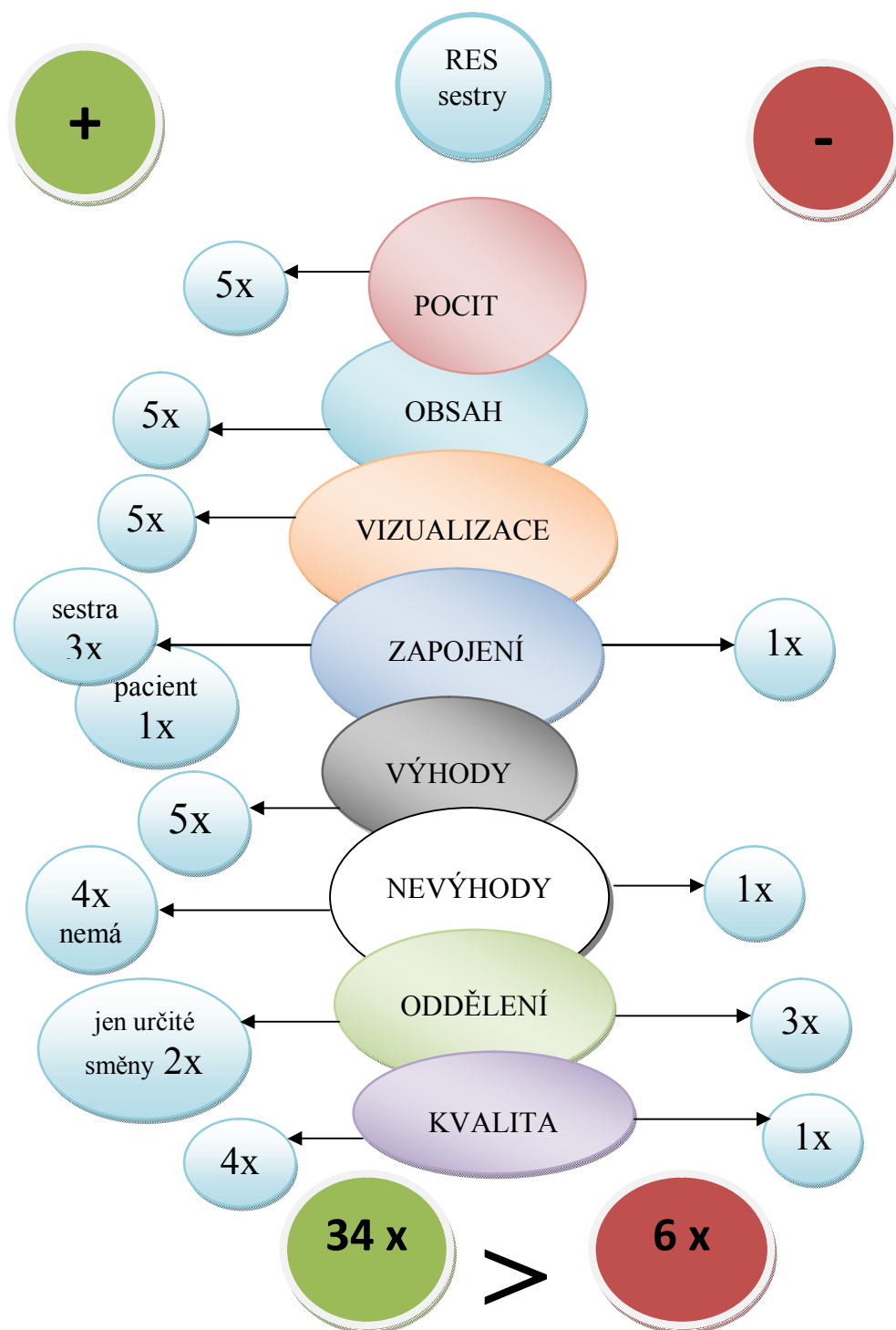
Předání u lůžka – 4 pacienti/klienti by tuto formu předávání rádi uvítali, vidí v něm zdroj některých informací a navázání lepšího kontaktu s ošetřujícím týmem. Pouze jeden pacient/klient byl striktně proti takto aplikovanému předávání hlášení, ale přesné důvody neuvedl.

Výhody – za výhody předávání hlášení u lůžka pacientů/klientů považují samotní pacienti/klienti to, že se na začátku a na konci směny seznámí či naopak rozloučí se svojí ošetřující sestřičkou, vyslechnou si informace týkající se jejich zdravotních stavů, zopakují si případná omezení či doporučení. Pouze jeden pacient/klient v této formě předávání hlášení nenalezl pro něj žádné výhody.

Nevýhody – i přes uvedené výhody a většinovou spokojenost pacientů/klientů, byly uvedeny všemi pacienty/klienty tyto nevýhody: brzké ranní buzení, narušení denního harmonogramu pacienta/klienta, zdlouhavost a náročnost pro ošetřující personál a porušení soukromí tím, že předávání hlášení vyslechnou ostatní pacienti/klienti.

Kvalita – dva pacienti/klienti si myslí, že by tato forma předávání hlášení kvalitu ošetrovatelské péče pozvedla ve směru kontinuity, komunikace a lepšího přístupu ze strany ošetrovatelského týmu, dva pacienti/klienti se k tomu jako laici nedokázali vyjádřit a jeden si myslí, že tímto by docházelo k narušení soukromí, tudíž by se kvalita ošetrovatelské péče nezvedla.

Schéma 3 Hodnocení předávání hlášení u lůžka pacientů sestrami z RES stanice



Pocit – žádná z pěti dotazovaných sester pracujících na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení s touto formou předávání hlášení nemá problém, neboť se zde předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta aplikuje od zahájení činnosti oddělení. Sestry nepocit'ovaly žádnou nervozitu, je to pro ně běžná situace a nedovedou si už ani jinou formu předání směny představit.

Obsah – všechny sestry shodně uvedly, že předaly veškeré potřebné informace.

Vizualizace – v oblasti vizualizace též sestry kladně hodnotily přítomnost pacienta/klienta při předávání hlášení. Při této formě předávání hlášení dochází rovnou ke kontrole pacienta/klienta, k vysvětlení nejasností z ústní formy předání. Tím se hlášení stává uceleným a přehledným zdrojem informací.

Zapojení – zapojení pacienta/klienta do předávání hlášení tři sestry uvedly jako jednu z hlavních výhod. Při předávání hlášení se tak pacient/klient seznámí a rozloučí s ošetřující sestrou, mohou se zopakovat a připomenout různá omezení, doporučení či může být pacient/klient pochválen. Dále získá od sester informace týkající se jeho zdravotního stavu, získá shrnutí aktuálního dne a orientační plán na příští den. Často bývá pacient/klient do hlášení zapojen v rámci edukace, kde dojde k zopakování a ujištění se, zda pacient/klient informacím rozuměl.

Výhody – i v otázce na výhody vyplývající z předávání hlášení u lůžka pacientů/klientů sestry shodně označily celistvost předávání díky přítomnosti pacienta/klienta i dokumentace. Ujasnění si nejasností či nesrovnalostí při předávání hlášení, kontrola pacienta/klienta hned při příchodu do směny a navázání kontaktu s ním.

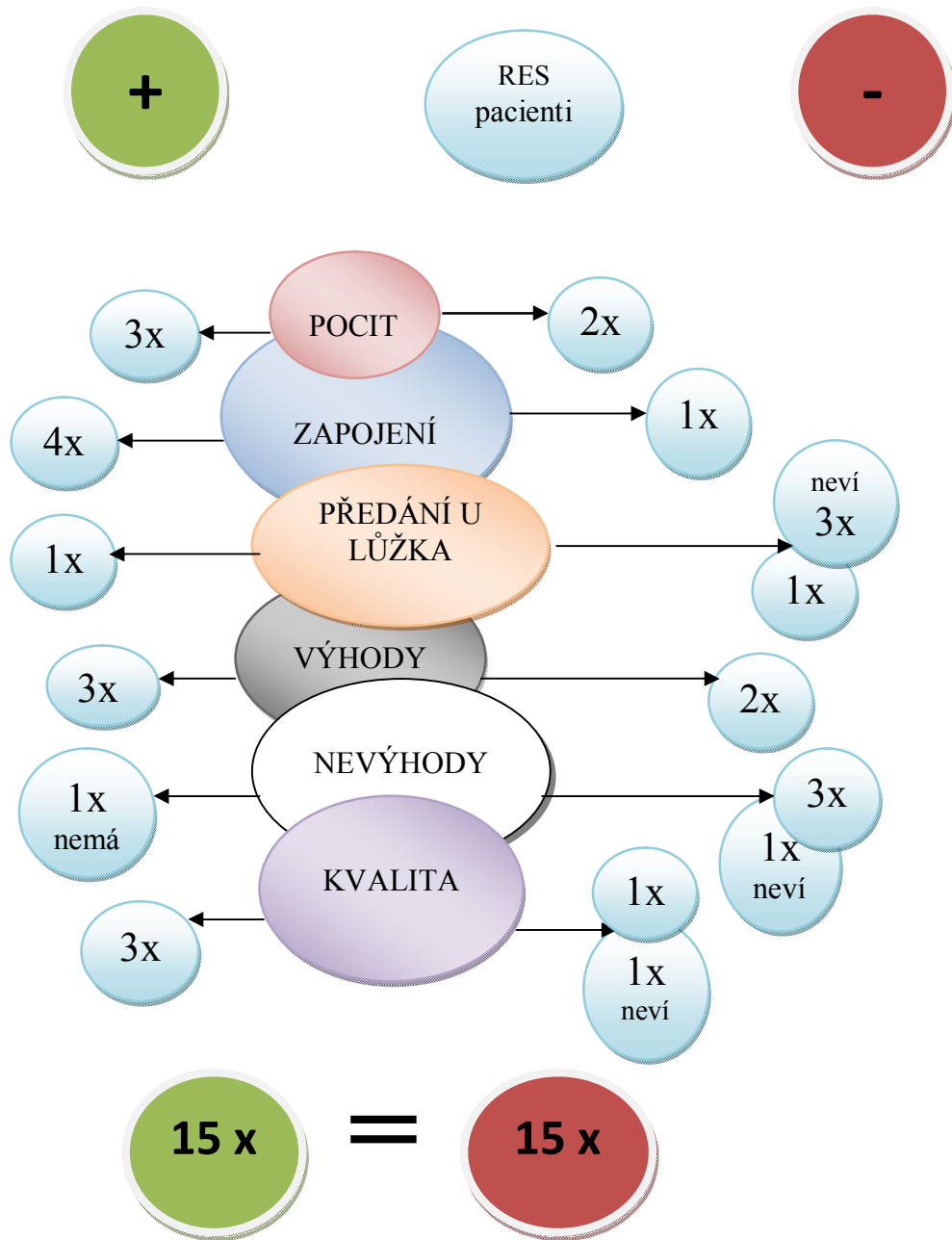
Nevýhody – 4 sestry shodně odpověděly, že žádné nevýhody této formy předávání hlášení neshledaly, pouze jedna označila za nevýhodu personální a časovou nedostatečnost, která se ve větší míře týká spíše standardních oddělení než intenzivních lůžek.

Oddělení – z pohledu sester aplikujících předávání hlášení u lůžka pacientů/klientů si 3 z nich nedovedou toto předávání hlášení představit na standardních lůžkách, kde je nedostatek personálního obsazení, tím by docházelo k velkému narušení časového harmonogramu pacientů/klientů ale i ošetřujícího týmu. 2 sestry uvedly, že tato forma

předávání hlášení by dle jejich názoru mohla probíhat při předávání hlášení odpolední či noční směně.

Kvalita – jedna sestra uvedla, že předáváním hlášením u lůžka pacientů/klientu by se kvalita ošetrovatelské péče zvýšit nemohla, neboť podle jejího názoru je kvalita již hodně vysoká. 4 sestry vidí zvýšení kvality v lepší kontinuitě a návaznosti ošetrovatelské péče, navázání kontaktu a komunikace s pacientem/klientem, ale také v kontrole předcházející směny.

Schéma 4 Schéma 2 Hodnocení předávání hlášení u lůžka pacienta samotnými pacienty z RES stanice



Pocit – 3 z 5 pacientů/klientů hospitalizovaných na resuscitační stanici byli tímto způsobem předávání hlášení mile překvapeni, vyslechli si předávané informace, měli doplňující otázky, které jim byly ihned zodpovězeny. Tito pacienti/klienti byli s touto formou předávání hlášení velice spokojeni. Zbylí dva pacienti/klienti předávání hlášení moc nevnímali, přišlo jim nevhodné předávání hlášení poslouchat a tak ho spíše nevnímali.

Zapojení – i přes to, že ošetřující sestry do předávání hlášení pacienty/klienty zapojily, pouze tři z nich se do předávání hlášení zapojili. Ostatní dva neměli potřebu se vyjadřovat.

Předání u lůžka – by si přál pouze jeden pacient/klient, byl by rád, kdyby se tato forma předávání hlášení aplikovala i na jiných odděleních, neboť by takto mohl získávat potřebné informace. Tři pacienti/klienti nedovedli zhodnotit, zda by bylo možné takto předávání hlášení aplikovat na všech odděleních vzhledem k personálnímu obsazení, časovému harmonogramu, složení hospitalizovaných pacientů/klientů. Jedna pacientka/klientka je s předáváním na inspekci spokojena, nepotřebuje, aby předávání hlášení probíhalo u jejího lůžka.

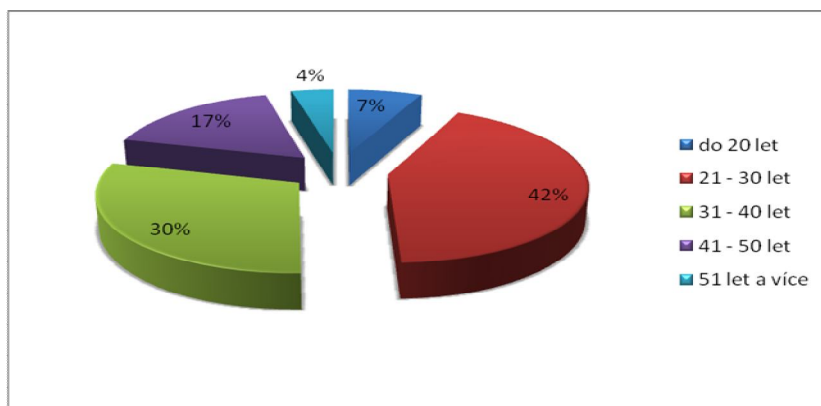
Výhody – dva pacienti/klienti shledali v této formě předávání hlášení výhody pouze pro personál. Ostatní tři pacienti/klienti za výhody uvedli seznámení se s ošetřujícím personálem či následné rozloučení se. Další výhodou vidí v získání některých informací týkající se jejich zdravotního stavu a v navázání vzájemné komunikace.

Nevýhody – pouze jeden pacient/klient uvedl, že nevýhodou takto předávaného hlášení je přítomnost ostatních pacient/klientů, kteří mohou hlášení vyslechnout, čímž se narušuje soukromí jednotlivých pacientů/klientů. Další z dotázaných pacientů/klientů neshledal žádné nevýhody a zbylí tři dotázaní nedovedli nevýhody přesně definovat, neboť zdravotnictví nerozumí.

Kvalita – tři z pěti respondentů uvedli, že předáváním hlášením u lůžka by se kvalita poskytované ošetrovatelské péče zvedla tím, že dojde k vzájemnému seznámení se a tím k vytvoření důvěry. Jeden z respondentů nemohl posoudit, zda touto formou předávání hlášení dojde ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Poslední pacient/klient uvedl, že kvalita ošetrovatelské péče je už nyní na velmi vysoké úrovni.

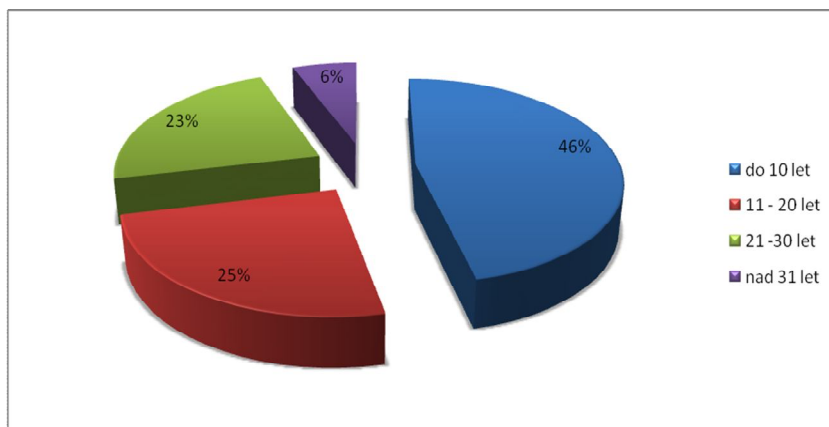
4.2 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 Věk sester



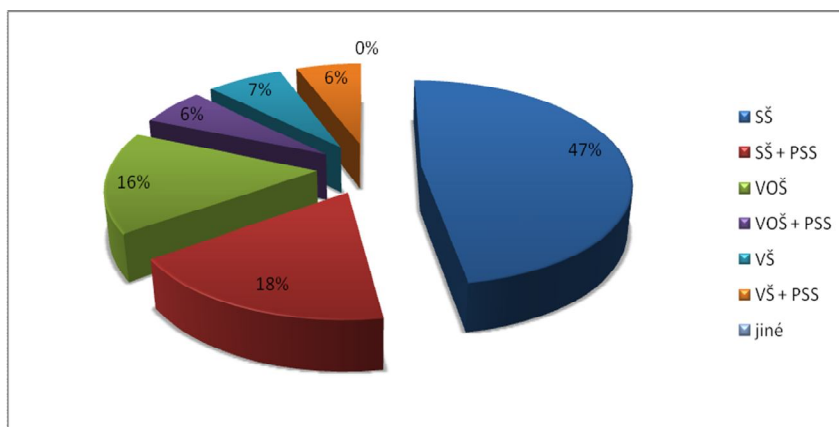
Graf 1 znázorňuje věk dotazovaných sester. Z celkového počtu 303 (100%) dotázaných respondentů tvoří první věkovou kategorií do 20ti let 21 (7%) respondentů. Druhou věkovou kategorií 21 – 30 let tvoří 129 (42%) respondentů. Třetí věkovou kategorií 31 – 40 let označilo 90 (30%) respondentů. Čtvrtou věkovou kategorií 41 – 50 let tvoří 51 (17%) respondentů a v páté věkové kategorii se nachází 12 (4%) dotázaných respondentů.

Graf 2 Délka praxe



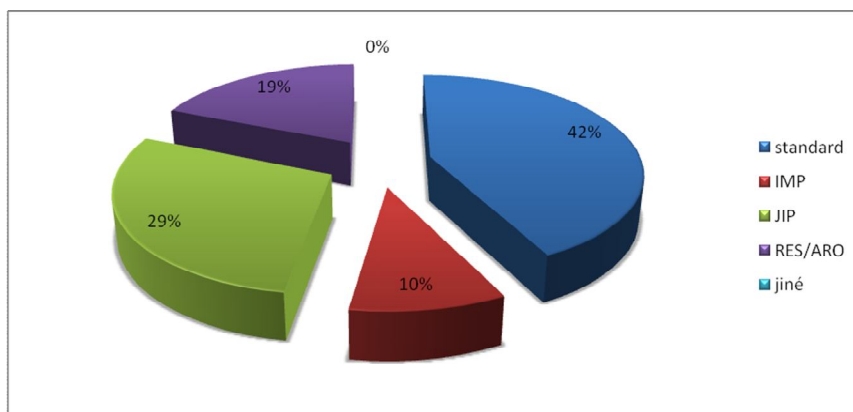
141 (46%) sester má délku praxe do 10 let, 75 (25%) má praxi 11 – 20 let, 21 – 30 let praxe má 69 (23%) respondentů a 18 (6%) nad 31 let.

Graf 3 Vzdelání sester



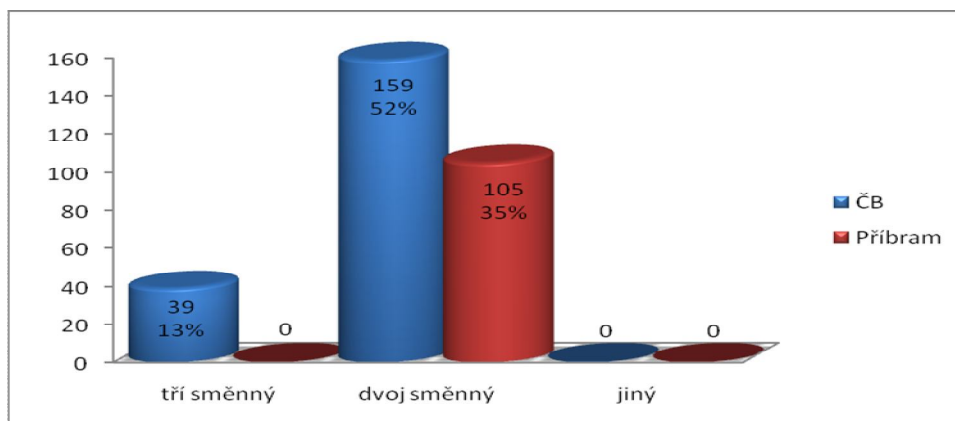
Dokončené středoškolské vzdělání má 144 (46%) dotázaných, 54 (18%) respondentů toto vzdělání doplnilo o pomaturitní specializační studium, 48 (16%) respondentů má dokončené vyšší odborné vzdělání, 18 (6%) ho doplnilo o pomaturitní specializační studium. Vysokou školu vystudovalo 21 (7%) respondentů, 18 (36%) respondentů ho doplnilo o pomaturitní specializační studium. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Graf 4 Oddělení



Graf 4 znázorňuje, že z celkového počtu 303 (100%) dotazovaných sester jich 129 (42%) pracuje na standardním typu oddělení, 30 (10%) sester na oddělení intermediální péče, 87 (29%) sester na jednotce intenzivní péče, 57 (19%) sester na resuscitačních stanicích. Možnost jiné nebyla v této otázce označena.

Graf 5 Směnný provoz



V českobudějovické nemocnici pracuje 159 (52%) sester v dvojsměnném provozu a 39 (13%) v třisměnném provozu. V příbramské nemocnici pracuje 105 (35%) sester ve dvojsměnném provozu.

Tabulka 5 Směnný provoz sester

Nemocnice	Směnný provoz	standard	z 90 sester	68 sester	
		ČB	IMP	z 30 sester	10 sester
ČB	dvojsměnný provoz	JIP	ze 42 sester	35 sester	
		ARO/RES	z 36 sester	36 sester	
		trojsměnný provoz	standard	z 90 sester	22 sester
			IMP	z 30 sester	10 sester
JIP	ze 42 sester		7 sester		
ARO/RES	z 36 sester				
Příbram	dvojsměnný provoz	standard	z 39 sester	39 sester	
		IMP			
		JIP	ze 45 sester	45 sester	
		ARO/RES	z 21 sester	21 sester	
	trojsměnný provoz	standard	z 39 sester		
		IMP			
		JIP	ze 45 sester		
		ARO/RES	z 21 sester		

Tabulka 5 shrnuje počet sester pracujících v trojsměnném a dvojsměnném provozu na konkrétních odděleních (standard, IMP, JIP, ARO/RES) českobudějovické a příbramské nemocnice. V Nemocnici České Budějovice a.s. ve dvojsměnném provozu

na standardním oddělení pracuje 68 sester, na oddělení inintermediální péče 10 sester, na JIP 35 sester a na anesteziologickoresuscitační stanici 36 sester. Ve třisměnném provozu českobudějovické nemocnice pracuje 22 sester na standardním oddělení, 10 sester na IMP a 7 sester na JIP. V Nemocnici Příbram a.s. pracují sestry pouze v třisměnném provozu. 39 sester pracuje na standardním typu oddělení, 45 sester pracuje na jednotce intenzivní péče a 21 sester pracuje na oddělení ARO/RES.

Tabulka 6 Počet lůžek na konkrétních odděleních

	ČB					
	standard (z 90 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 42 sester)	ARO/RES (z 36 sester)	jiné	celkem (z 198 sester)
do 5ti lůžek			10	10		20
6 - 10 lůžek			32			32
11 - 15 lůžek				26		26
16 - 20 lůžek	15	12				27
21 - 25 lůžek	30	18				48
26 - 30 lůžek	30					30
nad 30 lůžek	15					15
	Příbram					
	standard (z 39 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 45 sester)	ARO/RES (z 21 sester)	jiné	celkem (z 105 sester)
do 5ti lůžek						
6 - 10 lůžek			30	8		38
11 - 15 lůžek			8	13		21
16 - 20 lůžek			7			7
21 - 25 lůžek						
26 - 30 lůžek	30					30
nad 30 lůžek	9					9
	Celkem ČB + Příbram					
	standard (z 129 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 87 sester)	ARO/RES (z 57 sester)	jiné	celkem (z 303 sester)
do 5ti lůžek			10	10		20
6 - 10 lůžek			62	8		70
11 - 15 lůžek			8	39		47
16 - 20 lůžek	15	12	7			34
21 - 25 lůžek	30	18				48
26 - 30 lůžek	60					60
nad 30 lůžek	24					24

Z celkového počtu 129 sester pracujících na standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Příbram a.s. jich 15 uvedlo, že jejich standardní oddělení má kapacitu 16 – 20 lůžek. 30 sester uvedlo, že kapacita jejich oddělení je 21 – 25 lůžek. 60 sester pracuje na 26 – 30 lůžkovém standardním oddělení a 24 sester pracuje na oddělení s kapacitou větší než 30 lůžek. Z 30 sester pracujících na IMP jich 12 uvedlo, že kapacita jejich oddělení je 16 – 20 lůžek. 18 sester pracuje na oddělení IMP o kapacitě 21 – 25 lůžek. Z celkového počtu 87 sester pracujících na JIP jich 10 uvedlo, že jejich oddělení má kapacitu do 5ti lůžek, 62 sester uvedlo kapacitu 6 – 10 lůžek, 8 sester označilo 11 – 15 lůžek a 7 sester pracuje na JIP o kapacitě 16 – 20 lůžek. Z 57 sester pracujících na oddělení ARO/RES jich 10 uvedlo, že jejich oddělení má kapacitu do 5ti lůžek, na 6 – 10 lůžkovém oddělení pracuje 8 sester a 39 sester označilo, že jejich oddělení má kapacitu 11 – 15 lůžek.

Tabulka 7 Personální obsazení směn na konkrétních odděleních Nemocnice Č. Budějovice a.s.

				1	2	3	4	6	7
				sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
standard (z 90 sester)	třísměnný provoz	22 sester	ranní		10	8	4		
			odpolední	8	14				
			noční	4	16	2			
	dvojsměnný provoz	68 sester	denní		37	22	9		
			noční	6	55	7			
				1	2	3	4	6	7
				sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
IMP (z 30 sester)	třísměnný provoz	10 sester	ranní			10			
			odpolední		4	6			
			noční	4	6				
	dvojsměnný provoz	20 sester	denní		6	14			
			noční	10	10				
				1	2	3	4	6	7
				sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
JIP (z 42 sester)	třísměnný provoz	7 sester	ranní				4	3	
			odpolední			3	4		
			noční			3	4		
	dvojsměnný provoz	35 sester	denní				15	12	8
			noční			5	12	18	
				1	2	3	4	6	7
				sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
RES/ARO (z 36 sester)	třísměnný provoz	0 sester	ranní						
			odpolední						
			noční						
	dvojsměnný provoz	36 sester	denní					16	20
			noční					24	12

V Nemocnici České Budějovice a.s. v třísměnném provozu na standardním oddělení na ranní, odpolední i noční směně slouží nejčastěji ve 2 sestrách. Na IMP ve třísměnném provozu slouží nejčastěji na ranní a odpolední směně ve 3 sestrách, na noční ve 2 sestrách. V třísměnném provozu JIP slouží sestry na ranní, odpolední a

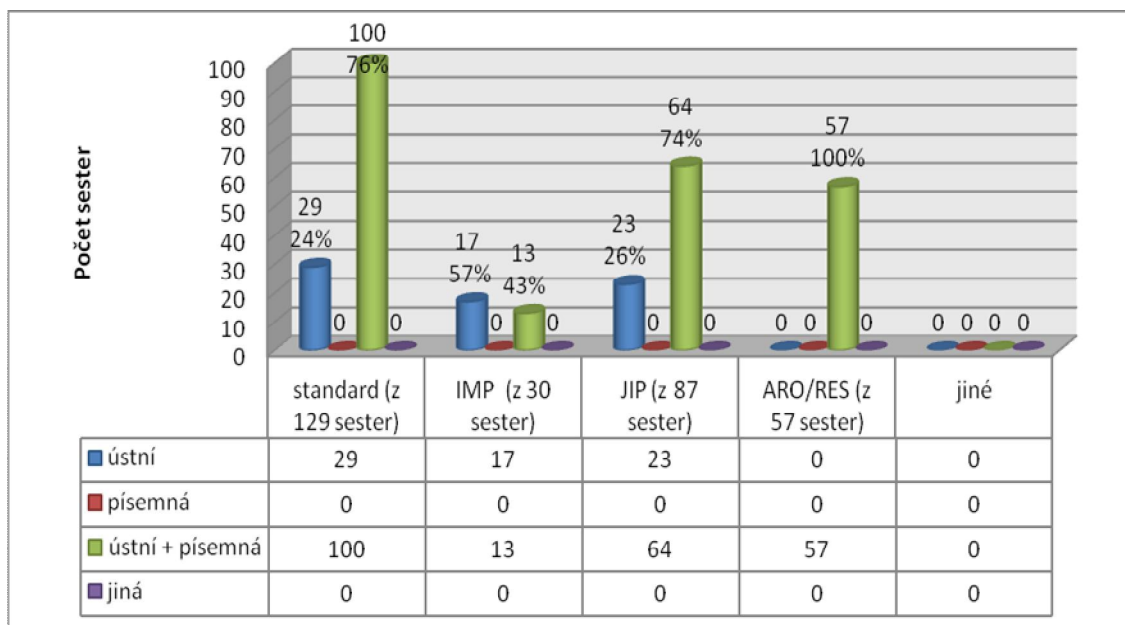
noční směně nejčastěji ve čtyřech sestrách. Ve dvojsměnném provozu standardního oddělení slouží nejčastěji 2 sestry na denní a noční směně. Na oddělení IMP je denní směna obsazována nejčastěji 3 sestrami a noční směna 2 nebo jednou sestrou. Jednotky intenzivní péče jsou na denní směnu obsazovány převážně 4 sestrami a 6 sestrami na směnu noční. Na ARO/RES jsou denní směny obsazovány nejčastěji 7 sestrami a noční 6 sestrami.

Tabulka 8 Personální obsazení směn na konkrétních odděleních Nemocnice Příbram a.s.

			1	2	3	4	6	7
			sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
Standard (z 39 sester)	dvojsměnný provoz	denní		13	18	8		
		noční	6	18	15			
			1	2	3	4	6	7
			sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
JIP (z 45 sester)	dvojsměnný provoz	denní				34	6	5
		noční			8	26	6	5
			1	2	3	4	6	7
			sestra	sestry	sestry	sestry	sester	sester
ARO/RES (z 21 sester)	dvojsměnný provoz	denní					5	16
		noční					14	7

V Nemocnici Příbram a.s. je dvojsměnný provoz standardního oddělení na denní směnu obsazován převážně 3 sestrami a na noční směnu 2 sestrami. Na JIP slouží při denní i noční směně nejčastěji ve 4 sestrách. Na oddělení ARO/RES na denní směně slouží převážně v 7 sestrách a na noční směně v 6 sestrách.

Graf 6 Forma předávání hlášení na konkrétních odděleních



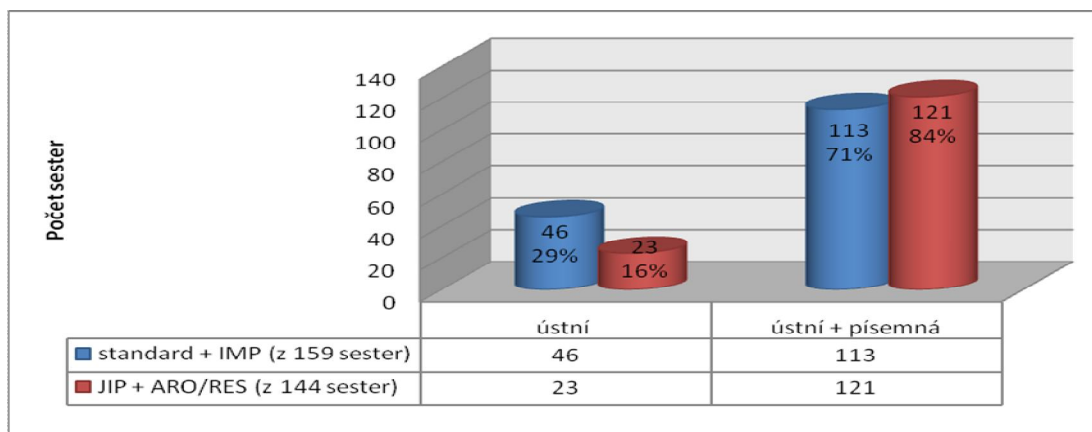
Ze 129 (100%) sester pracujících na standardním oddělení 29 (24%) předává hlášení pouze ústní formou, 100 (76%) sester předává hlášení formou kombinovanou (ústní i písemnou).

Z 30 (100%) sester pracujících na oddělení intermediální péče 17 (57%) předává hlášení pouze ústní formou, 13 (43%) formou kombinovanou (ústní i písemnou).

Z 87 (100%) sester pracujících na oddělení JIP 23 (26%) předává hlášení pouze formou ústní, 64 (74%) formou kombinovanou (ústní i písemnou).

A 57 (100%) sester pracujících na oddělení ARO/RES předává hlášení formou kombinovanou (ústní i písemnou).

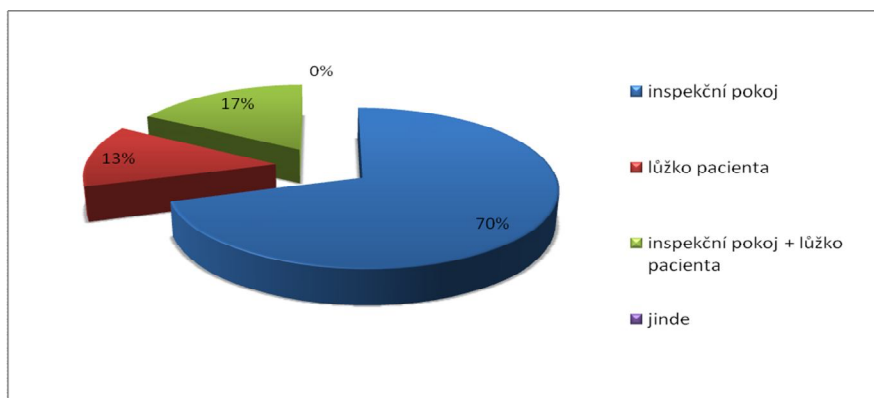
Graf 7 Srovnání standard x intenzivní oddělení



Ze 144 (100%) sester pracujících na jednotkách intenzivní a resuscitační péče 121 (84%) předává hlášení kombinovanou formou (ústní i písemnou), 23 (16%) předává hlášení pouze formou ústní.

Ze 159 (100%) sester pracujících na standardních a intermediálních jednotkách jich 113 (71%) předává hlášení kombinovanou formou (ústní a písemnou), 46 (29%) předává hlášení pouze formou ústní.

Graf 8 Místo předávání hlášení



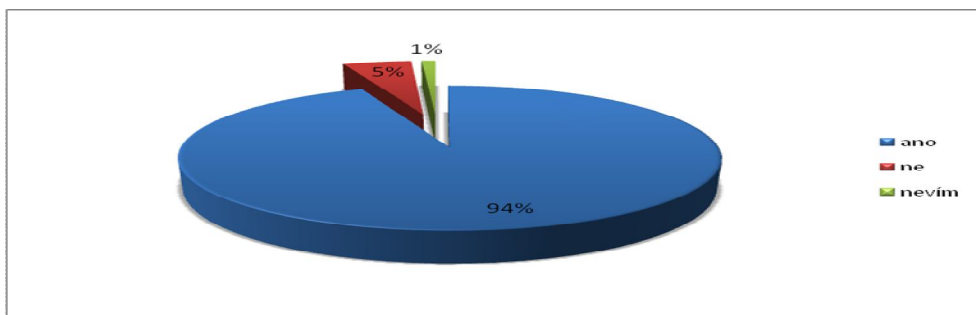
213 (70%) sester předává hlášení na inspekčním pokoji, 39 (13%) pouze u lůžka pacienta/klienta, 51 (17%) tyto dvě formy předávání kombinuje. Jiné místo pro předání hlášení nebylo uvedeno.

Tabulka 9 Místo předávání hlášení

		inspekce	u lůžka	inspekce + u lůžka	jinde
ČB	standard (z 90 sester)	90			
	IMP (z 30 sester)	30			
	JIP (z 42 sester)	33		9	
	ARO/RES (z 36 sester)		36		
	jiné				
	celkem (ze 198 sester)	153	36	9	0
Příbram	standard (z 39 sester)	39			
	IMP				
	JIP (z 45 sester)	21	3	21	
	ARO/RES (z 21 sester)			21	
	jiné				
	celkem (z 105 sester)	60	2	42	0
ČB + Příbram	standard (z 129 sester)	129			
	IMP (z 30 sester)	60			
	JIP (z 87 sester)	54	3	30	
	ARO/RES (z 57 sester)		36	21	
	jiné				
	celkem (z 303 sester)	213	39	51	0

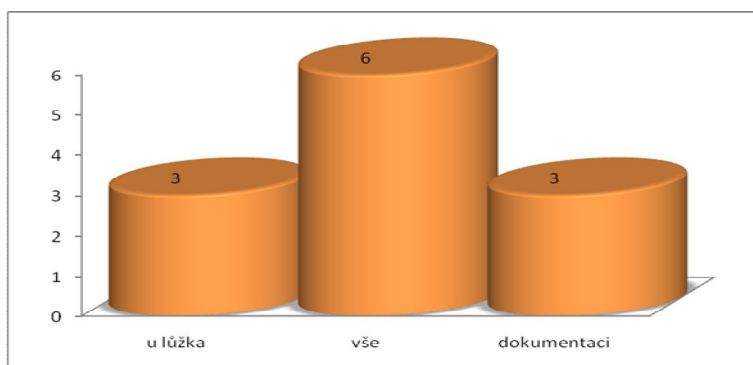
129 sester ze standardního oddělení, 60 sester z IMP, 54 sester z JIP předává hlášení pouze na inspekci. 3 sestry z JIP, 36 z ARO/RES předává hlášení pouze u lůžka pacienta/klienta. 30 sester z JIP a 21 sester z ARO/RES předává hlášení na inspekci i u lůžka pacienta/klienta.

Graf 9 Spokojenost s formou předávání hlášení



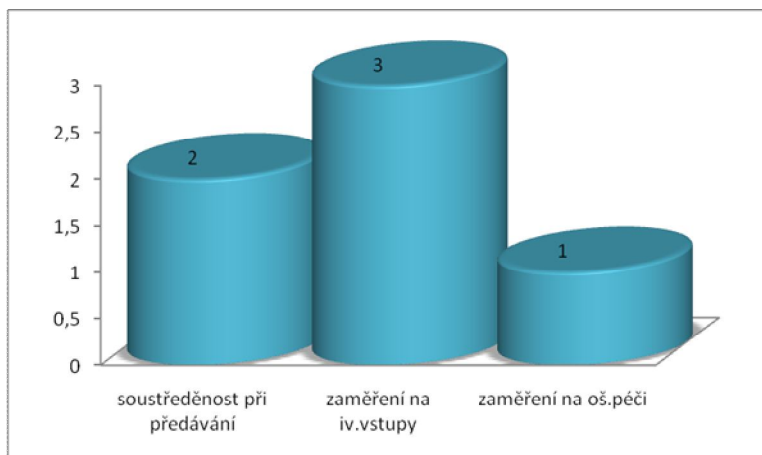
285 (94%) sester je se stávající formou hlášení spokojeno. 15 (5%) sester je s formou hlášení nespokojeno a 3 (1%) respondenti uvedli možnost nevím.

Graf 10 Vítané změny v předávání hlášení v Nemocnici České Budějovice a.s.



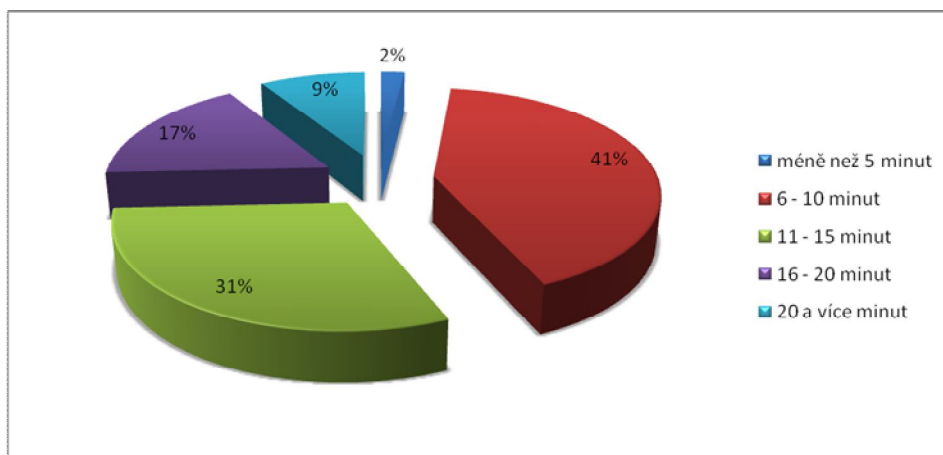
12 (100%) repondentů z českobudějovické nemocnice by rádo uvítalo změny v předávání hlášení. 3 (25%) respondenti uvedli, že by předávání hlášení rádi aplikovali u lůžka, další 3 (25%) respondenti by změnili používanou dokumentaci při předávání hlášení a 6 (50%) respondentů by změnilo celkovou formu předávání hlášení.

Graf 11 Vítané změny v předávání hlášení v Nemocnici Příbram a.s.



6 (100%) respondentů z příbramské nemocnice by rádo uvítalo změny ve stávající formě předávání hlášení. 3 (50%) respondenti by se při předání hlášení zaměřili více na intravenózní vstupy, 2 (34%) respondenti by uvítali větší soustředěnost při předávání hlášení a 1 (16%) respondent by předávání hlášení zaměřil více na ošetrovatelskou než lékařskou péči.

Graf 12 Časová náročnost



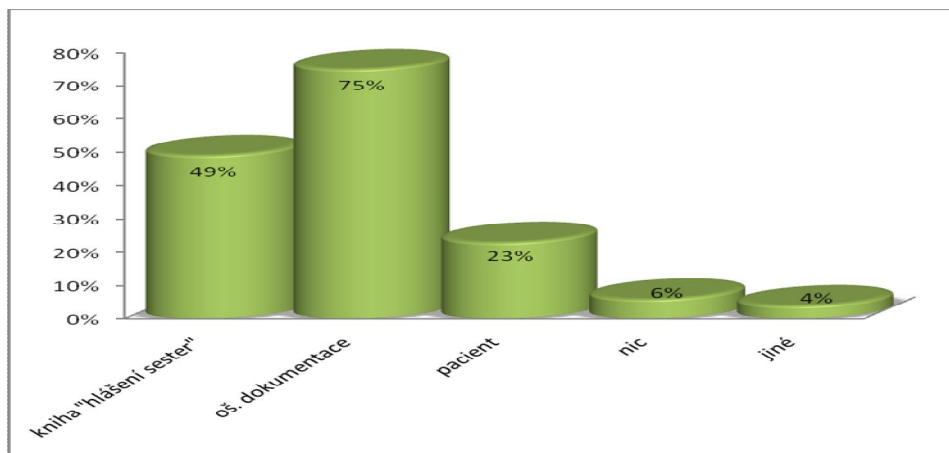
Z celkového počtu 303 (100%) respondentů 6 (2%) předává hlášení méně než 5 minut, 123 (41%) 6 – 10 minut, 11 – 15 minut předává 93 (31%) respondentů, 51 (17%) předává v časovém úseku 16 – 20 minut a 27 (9%) respondentů předává hlášení déle než 20 minut.

Tabulka 10 Časová náročnost dle oddělení

		méně než 5 minut	6 - 10 minut	11 - 15 minut	16 - 20 minut	déle než 20 minut
ČB	standard (z 90 sester)		28	30	25	7
	IMP (z 30 sester)	6	16	5		3
	JIP (z 42 sester)		17	23	2	
	ARO/RES (z 36 sester)		3	11	5	17
	jiné					
	celkem (z 198 sester)	6	64	69	32	27
Příbram	standard (z 39 sester)		10	10	19	
	IMP					
	JIP (z 45 sester)		43	2		
	ARO/RES (z 21 sester)		6	15		
	jiné					
	celkem (z 105 sester)	0	59	27	19	0
ČB + Příbram	standard (z 129 sester)		38	40	44	7
	IMP (z 30 sester)	6	16	5		3
	JIP (z 87 sester)		60	25	2	
	ARO/RES (z 57 sester)		9	26	5	17
	jiné					
	celkem (z 303 sester)	6	123	96	51	27

Méně než 5 minut předává hlášení 6 sester z IMP, 6 – 10 minut předává hlášení 38 sester ze standardního oddělení, 16 sester z IMP, 60 sester z JIP, 9 sester z ARO/RES. 11 – 15 minut předává hlášení 40 sester ze standardního oddělení, 5 sester z IMP, 25 sester z JIP, 26 sester z ARO/RES. 16 – 20 minut trvá předání hlášení 44 sestrám ze standardního oddělení, 2 sestrám z JIP, 5 sestrám z ARO/RES. Déle než 20 minut předává hlášení 7 sester ze standardního oddělení, 3 sestry z IMP, 17 sester z ARO/RES.

Graf 13 Pomůcky k předávání hlášení



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

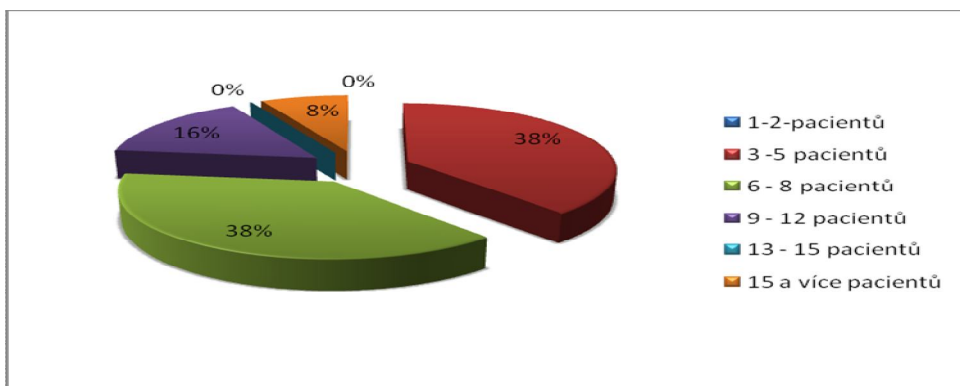
Z celkového počtu odpovědí jich 228 (75%) uvedlo, že používá k předávání hlášení ošetrovatelskou dokumentaci, 150 (49%) knihu „hlášení sester“, 72 (23%) potřebuje mít přítomnost pacienta při předávání, 18 (6%) nepotřebuje nic a 12 (4%) uvedlo možnost jiné. Z českobudějovické nemocnice 6 (2%) respondentů označilo možnost jiné, kde 3 z nich uvedli, že používají ještě výpis informací a 3 používají při předávání hlášení svoje poznámky. Z příbramské nemocnice 6 (2%) respondentů označilo možnost jiné, kde 2 uvedli medikační list a 4 lékařskou dokumentaci.

Tabulka 11 Pomůcky při předávání hlášení

	kniha "hlášení sester	oš. dokumentace	pacient	nic	jiné
standard (z 129 sester)	100	54		18	6
IMP (z 30 sester)	9	30			6
JIP (z 87 sester)	36	87	15		
ARO/RES (z 57 sester)	5	57	57		
jiné odd.					
celkem	150	228	72	18	12

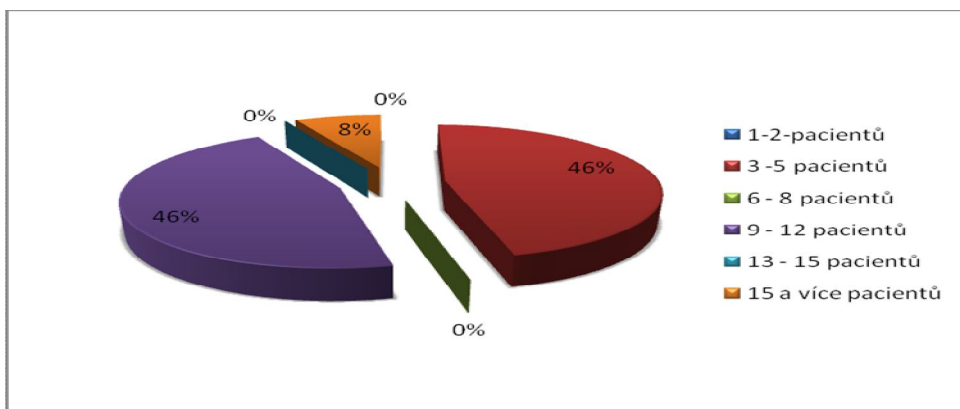
Na standardním oddělení nejčastěji používají knihu „předávaná hlášení“ (100krát), pak ošetrovatelskou dokumentaci (54krát), 18krát nic a 6krát jiné (viz předchozí graf). Na IMP nejčastěji používají ošetrovatelskou dokumentaci (30krát), 9krát knihu „hlášení sester“ a 6krát jiné (viz předchozí graf). Na JIP se při předávání hlášení nejvíce používá ošetrovatelská dokumentace (87krát), 36 krát kniha „hlášení sester“ a 15krát pacient/klient. Na ARO/RES k předávání hlášení nejčastěji používají ošetrovatelskou dokumentaci (57krát) a pacienta/klienta (57krát), 5krát uvedly knihu „hlášení sester“.

Graf 14 Počet pacientů na sestru při ranní směně třísměnného provozu v Nemocnici České Budějovice a.s.



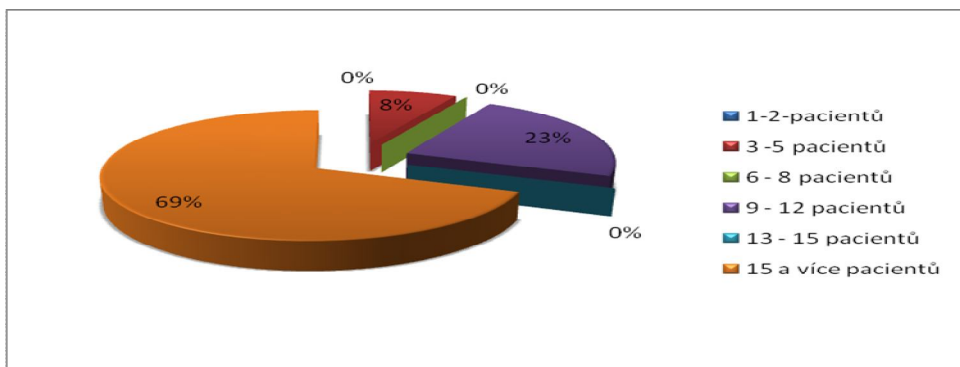
Celkový počet respondentů pracujících v trojsměnném provozu je 39 (100%). 15 (38%) sester uvedlo, že má během směny v péči 3 – 5 pacientů a 6 – 8 pacientů, 6 (16%) sester uvedlo, že se během směny stará o 9 – 12 pacientů a 3 (8%) sestry označily možnost 15 a více pacientů. Ostatní možnosti označeny nebyly.

Graf 15 Počet pacientů na sestru při odpolední směně třísměnného provozu v Nemocnici České Budějovice a.s.



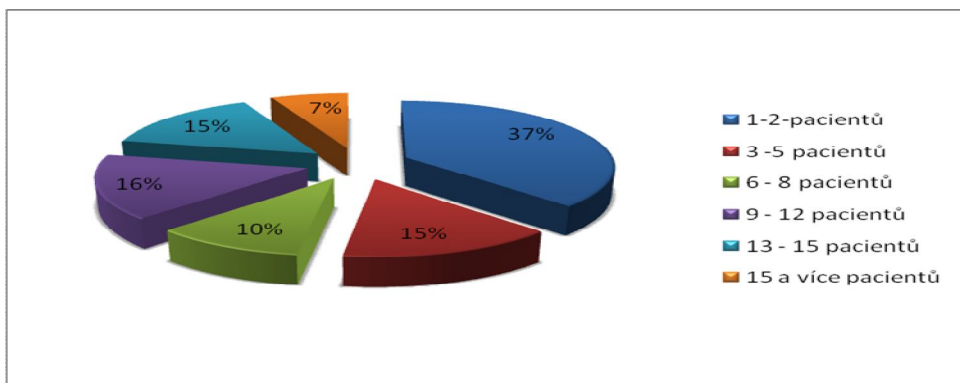
Počet pacientů/klientů na sestru při odpolední směně znázorňuje tento graf. Z celkového počtu 39 (100%) sester uvedlo dvakrát shodně 18 (46%) že má během odpolední směny na starost 3 – 5 pacientů a 9 – 12 pacientů. 3 (8%) sestry mají během odpolední směny na starost 15 a více pacientů. Ostatní možnosti nebyly nikým označeny.

Graf 16 Počet pacientů na sestru při noční směně třísměnného provozu v Nemocnici České Budějovice a.s.



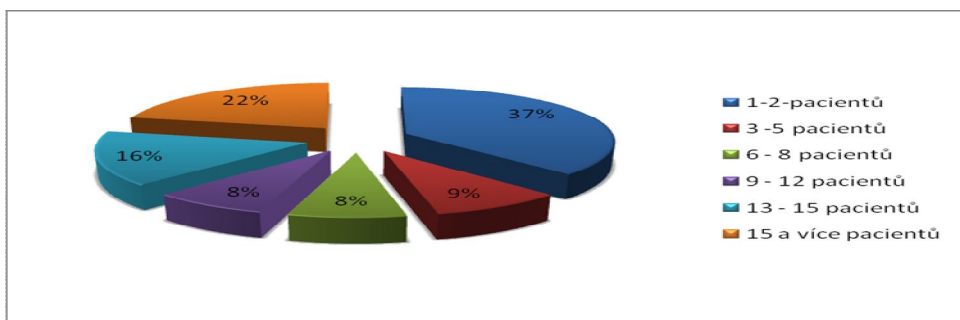
Při noční směně trojsměnného provozu v českobudějovické nemocnici má z celkového počtu 39 (100%) sester 27 (69%) na starost 15 a více pacientů, 9 (23%) sester pečují o 9 – 12 pacientů a 3 (8%) sestry pečují o 3 – 5 pacientů. Ostatní možnosti nebyly nikým označeny.

Graf 17 Počet pacientů na sestru při denní směně dvojsměnného provozu v Nemocnici Příbram a.s. a v Nemocnici České Budějovice a.s.



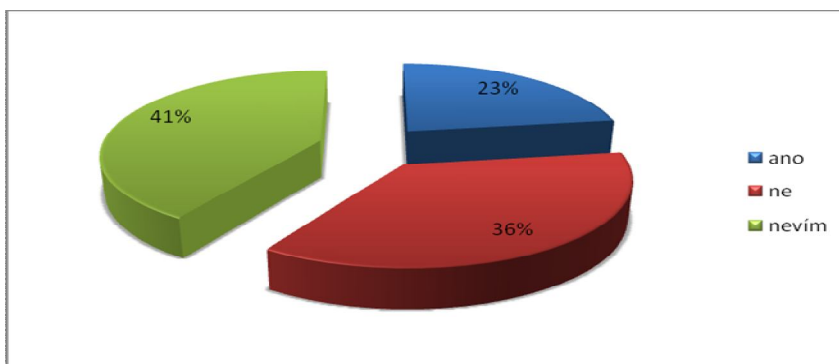
Graf 17 znázorňuje počet pacientů na sestru při denní směně dvojsměnného provozu v nemocnicích v Příbrami a v Českých Budějovicích. Z celkového počtu 264 (100%) sester pracujících ve dvojsměnném provozu jich má 99 (37%) na starost 1 – 2 pacienty, 39 (15%) 3 – 5 pacientů, 27 (10%) 6 – 8 pacientů, 42 (16%) 9 – 12 pacientů, 39 (15%) 13 – 15 pacientů a 18 (7%) sester pečují o 15 a více pacientů.

Graf 18 Počet pacientů na sestru při noční směně dvojsměnného provozu v Nemocnici Příbram a.s. a v Nemocnici České Budějovice a.s.



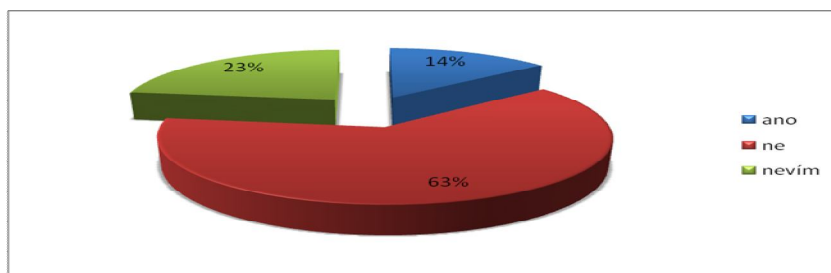
Z celkového počtu 264 (100%) sester pracujících ve dvojsměnném provozu má během noční směny 99 (37 %) na starost 1 – 2 pacienty, 24 (9%) 3 – 5 pacientů, 21 (8%) 6 – 8 pacientů, 21 (8%) 9 – 12 pacientů, 42 (16%) 13 – 16 pacientů a 57 (22%) sester pečuje o 15 a více pacientů.

Graf 19 Standard předávání hlášení v Nemocnici České Budějovice a.s.



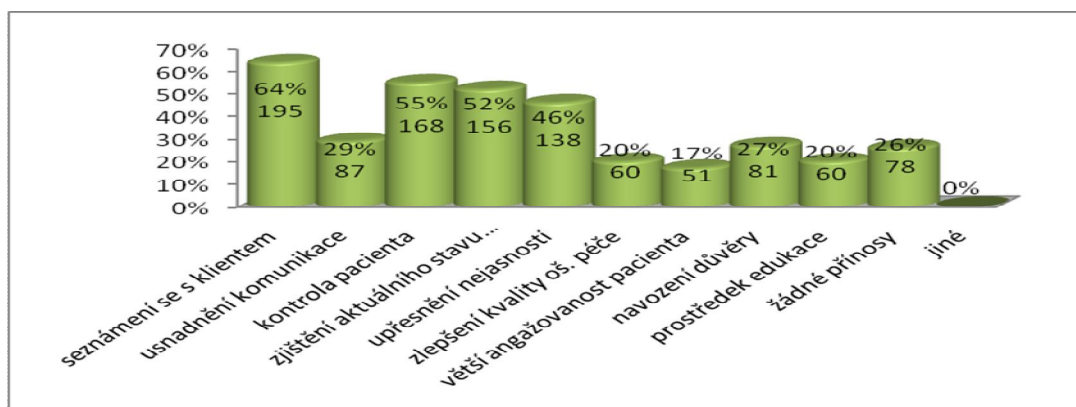
Z celkového počtu 198 (100%) sester českobudějovické nemocnice jich 45 (23%) uvedlo, že jejich nemocnice má standard na předávání hlášení. 72 (36%) sester označilo možnost ne a možnost nevím označilo 81 (41%) sester.

Graf 20 Standard předávání hlášení v Nemocnici Příbram a.s.



Z celkového počtu 105 (100%) sester příbramské nemocnice 15 (14%) označilo možnost ano, 66 (63%) možnost ne a 24 (23%) nevědělo, zda jejich nemocnice má standard na předávání hlášení.

Graf 21 Přínosy pro sestru při předávání hlášení u lůžka pacienta



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

Z celkového počtu odpovědí jich 195x (64%) uvedlo za největší přínos předávání hlášení u lůžka pacienta seznámení se s pacientem, 87x (29%) označilo usnadnění komunikace, 168x (55%) kontrolu pacienta a předchozí směny, 156x (52%) vidí přínos také v zjištění aktuálního a psychického stavu pacienta hned při příchodu do práce. 138x (46%) si při předání hlášení u lůžka ujasní případné nejasnosti z ústního předávání. 60x (20%) vidí přínos ve zlepšení kvality ošetrovatelské péče a jako možnost edukace. 51x (17%) vidí předávání hlášení jako možnost zvýšení angažovanosti pacienta do ošetrovatelské péče. 81x (27 %) vnímá předávání hlášení u lůžka jako prostředek pro navození důvěry v sestru a 78x (26%) nevidí žádné přínosy v této formě předávání.

Tabulka 12 Přínosy pro sestru při předávání hlášení u lůžka pacienta

	ČB					
	standard (z 90 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 42 sester)	ARO/RES (z 36 sester)	jiné	celkem (z 198 sester)
seznámení se s pacientem	43	29	30	36	0	138
usnadnění komunikace S - P, P - S	28	9	11	15	0	63
kontrola pacienta, předchozí směny	33	21	30	36	0	120
zjištění aktuálního zdr., psy. stavu pacienta	43	14	15	36	0	108
upřesnění nejasností z ústního předání	18	14	22	36	0	90
zlepšení kvality ošetrovatelské péče	18	3	12	15	0	48
větší angažovanost pacienta v ošetrovatelské péči	18	6	6	6	0	36
navození důvěry pacienta v sestru	20	16	12	15	0	63
prostředek edukace	20	3	13	12	0	48
žádné přínosy	28	5	0	0	0	33
jiné	0	0	0	0	0	0
Příbram						
	standard (z 39 sester)	IMP	JIP (z 45 sester)	ARO/RES (z 21 sester)	jiné	celkem (z 105 sester)
seznámení se s pacientem	20	0	18	19	0	57
usnadnění komunikace S - P, P - S	1	0	5	18	0	24
kontrola pacienta, předchozí směny	10	0	18	20	0	48
zjištění aktuálního zdr., psy. stavu pacienta	15	0	13	20	0	48
upřesnění nejasností z ústního předání	10	0	16	22	0	48
zlepšení kvality ošetrovatelské péče	1	0	5	6	0	12
větší angažovanost pacienta v ošetrovatelské péči	4	0	5	6	0	15
navození důvěry pacienta v sestru	4	0	6	8	0	18
prostředek edukace	4	0	4	4	0	12
žádné přínosy	22	0	12	10	0	45
jiné	0	0	0	0	0	0

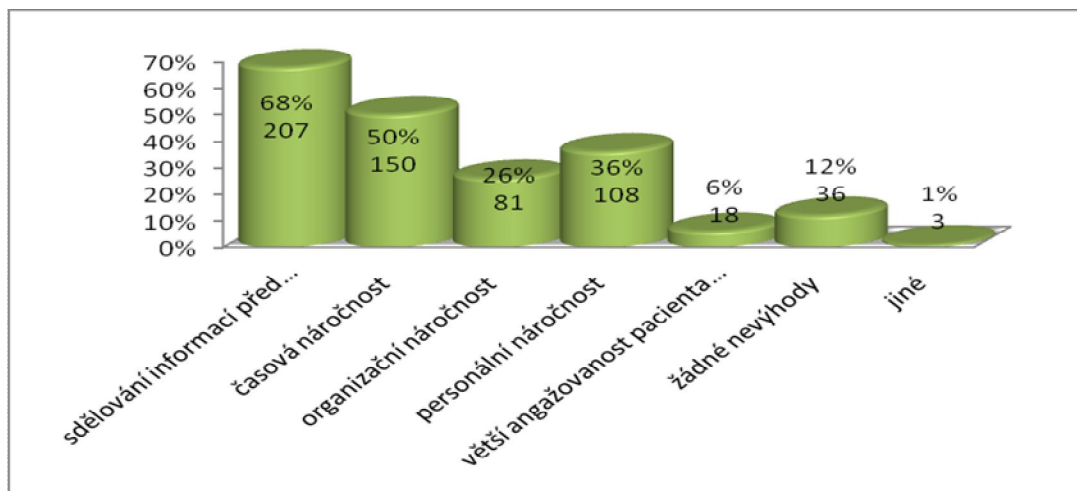
Pokračování Tabulky 12

	celkem					celkem (z 303 sester)
	standard (z 129 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 87 sester)	ARO/RES (z 57 sester)	jiné	
seznámení se s pacientem	63	29	48	55	0	195
usnadnění komunikace S - P, P - S	29	9	16	33	0	87
kontrola pacienta, předchozí směny	43	21	48	56	0	168
zjištění aktuálního zdr., psy. stavu pacienta	58	14	28	64	0	156
upřesnění nejasností z ústního předání	28	14	38	58	0	138
zlepšení kvality ošetrovatelské péče	19	3	17	21	0	60
větší angažovanost pacienta v ošetrovatelské péči	22	6	11	12	0	51
navození důvěry pacienta v sestru	24	16	18	23	0	81
prostředek edukace	24	3	17	16	0	60
žádné přínosy	50	5	12	10	0	78
jiné	0	0	0	0	0	0

Součet relativních četností převyšuje 303 (100%), neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

Sestry ze standardních oddělení za nejčastější přínosy uvedly seznámení se s pacientem (63 krát) a zjištění aktuálního zdravotního a psychického stavu pacienta (58 krát). Sestry z IMP označily nejčastěji seznámení se s pacientem (29 krát) a kontrolu pacienta a předchozí směny (21 krát). Sestry z JIP shodně označily za největší přínos předávání hlášení u lůžka seznámení se s pacientem (48 krát) a kontrolu pacienta a předchozí směny (48 krát). Sestry z ARO/RES za největší přínos předávání hlášení uvedly zjištění aktuálního zdravotního a psychického stavu (64 krát) a upřesnění nejasností z ústního předání (58 krát).

Graf 22 Nevýhody pro sestru při předávání hlášení u lůžka pacienta



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

Ze všech odpovědí jich 207x (68%) vidí nevýhodu ve sdělování informací před pacientem, 150x (50%) v časové náročnosti, 81x (26%) v organizační náročnosti. 108x (36%) si myslí, že k předávání hlášení u lůžka není dostatek ošetřujícího personálu. 18x (6%) se bojí větší angažovanosti pacienta v ošetrovatelské péči, 36x (12%) nevidí žádné výhody a 3x (1%) vidí jako nevýhodu sdělování informací před jinými pacienty.

Tabulka 13 Nevýhody pro sestry při předávání hlášení u lůžka pacienta

	ČB					celkem (z 198 sester)
	standard (z 90 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 42 sester)	ARO/RES (z 36 sester)	jiné	
sdělování informací před pacientem	43	29	30	36	0	138
časová náročnost	33	21	30	33	0	117
organizační náročnost	42	15	8	1	0	66
personální náročnost	70	15	8	0	0	93
větší angažovanost pacienta	6	0	3	3	0	12
žádné nevýhody	0	3	3	6	0	12
jiné	0	0	0	0	0	0

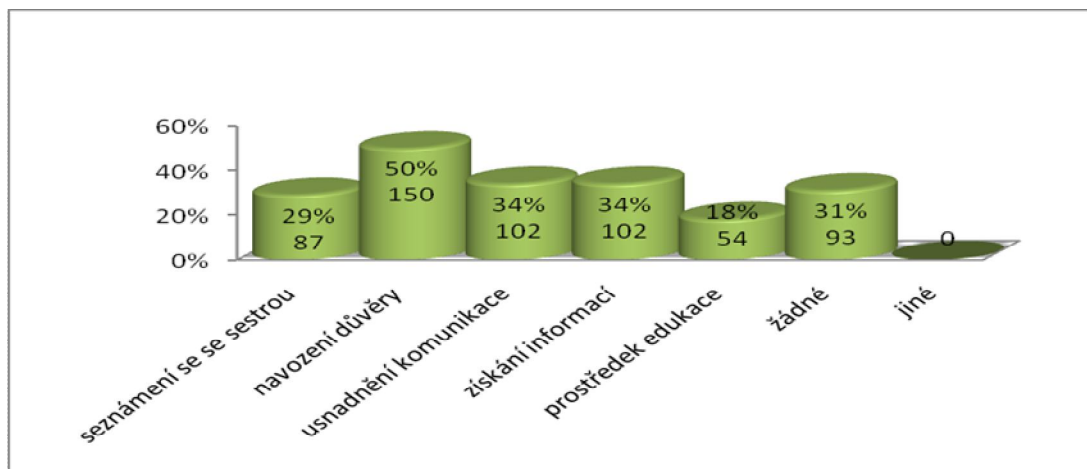
Pokračování Tabulky 13

	Příbram					
	standard (z 39 sester)	IMP	JIP (z 45 sester)	ARO/RES (z 21 sester)	jiné	celkem (z 105 sester)
sdělování informací před pacientem	25	0	25	21	0	69
časová náročnost	30	0	3	0	0	33
organizační náročnost	10	0	5	0	0	15
personální náročnost	10	0	5	0	0	15
větší angažovanost pacienta	4	0	1	1	0	6
žádné nevýhody	12	0	8	4	0	24
jiné	3	0	0	0	0	3
	celkem					
	standard (z 129 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 87 sester)	ARO/RES (z 57 sester)	jiné	celkem (z 303 sester)
sdělování informací před pacientem	68	29	55	57	0	207
časová náročnost	63	21	33	33	0	150
organizační náročnost	52	15	13	1	0	81
personální náročnost	80	15	13	0	0	108
větší angažovanost pacienta	10	0	4	4	0	18
žádné nevýhody	12	3	11	10	0	36
jiné	3	0	0	0	0	3

Součet relativních četností převyšuje 303 (100%), neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

80 sester ze standardního oddělení vidí za největší nevýhodu, předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů personální náročnost a 68 sester sdělování informací před pacientem. Z IMP 29 sester uvedlo za největší nevýhodu též předávání hlášení u lůžka pacienta a 21krát časovou náročnost. Sestry z JIP stanice 55krát sdělování informací před pacientem a 33krát časovou náročnost. 57 sester z ARO/RES oddělení vidí též za nevýhodu sdělování informací před pacientem a 33krát časovou náročnost.

Graf 23 Přínosy pro pacienta při předávání hlášení u jeho lůžka



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

Z celkového počtu 303 (100%) respondentů vidí 150 (50%) navození důvěry jako jeden z hlavních přínosů při předávání hlášení u lůžka pacienta. 102 (34%) respondentů označilo shodně za přínos usnadnění komunikace a získání některých informací, 93 (31%) nevidí žádné přínosy pro pacienta vyplývající z předávání hlášení u jeho lůžka, 87 (29%) za přínos považuje seznámení se se sestrou a 54 (18%) označilo možnost prostředek edukace. Možnost jiné nebyla označena.

Tabulka 14 Přínosy pro pacienta při předávání hlášení u lůžka

	ČB					celkem (z 198 sester)
	standard (z 90 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 42 sester)	ARO/RES (z 36 sester)	jiné	
seznámení se s ošetřující sestrou	43	0	2	15	0	60
navození důvěry v ošetřující sestru	48	13	20	15	0	96
usnadnění/navození komunikace sestra-pacient, pacient-sestra	28	12	11	15	0	66
získání některých informací	25	12	11	15	0	63
prostředek edukace	7	10	8	8	0	33
žádné přínosy	35	6	5	5	0	51
jiné	0	0	0	0	0	0

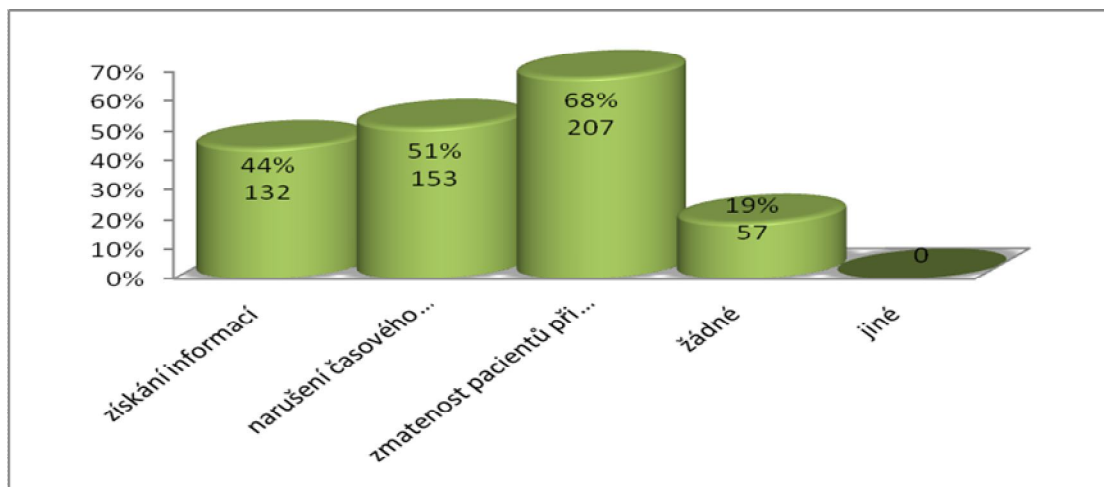
Pokračování Tabulky 14

	Příbram					
	standard (z 39 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 45 sester)	ARO/RES (z 21 sester)	jiné	celkem (z 105 sester)
seznámení se s ošetřující sestrou	10	0	8	9	0	27
navození důvěry v ošetřující sestru	20	0	24	10	0	54
usnadnění/navození komunikace sestra-pacient, pacient-sestra	10	0	16	10	0	36
získání některých informací	13	0	19	7	0	39
prostředek edukace	10	0	6	5	0	21
žádné přínosy	21	0	16	5	0	42
jiné	0	0	0	0	0	0
	Celkem					
	standard (z 129 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 87 sester)	ARO/RES (z 57 sester)	jiné	celkem (z 303 sester)
seznámení se s ošetřující sestrou	53	0	10	24	0	87
navození důvěry v ošetřující sestru	68	13	44	25	0	150
usnadnění/navození komunikace sestra-pacient, pacient-sestra	38	12	27	25	0	102
získání některých informací	38	12	30	22	0	102
prostředek edukace	17	10	14	13	0	54
žádné přínosy	56	6	21	10	0	93
jiné	0	0	0	0	0	0

Součet relativních četností převyšuje 303 (100%), neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

68 sester ze standardního oddělení označilo za přínos pro pacienta při předávání hlášení sestrami u jejich lůžka, navození důvěry v ošetřující sestru, 56 sester žádné výhody této formy hlášení nepocítuje. Z IMP oddělení 13 sester označilo navození důvěry v ošetřující sestru a dvakrát shodně po 12 sestrách bylo označeno usnadnění a navození komunikace mezi sestrou a pacientem a získání některých informací. 44 sester z JIP uvedlo navození důvěry v ošetřující sestru a 30 získání některých informací. Dvakrát shodně po 25 sestrách z ARO/RES bylo označeno navození důvěry v ošetřující sestru a usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem.

Graf 24 Nevýhody pro pacienta při předávání hlášení u jeho lůžka



Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

Graf 24 graficky znázorňuje, že z celkového počtu 303 (100%) respondentů jich 207x (68%) vidí jako hlavní nevýhodu zmatenost pacienta z nepochopení informací, které pasivně vyslechl při předávání hlášení u jeho lůžka. 153x (51%) uvedlo, že předávání hlášení u lůžka pacienta by narušilo pacientův časový harmonogram, 132x (44%) vidí za hlavní nevýhodu získání některých informací. 57x (19%) nevidí v této formě předávání hlášení žádné nevýhody pro pacienta. Možnost jiné nebyla nikým označena.

Tabulka 15 Nevýhody pro pacienta při předávání hlášení u lůžka

	ČB					celkem (z 198 sester)
	standard (z 90 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 42 sester)	ARO/RES (z 36 sester)	jiné	
získání některých informací	60	17	16	12	0	105
narušení časového harmonogramu pacienta	49	22	14	2	0	87
zmatenost pacientů při nepochopení informací z vyslechnutí hlášení	67	46	17	8	0	138
žádné	22	6	6	2	0	36
jiné	0	0	0	0	0	0

Pokračování Tabulky 15

	Příbram					
	standard (z 39 sester)	IMP	JIP (z 45 sester)	ARO/RES (z 21 sester)	jiné	celkem (z 105 sester)
získání některých informací	7	0	12	8	0	27
narušení časového harmonogramu pacienta	36	0	21	9	0	66
zmatenost pacientů při nepochopení informací z vyslechnutí hlášení	27	0	33	9	0	69
žádné	4	0	8	9	0	21
jiné	0	0	0	0	0	0
	Celkem					
	standard (z 129 sester)	IMP (z 30 sester)	JIP (z 87 sester)	ARO/RES (z 57 sester)	jiné	celkem (z 303 sester)
získání některých informací	67	17	28	20	0	132
narušení časového harmonogramu pacienta	85	22	35	11	0	153
zmatenost pacientů při nepochopení informací z vyslechnutí hlášení	94	46	50	17	0	207
žádné	26	6	14	11	0	57
jiné	0	0	0	0	0	0

Součet relativních četností převyšuje 303 (100%), neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.

94 sester ze standardního oddělení uvedlo za největší nevýhodu pro pacienta vyplývající z předávání hlášení u jeho lůžka, jeho zmatenost při nepochopení informací předávaných při předávání hlášení a 85 uvedlo narušení časového harmonogramu pacienta. Z IMP 46 sester označilo též zmatenost pacienta při nepochopení informací vyslechnutých při předání hlášení a 22 narušení časového harmonogramu pacienta. Z JIP stanice 50 sester označilo též zmatenost a 35 též narušení časového harmonogramu pacienta. Z ARO/RES stanice 20 sester uvedlo za nevýhodu pro pacienta získání některých informací z předávání hlášení u jeho lůžka a 17 sester označilo zmatenost pacientů při nepochopení informací získaných při předávání hlášení u lůžka pacienta.

5 Diskuze

I přestože je předávání hlášení každodenní činností sestry, existuje velmi málo tištěné literatury i internetových zdrojů na toto téma. Pokud se již nějaký zdroj objeví, lze předpokládat, že rozbor tohoto tématu bude maximálně na jeden odstavec či malou kapitolu. Z uvedených zdrojů použitých v diplomové práci se autorky Farkašová (2006), Hůsková (2009), Kozierová (2004) a Plevová (2011) o tomto tématu zmínily ve svých publikacích asi nejvíce. Neexistuje tak nikde ucelený přehled k předávání hlášení a sestry, potažmo nemocnice si předávání hlášení upravují k „obrazu svému“. Zaměříme-li se na praxi, tak ani zde předávání hlášení nemá vlastní standard. Celkem 138 (46%) sester uvedlo, že v jejich nemocnicích standard na předávání hlášení není (Graf 19, Graf 20). Výsledky šetření byly použity jako podkladový materiál pro tvorbu standardu a auditu na téma Předávání hlášení (Příloha 8).

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, co sestry považují za hlavní přínos a největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta. Jaký postoj k této formě předávání hlášení mají samotní pacienti/klienti. Abychom tyto tři cíle mohly hodnotit, byl vytvořen anonymní dotazník (Příloha 6) doplněný o kvaziexperiment (Příloha 4) zaměřený na předávání hlášení sester u lůžka pacienta/klienta.

První část dotazníku měla informační charakter, kde jsme zjišťovaly věk, délku praxe, vzdělání, oddělení, směnnost provozu, počet lůžek na odděleních a personální obsazenost jednotlivých směn. Nejpočetnější věkovou skupinu sester pracujících v dotazovaných nemocnicích tvořily sestry ve věku 21 až 30 let (42%), s délkou praxe do 10 let (46%) a se středoškolským vzděláním (47%). 42 % sester ze všech dotázaných pracuje na standardním typu oddělení (Graf 4). Z těchto získaných výsledků lze předpokládat, že mladé sestry po škole nemají žádnou praxi a proto často bývají ovlivněny sestrami staršími a zkušenějšími. Je těžké jako „nová“ sestra navrhnout a prosazovat změny. Mladá sestra s krátkou praxí se přizpůsobuje kolektivu, snaží se „zapadnout“, usiluje o to, aby jí déle sloužící sestry v začátcích pomohly. Také nemá mnoho zkušeností a až postupem času a získanou praxí objevuje případné nedostatky vyplývající z poskytované ošetrovatelské péče na svém oddělení. Graf 5 a Tabulka 5

prezentují, že v českobudějovické Nemocnici a.s. sestry na některých odděleních pracují v třísměnném provozu (20%) a že v Nemocnici Příbram a.s. 100% dotázaných sester pracuje pouze v provozu dvojsměnném. Můžeme tedy předpokládat, že v třísměnném provozu by předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta jistě více narušovalo časový harmonogram hospitalizovaných pacientů/klientů ale i zdravotnických pracovníků než v provozu dvojsměnném. Záleželo by především na chodu a typu konkrétního oddělení, jak by si oddělení předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta přizpůsobilo svým požadavkům a možnostem.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na formu a místo předávání hlášení. Zda jsou respondenti se stávající formou spokojeni, co by popřípadě v předávání hlášení změnili, jaká je časová náročnost předávání a jaké pomůcky nejčastěji k předávání hlášení používají. Tato část dotazníku korespondovala s první hypotézou: ***Sestry bez vizuálního doplnění hlášení, nepovažují ústní předání za kvalitní*** a druhou hypotézou: ***Z pohledu rizika poškození pacienta je kvalita předávání hlášení sestrami na JIP, RES lepší než na standardním oddělení.*** Autorky Plevová (2011), Hůsková (2009) i Farkašová (2006) ve svých publikacích uvádí, že předávání hlášení může mít mnoho podob, vždy však musí obsahovat ústní i písemnou složku a mělo by být prováděno jak na inspekčním pokoji sester, tak i u lůžka pacienta/klienta. Z našeho šetření vyplynulo, že 234 sester provádí hlášení jak ústní, tak písemnou formou (Graf 6). Bohužel je, i v dnešním moderním trendu ošetřovatelství a ošetřovatelské péče, kde pacient/klient bývá naším partnerem, nejčastějším místem předání směny inspekční pokoj (Graf 8, Tabulka 9). Na standardních odděleních a odděleních intermediální péče se předávání hlášení stále praktikuje pouze na inspekční místnosti sester. Hospitalizovaní pacienti/klienti na těchto odděleních bývají většinou samostatní, nevyžadující rozšířenou zdravotnickou péči a sestry tak spoléhají pouze na předání na inspekčním pokoji. Dále by to mohlo souviset i s nedostatečným personálním obsazením těchto oddělení, sestry slouží v malém počtu na plně obsazené oddělení, a proto předávání u lůžka pacienta/klienta je zde nepředstavitelnou a zdlouhavou metodou. Pozitivnější výsledky v tomto směru byly získány od sester pracujících na jednotkách intenzivní péče a na resuscitačních stanicích. Zde jich, ze 144 sester, 90 uvedlo, že předávání

hlášení provádí buď přímo u lůžka pacienta/klienta nebo toto předávání doplňují o informace poskytnuté následující směně na inspekčním pokoji. Lze předpokládat, že získané výsledky korespondují s charakterem oddělení a pacienty/klienty, kteří jsou na nich hospitalizováni. Jde často o pacienty/klienty v těžkých či kritických stavech, se zajištěnými cévními vstupy, s kontinuálním monitoringem a podporou fyziologických funkcí. Proto je pro sestru předání u lůžka neodmyslitelnou pomůckou, bez které si předávání hlášení ani nedovede představit. Dalším aspektem předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta na intenzivních odděleních může být i uspořádání samotného oddělení. Často na těchto odděleních chybí oddělená místnost sester či inspekční pokoj. Sestry jsou nepřetržitě s pacienty/klienty v jedné místnosti, tak ani jiná forma předávání hlášení zde není možná. Šetřením jsme zjistily, že 285 sester bylo se stávající formou předávání spokojeno a nic by na něm neměnilo. Pouze 18 sester spokojeno nebylo (Graf 9). Z těchto 18 sester by tři sestry předávání hlášení přesunuly k lůžku pacienta/klienta. Zbylých 15 nespokojených sester by buď změnilo používanou dokumentaci, či by změnilo celou formu předání, nebo by se při předání více zaměřily, jak uvedly v dotazníku, „na zavedené cévní vstupy“. Dále by uvítaly, kdyby se sestry při předávání hlášení více soustředily a svoji pozornost obrátily spíše k ošetrovatelským problémům pacienta/klienta než na lékařský aspekt péče (Graf 10, Graf 11). Díky těmto získaným výsledkům můžeme říci, že *první hypotéza šetřením potvrzena nebyla*. Ve všech dostupných publikacích týkající se předávání hlášení je zmíněno doporučení, které by mělo zajišťovat kontinuitu práce sester a chod oddělení, aby se nově příchozí sestry do zaměstnání 15 až 20 minut překrývaly se sestrami odchozími. V této době by mělo docházet k samotnému předávání služby. Z šetření vyplynulo, že sestry předávání hlášení věnují nejčastěji 6 – 10 minut (41%) a 11 – 15 minut (31%) (Tabulka 10, Graf 12). 6 – 10 minut uvedlo 60 sester pracujících na JIP, 9 sester pracujících na ARO/RES. Vezmeme-li v úvahu získané informace z Tabulek 6, 7, 8 a 10, můžeme říci, že na intermediálním oddělení, kde slouží nejčastěji v počtu dvou až tří sester na 21 – 25 lůžek (nejčastěji uváděná možnost), je časový horizont 6 – 10 minut na předání hlášení nedostačující. Za tento čas lze sdělit, jen organizační a technické informace a ne předat odhadem sedm pacientů/klientů adekvátním způsobem službu

nastupující sestře. Oproti tomu RES/ARO stanice mívají 11 – 15 lůžek, sestry zde slouží v počtu 6 až 7 sester na směnu a doba předání hlášení je zde 11 - 15 minut (též nejčastěji uváděná odpověď – 26x). Sestry tak předávají 1 – 2 pacienty/klienty v časovém úseku 11 – 15 minut. Na standardním oddělení o kapacitě 21 – 30 lůžek a v počtu 2 – 3 sloužících sester je nejčastěji uváděnou možností časové rozhraní předávání hlášení 16 – 20 minut. Lze předpokládat, že při plné „obložnosti“ oddělení a 3 sloužících sestrách, musí každá sestra během 16 – 20 minutového intervalu předat přibližně 10 pacientů/klientů. Výsledkem je neadekvátní čas na předávání hlášení. Z šetření vyplynulo, že sestry na odděleních intenzivní a resuscitační péče věnují předávání hlášení více času než sestry standardních a intermediálních oddělení.

Dále jsme šetřením chtěly zjistit, co sestry k předávání hlášení potřebují. Sestry v této otázce mohly označovat více možností. Za nejčastější pomůcku při předávání hlášení označily ošetrovatelskou dokumentaci pacienta/klienta, dále knihu „hlášení sester“. Pacienta/klienta k předávání hlášení potřebuje z dotázaných 303 sester jen 72 (Graf 13, Tabulka 11). Pacienta/klienta, jako „pomůcku“ při předávání hlášení, používají nejčastěji sestry na anesteziologicko-resuscitačních stanicích, které toto ústní předání u lůžka doplňují stejnou měrou informacemi získanými z ošetrovatelské dokumentace. I přesto, že 30 sester z jednotek intenzivní péče předává hlášení u lůžka pacienta/klienta, pouze pro polovinu z nich je pacient/klient neodmyslitelnou součástí a pomocníkem při předávání hlášení. I když mají sestry pacienta/klienta před sebou často předávají hlášení pouze z ošetrovatelské dokumentace. Na odděleních ARO/RES 21 sester uvedlo, že předávají hlášení jak na inspekci, i tak u lůžka pacienta/klienta, 36 sester předává hlášení výhradně u lůžka pacienta/klienta, což koresponduje s výsledkem, že 57 sester z tohoto typu oddělení potřebuje k předávání hlášení přítomnost pacienta/klienta (Tabulka 9, Tabulka 11). Na standardních typech oddělení se ve většině případů předává na inspekčním pokoji z knihy „hlášení sester“ a 18 dotázaných sester k předávání hlášení nepotřebuje nic. Přihlédneme-li ještě k faktu, že na standardním oddělení slouží nejčastěji v počtu dvou až tří sester (Tabulka 7 a Tabulka 8) na 16 - 30 i více lůžek (Tabulka 6), můžeme konstatovat, že kvalita předávání hlášení z pohledu rizika poškození pacienta/klienta je sestrami

na standardním oddělení vyšší než sestrami na jednotkách intenzivní a anesteziologicko-resuscitační péče. Na základě těchto výsledků **byla druhá hypotéza potvrzena.**

Třetí část dotazníku se dotazovala na přínosy a nevýhody pro sestru i pro pacienta/klienta a korespondovala se třetí hypotézou: **Sestry považují za největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacientů časovou náročnost.** Ze zpracovaných výsledků je patrné, že sestry za největší překážku při předávání hlášení udávaly, sdělování informací před pacientem/klientem (Tabulka 13, Graf 22), i přestože je v Právech a povinnostech pacienta/klienta (Příloha 1) zakotveno jeho právo na informace. Autorky článku „Jak úspěšně komunikovat“ Hornáková a Uherová (2009) v něm zdůrazňují, že pacient/klient je naším partnerem a ne naším protivníkem. Často se však pacient/klient díky neposkytnutím adekvátních informací naším protivníkem stává. Zde musíme připomenout, že všeobecná sestra smí poskytnout pouze informace v rámci svých kompetencí, popřípadě pak odkázat dotazovaného na ošetřujícího lékaře. Má-li být pacient/klient partnerem a rozhodovat o své léčbě, měl by mít veškeré informace týkající se nejen jeho zdravotního stavu, ale i ošetřovatelské péče, tak proč bychom mu měly informace získané předáváním hlášení upírat? **Třetí hypotéza šetřením potvrzena nebyla.** Ve třetí hypotéze jsme předpokládaly za největší překážku časovou náročnost. Ta se v kvantitativním šetření za největší překážku nepotvrdila, zato byla nejčastěji zmiňována v odpovědích týkající se kvaziexperimentu, kdy pacienti/klienti a sestry porovnávali předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta se starou formou předávání (Příloha 5). Zde čtyři z pěti dotazovaných sester, pracujících na stanici intermediální péče kardiochirurgického oddělení, časovou náročnost uvedlo jako jednu z nejčastěji zmiňovaných nevýhod předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta (Schéma 1). Z resuscitační stanice časovou náročnost zmínila ze stejného počtu dotázaných pouze jedna sestra (Schéma 3). Za největší nevýhodu předávání hlášení u lůžka sestry pro pacienta/klienta považují to, že může docházet k jejich zmatenosti v důsledku nepochopení předávaných informací (Graf 24, Tabulka 15). To ale není překážkou hlášení u lůžka neprovádět. Sestra musí být obezřetná, podávat informace srozumitelně, užívat vhodných výrazů, odpustit si nevhodné komentáře, chovat se

profesionálně a předávat informace pouze v rámci svých kompetencí, docílí tím, že naproti ní bude informovaný a mnohdy díky tomuto spolupracující pacient/klient. Naopak za hlavní výhodu pro pacienta/klienta, vyplývající z předávání u lůžka, sestry považují navození důvěry v ošetřující sestru (Tabulka 14, Graf 23). Tady lze polemizovat, zda důvěra opravdu bude navozena, když pacientovi/klientovi už při začátku naší směny informace nenabídneme. Bude mít tento pacient/klient v sestru důvěru? Bude se na ní obracet a svěřovat se jí, nebo spíše počká na sestru, která k němu po celou dobu jeho pobytu či její služby přistupovala v jeho pohledu poctivěji a profesionálněji? Naopak za nejčastěji zmiňovanou nevýhodu lze označit narušení časového harmonogramu pacienta/klienta (Tabulka 15, Graf 24). Při předávání na inspekci sestry pacienty/klienty v ranních ani večerních hodinách neruší. Hlášení a předání směny často probíhá, aniž by o tom samotní hospitalizovaní věděli. Je těžké přesně určit, co je a co není pro pacienta/klienta dobré. Ano, měl by mít potřebné informace, ale za cenu včasného či večerního buzení? Za cenu jeho zmatenosti z nepochopení získaných informací? Bylo by potřeba najít vhodný kompromis. Zeptat se pacientů/klientů, zda při předávání hlášení sester chtějí být, zda ho chtějí slyšet či nikoliv. Nebo by jen stačilo pacienta/klienta po předávání hlášení informovat, co ho čeká, jaký je nenásledující plán. Odpovědi na tyto otázky a na čtvrtou hypotézu: ***Pacienti mají kladný postoj k předávání hlášení sestrami u lůžka***, nám nastínil provedený kvaziexperiment.

Kvaziexperiment probíhal na intermediální a resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení. Z každé stanice bylo požádáno ke spolupráci pět sester a pět pacientů/klientů, kteří porovnávali stávající předávání hlášení s předáním hlášení u lůžka. Z výsledků kvaziexperimentu lze říci, že pacienti/klienti mají k předávání hlášení u lůžka kladný vztah. ***Čtvrtá hypotéza byla šetřením potvrzena.*** Pacienti/klienti odpovídali na šest otázek. První otázka byla zaměřena na vyjádření pocitu, který měli, když si sestry předávaly hlášení u jeho lůžka. 7 pacientů/klientů vyjadřovalo kladný pocit, byli rádi, že se seznámili s ošetřující sestrou, že se rozloučili se sestrou odchozí, že získali nové informace. Druhou otázkou jsem zjišťovala, zda byl pacient/klient do předávání zapojen a tím byl jeho aktivním účastníkem. I zde jsem se shledala

s převahou kladných odpovědí, buďto se do předávání hlášení pacient/klient zapojil sám nebo ho zapojily sestry. Stačí se jen představit, seznámit se, zeptat se jak se má, či upozornit nebo připomenout omezení/doporučení týkající se jeho léčebného/ošetrovatelského režimu. Pacienti/klienti se naopak chtějí dotázat na nějaké nejasnosti vyplývající z jejich léčby, potřebují sdělit své potřeby, chtějí se pochlubit svými úspěchy v léčbě, potřebují se vypovídat. Třetí otázka zjišťovala, zda by bylo vhodné tuto formu předávání hlášení v nemocnicích aplikovat. Zde byl výsledek vyrovnaný, nepřikláněl se ani na stranu negativ a ani na stranu pozitiv. Dle mého názoru to spíše vyplynulo z toho, že si pacienti/klienti nedovedou přesně představit chod oddělení a práci sester. I přestože, pacienti/klienti nedokázali přesně říci, zda takto předávání hlášení aplikovat, v otázce na výhody tohoto předávání převažovaly kladné odpovědi. Pacienti/klienti, jak už bylo výše uvedeno, byli hlavně rádi za seznámení či rozloučení se s ošetřující sestrou, za poskytnutí informací. Z nevýhod pak lze jmenovat snad jen ztrátu soukromí, kterou pacienti/klienti mohou pociťovat, když informace vyslechnou i ostatní spolupacienti na pokoji. Tomu by šlo zabránit zatažením závěsu, rozložením pleny, uzpůsobením hlasitosti řeči. Při dotazování se na kvalitu byly pomyslné misky vah též v rovnováze. Polovina z dotazovaných si myslí, že tato forma předávání hlášení kvalitu ošetrovatelské péče povznese svojí kontinuitou, vztahovou důvěrou a komunikací, druhá polovina dotazovaných je buď s dosavadní kvalitou ošetrovatelské péče spokojena či nedokázali jako laici tento problém posoudit (Schéma 2, Schéma 4).

Sestra je s pacientem/klientem během jeho hospitalizace v mnohem častějším kontaktu a bližším vztahu než ošetřující lékař. Proto bychom, jako vzdělané a empatické sestry, neměly zapomínat pacientovi/klientovi zpříjemňovat a zkvalitňovat pobyt v nemocnici vlídným slovem, správně podanými informacemi v rámci našich kompetencí, poskytnutím dobré rady a časem vyšetřeným pro jeho stesky a potřebu vypovídat se. Je i na nás, jak bude pacient/klient hospitalizaci prožívat, která často bývá velmi stresujícím obdobím jeho života, jak bude na dobu strávenou na našem oddělení vzpomínat... Mějme vždy na mysli, že v náročných životních situacích každý z nás ať už to dáme na zřetel ostatním kolem nás nebo ne, vyžadujeme vlídný a shovívavý

přístup. Že se těžko orientujeme pro nás v neznámém prostředí a sebemenší rada či pomoc nás často velmi potěší. Proto bychom si k pacientovi/klientovi měli najít cestu, ukázat mu, že jako sestry stojíme vždy na jeho straně a za nic ho nebudeme soudit. A proč s tím nezačít třeba už při samotném předávání hlášení.

6 Závěr

V diplomové práci na téma: **Přínos a překážky v předávání hlášení sestrami u lůžka pacienta**, jsem se zaměřila na problematiku předávání hlášení na jednotlivých odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Příbram a.s.

V práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, co sestry považují za hlavní přínos předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta. Druhý cíl si kladl za úkol zjistit největší překážku pro sestry při předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta. Třetí cíl zjišťoval postoj samotných pacientů/klientů k předávání hlášení u jejich lůžka. K cílům byly stanoveny čtyři hypotézy.

Hypotéza 1: **Sestry, bez vizuálního doplnění hlášení, nepovažují ústní předání za kvalitní.** Tato hypotéza šetřením potvrzena nebyla. Neboť ze šetření vyplývá, že nejčastější formou předávání hlášení je ústní předání směny doplněné o písemnou složku, avšak ve většině případů prováděnou pouze na inspekčním pokoji sester. Většina dotázaných je i s touto formou předávání hlášení spokojena.

Hypotéza 2: **Z pohledu rizika poškození pacienta je kvalita předávání hlášení sestrami na JIP, RES lepší než na standardním oddělení.** Tato hypotéza byla šetřením potvrzena. Nejčastější formou předávání hlášení je forma ústní kombinovaná s formou písemnou. Většina jednotek intenzivní péče a resuscitačních stanic v 63% provádí předávání hlášení buď u lůžka pacienta/klienta nebo v kombinaci předávání hlášení na inspekci a u lůžka pacienta/klienta.

Hypotéza 3: **Sestry považují za největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacientů časovou náročnost.** Tato hypotéza byla šetřením vyvrácena. Sestry za největší překážku v předávání hlášení, jak ze šetření vyplynulo, považují sdělování informací před pacienty/klienty. Největší nevýhodou předávání hlášení pro pacienty/klienty se, dle sester, stala zmatenost pacientů/klientů vyplývající z nepochopení informací, které vyslechli při předávání služby. Naopak za největší přínos této formy předávání hlášení vidí v seznámení se s pacientem/klientem hned při příchodu do směny. Pro pacienta/klienta pak navození důvěry v ošetřující sestru.

Hypotéza 4: **Pacienti mají kladný postoj k předávání hlášení sestrami u lůžka.** Tato hypotéza byla kvaziexperimentem potvrzena. Z kvaziexperimentu

vyplývalo, že z možných 60 odpovědí od pacientů/klientů, kteří hodnotili novou formu předávání hlášení, bylo 34 odpovědí kladného a 26 odpovědí negativního charakteru.

Výsledky tohoto šetření jsou podkladem pro vypracování standardu a auditu ošetrovatelské péče na téma Předávání hlášení (viz Příloha 8). Což by mohlo sloužit jako vzdělávací pomůcka nemocnic a oddělení pro absolventy středních, vyšších či vysokých zdravotnických škol. Předávání hlášení u lůžka pacienta/klienta by mohlo být též používáno jako hodnocení ošetrovatelského plánu, potřeb, stesků, úspěchů či neúspěchů pacienta/klienta. Dobře a kvalitně předané hlášení by tak mohlo v mnoha případech nahradit sestrami často opomíjené sesterské vizity.

7 Seznam použité literatury

- 1) BENISKOVÁ, L. *Ošetrovatelské vizity a jejich důležitosti z pohledu sestry a pacienta*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta, 2007. Vedoucí práce: Hudáčková Andrea
- 2) BŘEZINOVÁ, J. *Povolání sestry*. In *Sestra*, 2006. roč. 16. č. 11. 18-20str. ISSN1210-0404.
- 3) ČONDLOVÁ, S. *Vizita-stresová situace a ošetrovatelský proces*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. Vedoucí práce: Trešlová Marie
- 4) ČTVRTLÍKOVÁ, M. *Osobnost sestry, vztah sestry k nemocnému. Ošetrovatelství na prahu 3.tisíciletí*. 1 vyd. Velká Bystřice: Galén, 2000. 142str. ISBN 80-86257-21-5.
- 5) DOSTÁL, O. *Pacient má práva, ale také povinnosti*. In *Sestra*, 2009. roč. 17. č. 9. 11-12str. ISSN 1210-0404
- 6) ELLIS, R. B., GATES, B., KENWORTHY, N. *Interpersonal communication in nursing: theory and practice*. 2. vyd. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003. 200str. ISBN 0 -443-072701.
- 7) *Etický kodex vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [on line]. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>
- 8) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211str. ISBN 80-8063-227-8
- 9) FILAUSOVÁ, D. *Vizita in: Ošetrovatelské postupy- e-learningová výuka*. [on-line]. [cit. 2011-11-20]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=11&kod_kurzu=kos392>
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry – praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46str. ISBN 80-7013-310-4.
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104str. ISBN 978-80-7262-497-3.

- 12) HELLEROVÁ, M. *Uvědomujeme si náročnost profese sester*. In *Sestra*. 2009. roč. 19. č. 6. 14-15str. ISSN 1210-0404
- 13) HORŇÁKOVÁ, A. UHEROVÁ, Z. *Jak úspěšně komunikovat*. In *Sestra*. 2009. roč. 19. č. 7-8. 31str. ISSN 1210-0404
- 14) HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství-ošetrovatelské postupy pro zdravotní asistenty I/1.díl*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 104str. ISBN 978-80-247-2852-0
- 15) HŮSKOVÁ, J. KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství- ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty II/2.díl*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 88str. ISBN 978-80-247-2854-4
- 16) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: TIRA, 2000. 133str. ISBN 80-85866-55-2
- 17) KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 244str. ISBN 978-80-247-2830-8
- 18) KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 135str. ISBN 978-80-247-2831-5
- 19) KOLEKTIV AUTORŮ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 312str. ISBN 978-80-247-2436-2
- 20) KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 522str. ISBN 978-80-247-2578-2
- 21) KOTLÁROVÁ, Z. *Kompetence všeobecných sester, zákon versus skutečnost*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Vedoucí práce: Kyasová Miroslava [online]. [cit. 2011-11-30]. Dostupné z: <
http://is.muni.cz/th/176648/lf_b/BAKALARSKA_PRACE.pdf>.
- 22) KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 2004. 1474str. ISBN 80-217-0528-0
- 23) KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164str. ISBN 978-80-2472069-2
- 24) KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208str. ISBN 978-247-3224-4

- 25) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198str. ISBN 80-247-0179-0
- 26) KŘIVOHLAVÝ, J. *Vděčnost a nevděčnost v životě sestry*. In *Sestra*, 2007. roč.17. č. 7-8. 30-31str. ISSN 1210-0404
- 27) LEDNICKÁ, D. *O sestrách 21.století a pacientech, kteří dokážou za péči poděkovat*. In *Sestra*, 2007. roč. 17, č.7-8. 7str. ISSN 1210-0404.
- 28) MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. – 3. dotisk. Praha: Karolinum, 2005. 185str. ISBN 80-246-0429-9
- 29) MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. 156str. ISBN 80-247-1024-2
- 30) NOVÁKOVÁ, J. *Hlášení sester a sesterská vizita v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta, 2010. Vedoucí práce: Trešlová Marie
- 31) PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 288str. ISBN 978-80-247-3557-3
- 32) PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224str. ISBN 978-80-247-3558-0
- 33) POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno, 2006. 86str. ISBN 80-7013-440-2
- 34) POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 224str. ISBN 978-80-247-2358-7
- 35) RICHARDS, A., EDWARDS, S., ŠECLOVÁ, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376str. ISBN 80-2470-0932-5
- 36) ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H. ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 86str. ISBN 80-247-1503-1.
- 37) SLEZÁKOVÁ, L., A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I. Interna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 188str. ISBN 978-80-247-1775-3
- 38) STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství I: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50str. ISBN 80-7013-263-9.

- 39) STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 41str. ISBN 80-7013-368-6.
- 40) STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193str. ISBN 80-7184-243-5.
- 41) ŠČEPOŇOVÁ, S. *Zdravotnická dokumentace*. In *Sestra*. 2009. roč. 19. č. 11. 28-29str. ISSN 1210-0404
- 42) TOMEK, V. *Je předávání směny dobou pracovní?* In *Sestra*. 2008. roč. 18. č. 6. 14str. ISSN 1210-0404
- 43) TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry- pacient*. In *Sestra*. 2007. roč. 17. č. 1. 22-23str. ISSN 1210-0404
- 44) TÓTHOVÁ, V. A KOL. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1 vyd. Praha: Triton, 2009. 159str. ISBN 978-80-7387-286-1.
- 45) TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 2005. 186str. ISBN 80-7013-324-4
- 46) UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2008. 184str. ISBN 978-80-247-2658-8
- 47) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 356str. ISBN 80-246-0841-3
- 48) VENGLÁŘOVÁ, M., MARHOVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144str. ISBN 80-247-1262-8
- 49) Věstník MZČR, částka 9, ročník 2004. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. [cit. 2011-11-2]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html>>
- 50) VINCOUROVÁ, B. *Fotodokumentace, její využití a přínosy pro obor ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta, 2009. Vedoucí práce: Švábová Veronika
- 51) VONDRÁČEK, J. VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 68str. ISBN 80-247-1919-3

- 52) VONDRÁČEK, L. a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72str. ISBN 80-247-0704-7
- 53) VONDRÁČEK, L. A KOL. *Sestra a její dokumentace*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88str. ISBN 978-80-247-2763-9
- 54) VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 30str. ISBN 80-7262-3923.
- 55) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95str. ISBN 978-80-247-3132-2
- 56) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 88str. ISBN 978-80-247-2763-9.
- 57) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 136str. ISBN 978-80-247-3697-6.
- 58) VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2007. 125str. ISBN: 978-80-7254-997-9
- 59) VYHLÁŠKA 385/2006 Sb. ve znění 479/2006 Sb. a 64/2007 Sb., *O zdravotnické dokumentaci* [online]. [cit. 2011-11-30]. Dostupné z: <<http://hormart.cz/css/files/MZ-2007-02-Vyh1385-2006.pdf>>
- 60) VYMĚTAL, J. A KOL. *Obecná psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 340str. ISBN 978-80-247-0423-5
- 61) WORKMAN, B.A. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 259str. ISBN 80-247-1714-X
- 62) ZÁMEČKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta, 2011. Vedoucí práce: Trešlová Marie
- 63) ZÁKON 372/2011 Sb., *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. [cit. 2012-6-11]. Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>

8 Klíčová slova

Ošetřovatelství

Ošetřovatelský proces

Pacient/klient

Potřeby pacienta/klienta

Předávání hlášení

Sestra

Sesterská vizita

9 Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Práva pacientů/klientů

Příloha 2 - Etický kodex sester

Příloha 3 - Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 4 - Otázky pro sestry/pacienty kvaziexperimentu

Příloha 5 - Zápiskový arch

Příloha 6 - Dotazník pro sestry

Příloha 7 - Hlášení sester (Nemocnice České Budějovice a.s.)

Příloha 8 – Standard Předávání hlášení

Příloha 1 Práva pacientů/klientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí předklad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

Příloha 2 Etický kodex sester

Etický kodex pro zdravotní sestry

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tláčení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, věk, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčejy a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

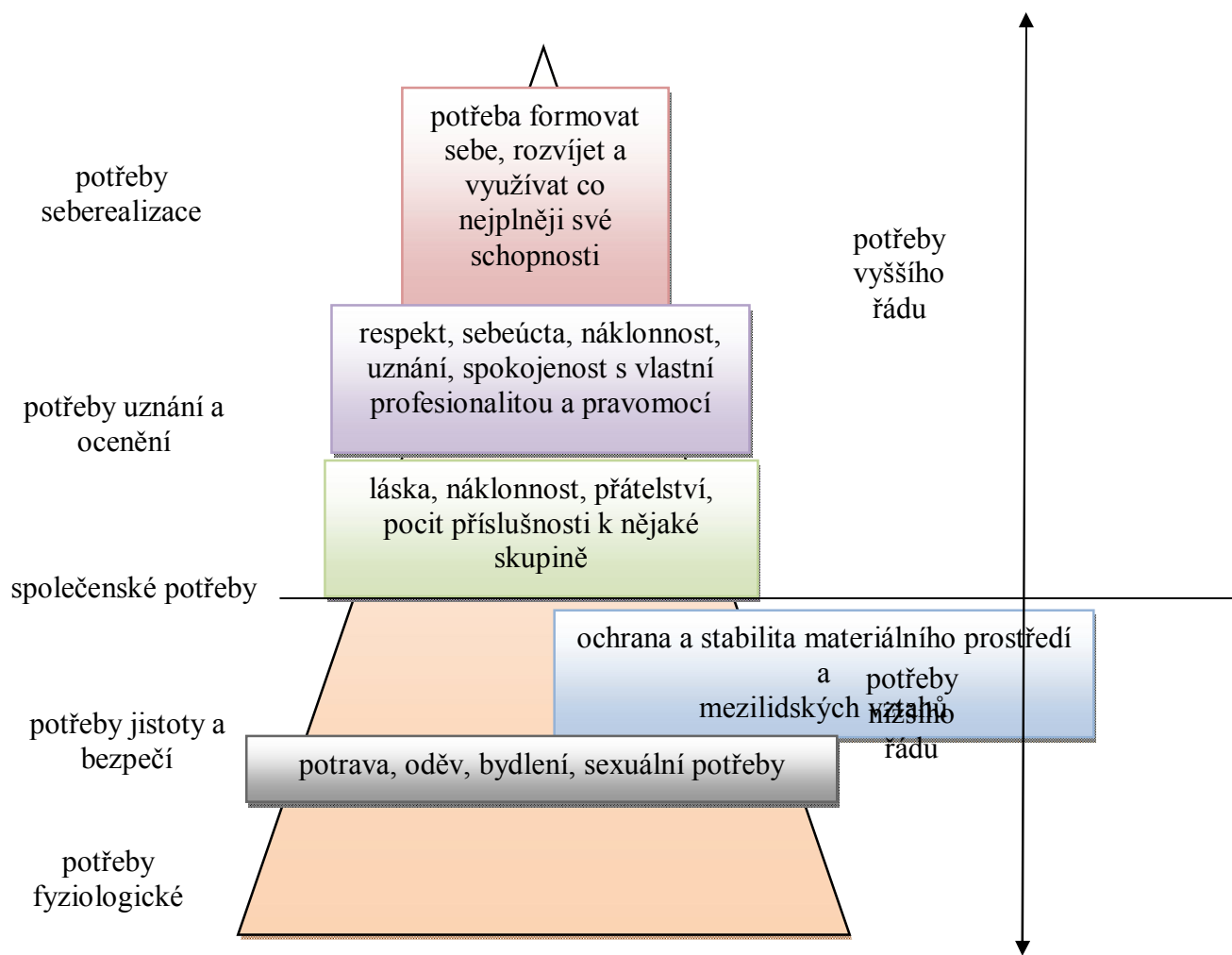
Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdroj: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html

Příloha 3 Maslowova hierarchie potřeb

MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB A HODNOT



Zdroj: MERUNKOVÁ, M. *Specifika psychosociálních potřeb u pacientů po infarktu myokardu*, České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2009.
Vedoucí práce: Šedová Lenka

Příloha 4 Otázky pro sestry/pacienty kvaziexperimentu

Otázky pro sestry:

1. Jak jste se při předávání u lůžka pacienta/klienta cítila?
2. Řekla jste veškeré potřebné informace?
3. Pomohlo Vám v předávání hlášení vidět pacienta/klienta před sebou?
4. Zapojila jste pacienta/klienta do předávání hlášení?
5. Jaké vidíte výhody této formy předávání hlášení?
6. Jaké vidíte nevýhody této formy předávání hlášení?
7. Myslíte si, že by se tato forma předávání hlášení mohla aplikovat na všech formách oddělení? Pokud ne, uveďte proč.
8. Myslíte si, že tato forma předávání hlášení pomůže ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče?

Otázky pro pacienty/klienty:

1. Jak jste se při předávání hlášení sester u Vašeho lůžka cítil?
2. Měl jste možnost se k předávání hlášení vyjádřit?
3. Myslíte si, že by bylo vhodné aplikovat takovouto formu předávání hlášení sester?
4. Jaké vidíte výhody předávání hlášení sester u lůžka pacientů/klientů?
5. Jaké vidíte nevýhody předávání hlášení sester u lůžka pacientů/klientů?
6. Myslíte si, že tato forma předávání hlášení pomůže ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče?

Záznamový arch - sestry IMP

SESTRY IMP	č. 11	č. 11	č. 12	č. 12	č. 13	č. 13	č. 14	č. 14	č. 15	č. 15
typ předání										
čas předávání										
počet předávaných pacientů										
představení se sestry										
představení pacienta										
použité pomůcky										
komunikace										
hlasitost řeči										
osvětlení										
vizuální kontrola předávání										
provedené výkony při předávání										
aktivní zapojení pacienta sestrou										
aktivní zapojení pacienta										
pacient informován o jiném typu předávání										
zaujmutí pacienta										
zapojení přebírající sestry										
místo předání hlášení										

Záznamový arch - pacienti IMP

PACIENTI IMP	č. 16	č. 16	č. 17	č. 17	č. 18	č. 18	č. 19	č. 19	č. 20	č. 20
typ předání										
čas předávání										
zapojení pacienta										
zaujmutí pacienta										
osvětlení										
nervozita pacienta										
pasivnost pacienta										

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego

dovolte mi prosím, abych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který se týká mé Diplomové práce na téma **Přínos a překážky v předávání hlášení sestrami u lůžka pacientů**. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění zcela dobrovolné. Otázky v něm jsou uzavřené ale i otevřené. Není-li uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď. Za Vaši ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníku děkuji.

S přáním klidné služby studentka ZSF/JČU Bc. Michaela Merunková

1. Kolik je Vám let?

- | | | |
|----------------|----------------|-----------------|
| a) do 20 let | c) 31 – 40 let | e) 51let a více |
| b) 21 – 30 let | d) 41 – 50 let | |

2. Délka Vaší praxe je?

- | | |
|----------------|----------------|
| a) do 10 let | c) 21 – 30 let |
| b) 11 – 20 let | d) nad 31 let |

3. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) středoškolské | e) vysokoškolské |
| b) středoškolské a PSS | f) vysokoškolské a PSS |
| c) vyšší odborné | g) jiné (doplňte) |
| d) vyšší odborné a PSS | |

4. Na jakém typu oddělení pracujete?

- | | |
|------------------|-------------------|
| a) standardní | d) RES, ARO |
| b) intermediální | e) jiné (doplňte) |
| c) JIP | |

.....
.....
.....

12. Jaká je dle Vás průměrná časová náročnost předávání hlášení?

- a) méně než 5 minut
- b) 6 -10 minut
- c) 11-15minut
- d) 16 - 20 minut
- e) 20 a více minut

13. Co všechno k předávání hlášení potřebujete? (můžete označit více odpovědí)

- a) knihu „hlášení sester“
- b) ošetrovatelskou dokumentaci
- c) pacienta/klienta
- d) nic
- e) jiné (doplňte)

Vysvětlivky k následujícím otázkám č. 14 – č. 19

Pracujete – li ve třísměnném provozu, odpovězte na otázky č. 14, č. 15, č. 16, pak pokračujte otázkou č. 20

Pracujete – li ve dvojsměnném provozu, odpovězte na č. 17, č. 18, pak pokračujte otázkou č. 20

Pracujete – li v jiném než dvoj a troj směnném provozu, vyplňte otázku č. 19, pak pokračujte otázkou č. 20

14. Kolik pacientů máte během Vaší ranní směny průměrně na starost?

- a) 1-2
- b) 3-5
- c) 6-8
- d) 9-12
- e) 13-15
- f) 15 a více

15. Kolik pacientů máte během Vaší odpolední směny průměrně na starost?

- a) 1-2
- b) 3-5
- c) 6-8
- d) 9-12
- e) 13-15
- f) 15 a více

16. Kolik pacientů máte během Vaší noční směny průměrně na starost?

- a) 1-2
- b) 3-5
- c) 6-8
- d) 9-12
- e) 13-15
- f) 15 a více

17. Kolik pacientů máte během Vaší denní směny průměrně na starost?

- a) 1-2
- b) 3-5
- c) 6-8

g) jiné (doplňte)

23. Jaké vidíte přínosy pro pacienta při předávání hlášení u jeho lůžka?

(můžete označit více odpovědí)

- a) usnadnění/navození komunikace sestra-pacient, pacient-sestra
- b) seznámení se s ošetřující sestrou
- c) navození důvěry v ošetřující sestru
- d) získání některých informací
- e) prostředek edukace
- f) žádné
- g) jiné (doplňte)

24. Jaké vidíte nevýhody pro pacienta při předávání hlášení u lůžka?

(můžete označit více odpovědí)

- a) získání některých informací
- b) narušení časového harmonogramu pacienta (ranní buzení, narušení večerního klidu)
- c) zmatenost pacientů při nepochopení informací získaných při pasivním vyslechnutí hlášení
- d) žádné
- e) jiné (doplňte)

Děkuji Bc. Michaela Merunková

Příloha 7 Hlášení sester (Nemocnice České Budějovice a.s.)

PACIENT: Datum: Sestra: (podpis) Oš. vizita
 Poř. číslo: D -
 N -

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOZA:

SKUPINA	LEGENDA	KATEGORIE
1.	Nerovnováha soběstačného nemocného, používá sám sociální zařízení Zvládne 75% činnosti dítě nad 10 let	K1
2.	Částečně soběstačný nemocný, potřebuje menší pomoc, dohled Zvládne 50% činnosti dítě do 10 let	K2
3.	Nemocný vyžadující zvýšený dohled, potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby, přístroje) Zvládne méně než 25% činnosti dítě od 2-6 let	K3
4.	Nemocný inkontinentní, imobilní, zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled, dítě do 2 let věku	K4
5.	Nemocný v bezvědomí, absolutní deficit sebezpečí, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc	K5

VĚDOMÍ:

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tlumený	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kontinuálně bolusově	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> apatie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> odtlumovaný (postupně snižování)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> při vědomí (orientovaný)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dezorientace
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> netlumovaný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> somnolence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> agresivita
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> reakce	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sopor	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> koma	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> na oslovení	NÁVŠTĚVA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> na bolest	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> na odsávání	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jiné	

měření GCS a součet bodů podle GCS

nutnost kurtovat: ano ne

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE:

Krevní tlak: stabilní nestabilní hypotenze hypertenze podpora léky

Puls: stabilní nestabilní tachykardie bradykardie arytmie podpora léky

BOLEST: škála: VAS: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

ano analgetika opiáty naposled: v hod. co:

ne

POHYBLIVOST:

plná

částečně omezená

omezená

žádná

Rehabilitace: aktivní pasivní

Provádí: rehabilitační prac. ošetřující sestra

OPERAČNÍ RÁNA:

kde _____

sterilně převazováno při toaletě

časté převazy x

nepřevazováno

Operační rána a okolí _____

Speciální ordinace _____

DRENÁŽ: počet: _____ kde: _____ odvádí (co) _____

drén na sání

drén na pasivní sání

drén spádový

redon

rukavicový, do obvazu

korýtkový

proplachový (jak a čím)

řízená hypotermie

TĚLESNÁ TEPLOTA

subnormální

vyhřívací pokrývka

normální

subfebrilní

febrilní

hyperpyrexie

fyz. chlazení

antipyretika

CVVH
 CVVH/D
 CVVHDF

LVVHFD

AQUAZIUS

DIAPACT

MOČENÍ:

spontánní (moč lahev, podl. mísa)
 samovolně

permanentní moč katetr _____ den
 inkontinence norm.
 epicystostomie s teplotním čidlem
 sterilní převaz proplach
 místo vpichu a okolí _____

BT negativní
 vyrovnaná
 pozitivní
 podpora diuretiky
 diuresa _____ á _____ hod.

MOČ:

_____ zbarvení moče fyziologická (jantarová) _____
 menstruační _____ den
 NBP á _____ hod. jiná

STOLICE:

Vyprazdňování

stolice byla dnes _____ x

spontánní (do podložní mísy)
 inkontinence
 stomie péče o stomii

tuhá konzistence
 řídká

nebyla _____ dní
 čípek
 projímadla
 klyzma
 jiné
 manuál, vybavení

Barva stolice: fyziologická
 acholická
 meléna
 enteroragie
 jiná _____

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KŮŽI A SLIZNICE:

OČI:

Prevence vysychání sliznice
 O - Azulen ung. _____ á _____ hod.
 O - Septonex gtt _____ á _____ hod.
 jiné _____ á _____ hod.
 krytí očí
 speciální ordinace _____
 Lacrisyn
 Oftagel

Sledování reakce zornic:
 mydriáza ano ne
 mioza ano ne
 normální ano ne

NOS:

sonda vpravo vlevo
 bez patol. nálezů
 patol. nález
 oděrka
 otlak
 dekubit
 sekrece

ošetřeno _____
 prevence dekubitů
 odsávání
 spec. ordinace

UŠI

čisté
 patol. nález oděrka
 otlak
 dekubit

sekrece
 ošetřeny (čím) _____

prevence dekubitů
 naslouchátko

DUTINA ÚSTNÍ

bez patol. nálezů
 patol. nález
 afty
 povlaky
 otlaky, dekubity
 opar
 soor
 ošetřeno _____
 odsávání
 hygiena boraxglycerin
 zubní protéza
 sonda

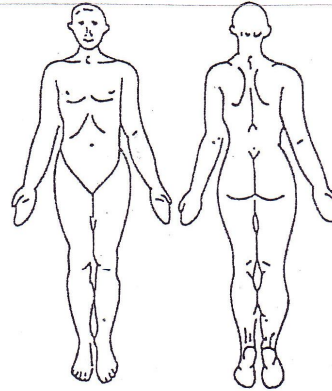
$$\text{BMI} = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

KŮŽE lokalizace, ošetření:

bez patol. nálezu
 patol. nález

odřeviny _____
 hematomy _____
 opruzeniny _____
 otoky _____
 jiné _____
 dekubity (místo) _____

- I. začervení (zduření)
 - II. povrchový defekt (puchýř, trhlina)
 - III. hlubší kóžní defekt
 - IV. nekroza
- ošetřeno: _____



celková koupel na lůžku:
 celková koupel - sprcha:
 masáž mytí vlasů

holení

Rozšířená stupnice Nortonové NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ													
Dat	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav -	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet			
	úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	4			
	částečně	< 30 3	alergie 3	DM, ↑TT	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečně	občas	3			
	omezená 3	< 60 2	vlhká 2	anémie, kachexie 3	špatný 2	zmatený 2	sedáčka 2	omezená 3	převážně moč	2			
	velmi omezená 2	> 60 1	suchá 1	trombóza, obezita 2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	velmi omezená 2	moč+stolice	1			
	žádná 1			karcinom 1				žádná 1					
Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů								ANO		NE			

POLOHOVÁNÍ:

sám
 s pomocí
 nepolohuje se
 sestra
 v ose
 křeslo
 chůze

prevence dekubitů
 antidek. matrace (nafuk.)
 antidek. matrace
 podložky z molitanu
 podložní kolo

KONČETINY

bez patol. nálezu
 patol. nález
 ošetřeno: _____
 bandáže DK
 prevence dekubitů
 stříhání nehtů

TRANSFUZE

Dostal: EBR: _____ má na TO: EBR: _____
 PL: _____ PL: _____
 TN: _____

ZMĚNY, VÝKONY, KONSILIA (během dne i noci):

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 8 Standard ošetrovatelské péče – Předávání hlášení

Standard ošetrovatelské péče

PŘEDÁVÁNÍ HLÁŠENÍ

Charakteristika standardu	Rámcový procesuální standard ošetrovatelské péče
Oblast péče	Individualizovaná
Skupina, o kterou je pečováno	Pacienti/klienti
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání dle §5, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §15, §24, §29 (pod odborným dohledem zákon č. 96/2004 SB. ve znění novely zákona č. 189/2008 SB.)
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Odpovědnost za realizaci	
Nabývá účinnosti dne	
Kontrola platnosti standardu	Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1krát za 3 roky
Revize standardu provedena dne	
Kontrolu vyková	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Kontaktní osoba	
Odborný garant	
Standard vytvořil	Bc. Michaela Merunková
Schválil Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra	

Úvod:

Předávání hlášení:

- patří mezi každodenní činnosti sestry
- provádí vždy na konci a začátku pracovní směny, aby si sestry mohly P/K a oddělení řádně předat, měly by se směny překrývat o 15 až 20 minut.
- způsob získání a předání potřebných informací o P/K a ošetřující jednotce k zajištění kontinuity kvalitní ošetrovatelské péče
- způsob je závislý na organizačních, personálních podmínkách jednotlivých odděleních
- forma písemná i ústní
- mělo by začínat předáním organizačních a technických náležitostí na inspekčním pokoji. Následně by mělo dojít k předání informací o P/K, které by neměl slyšet (mohly by negativně ovlivnit jeho následnou hospitalizaci – toto je pouze na uvážení ošetřující sestry, která by své rozhodnutí měla mít argumentačně podložené), po předání na inspekčním pokoji by mělo předávání hlášení probíhat na pokoji P/K u jeho lůžka. Mělo by se zaměřovat na informace o P/K, vyšetření, omezení, doporučení, na ošetrovatelský plán, potřeby či stesky P/K
- P/K by měl být do předávání hlášení aktivně zapojen a předání hlášení by měl zcela rozumět, co si sestra musí ověřit zpětnou vazbou
- mělo by být doplněno o vizuální složku a kontrolu P/K
- má provedeno proti podpisu předávané a přebírající sestry

Definice předávání hlášení:

Předávání hlášení je úkon prováděný kompetentními zdravotnickými zdravotníky vždy na konci každé směny, kdy dochází k předání P/K a celého pracoviště.

Cíl:

Předat a získat ucelené informace:

- o aktuálním zdravotním a psychickém stavu P/K
- o aktuálním stavu v oblasti potřeb a ošetrovatelských diagnóz P/K
- o událostech na ošetřující jednotce (oddělení) v minulé směně

KRITÉRIA STRUKTURY

- S1** Kompetentní osoby k výkonu
- Zdravotnický asistent
 - Všeobecná sestra (SZŠ, Bc, Mgr)
 - Diplomovaná všeobecná sestra (DiS)
 - Všeobecná sestra specialistka v rozsahu získané specializace (ARIP)
- S2** Pomůcky/dokumentace
- Ošetrovatelská dokumentace
 - ošetrovatelská anamnéza a screening
 - ošetrovatelská diagnóza
 - plán ošetrovatelské péče
 - realizace ošetrovatelského problému
 - hodnocení ošetrovatelského plánu
 - Dekurz P/K (lékařská a ošetrovatelská dokumentace)
 - Ostatní ošetrovatelská dokumentace
 - Záznam o bolesti
 - Edukační záznam
 - Nutriční screening
 - Polohovací záznam
 - Záznam o ošetření rány
 - Zhodnocení rizika pádu
 - Protokol o likvidaci svršků
 - Záznam o úschově cenností
 - Záznam o průběhu rehabilitace
 - Záznam o poskytování informací
 - Záznam o použití omezovacích prostředků
 - Barthelův test základních všedních činností
 - Záznam o monitoraci hybnosti a vědomí - GCS
 - Záznam o měření fyziologických funkcí a výsledkový arch
 - A jiné záznamy specifické pro jednotlivá oddělení či vyšetřovací a léčebné metody (souhlasy P/K)

- Kniha hlášení - zápis v knize hlášení obsahuje:
 - datum a typ směny
 - jmenný rozpis sester
 - podpis sestry předávající a přebírající hlášení + razítko
 - jmenný rozpis P/K a stručná zpráva o každém P/K
 - nově přijmutí či propuštění P/K
 - ordinace pro další směnu
 - záznam o mimořádných ošetrovatelských úkonech
 - záznam o spotřebě omamných látek
 - záznam o sledovaných inventárních předmětech

S3 Prostředí

- Inspekční pokoj sester – technické a organizační informace týkající se oddělení, závažné informace o P/K, které by narušily jeho následující průběh hospitalizace
- Pokoj, lůžko P/K – důležité informace týkající se zdravotního a psychického stavu P/K, jeho potřeb a ošetrovatelských diagnóz

KRITÉRIA PROCESU

před předáváním hlášení

- P1** Sestra si zajistí veškerou potřebnou dokumentaci
- P2** Sestra si zkontroluje správnost vedené dokumentace
- P3** Sestra provede záznam do knihy „hlášení sester“
- P4** Sestra informuje P/K, že bude probíhat předávání hlášení
- P5** Sestra připraví pokoj a veškeré pomůcky k předávání hlášení u lůžka pacienta

během předávání hlášení

- P6** Sestra předá technické a organizační informace týkající se oddělení a závažné informace o P/K, které by narušily jeho následující průběh hospitalizace, na inspekčním pokoji
- P7** Sestra představí P/K a nově příchozí sestru do směny
- P8** Sestra předá informace o zdravotním a psychickém stavu P/K, o jeho potřebách, o ošetrovatelských diagnózách
- P9** Sestra provede vizuální kontrolu P/K (zavedené kanyly, rány)
- P10** Sestra aktivně zapojí P/K do předávání hlášení
- P11** Sestra během předávání hlášení zajistí alespoň částečné soukromí (zatažení plenty)

po předávání hlášení

- P12** Sestra zjistí zpětnou vazbou zda P/K všemu během předávání rozuměl, popřípadě informace upřesní, doplní
- P13** Sestra ztvdí předání hlášení podpisem a razítkem
- P14** Sestra se rozloučí s P/K
- P15** Sestra uklidí veškerou dokumentaci

Zvláštní upozornění:

Informace, které by P/K neměli slyšet, by se měli předávat pouze na inspekčním pokoji sester. Veškeré informace by měly být řádně a přehledně zaznamenány, nic by nemělo být opomenuto či zatajeno.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

- V1 Sestra během předání předala a získala ucelené informace o aktuálním zdravotním a psychickém stavu P/K, o aktuálním stavu v oblasti potřeb a ošetřovatelských diagnóz P/K, o událostech na ošetřující jednotce (oddělení) v minulé směně
- V2 Sestra správně předaným hlášením zamezila riziku poškození P/K z nedostatku informací
- V3 Sestra zajistila kontinuitu ošetřovatelské péče o P/K
- V4 Sestra navázala dobrý vztah s P/K, založený na důvěře, správné komunikaci
- V5 P/K je informovaný, spolupracuje

Seznam literatury:

- 64) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211str. ISBN 80-8063-227-8
- 65) HŮSKOVÁ, J. *Ošetřovatelství-ošetřovatelské postupy pro zdravotní asistenty I/1.díl*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 104str. ISBN 978-80-247-2852-0
- 66) KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 244str. ISBN 978-80-247-2830-8
- 67) KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetřovatelství I*. Martin: Osveta, 2004. 1474str. ISBN 80-217-0528-0

Ošetrovatelský audit

PŘEDÁVÁNÍ HLÁŠENÍ

Pracoviště:

Datum:

Auditoři:

Metody pro sestru:

- Dotaz/otázka pro sestru předávající, přebírající hlášení
- Dotaz/otázka pro P/K
- Pozorování sestry, P/K
- Kontrola ošetrovatelské dokumentace
- Kontrola pomůcek
- Kontrola prostředí

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Provádí výkon kompetentní osoba?	Kontrola osobní dokumentace pracovníka - kvalifikační požadavky – pohled, dotaz		
S2	Jsou na oddělení dostupné všechny potřebné pomůcky?	Kontrola pomůcek, pracovního prostředí – pohled, dotaz		
S3	Má sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace – pohled, pozorování, dotaz		
S4	Vede sestra řádně ošetrovatelskou dokumentaci?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace – pohled, pozorování, dotaz		
S5	Je výkon prováděn na inspekčním pokoji i u lůžka P/K?	Kontrola prostředí – pohled, pozorování, dotaz		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Zajistila si sestra veškerou potřebnou dokumentaci?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		

P2	Zkontrolovala sestra správnost vedené dokumentace?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P3	Provedla sestra záznam do knihy „hlášení sester“?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace – pohled,		
P4	Informovala sestra P/K, že bude probíhat předávání hlášení?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P5	Připravila sestra pokoj a veškeré pomůcky k předávání hlášení u lůžka pacienta?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola prostředí		
P6	Předala sestra na inspekčním pokoji technické a organizační informace týkající se oddělení a závažné informace o P/K, které by narušily jeho následující průběh hospitalizace?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P7	Představila sestra P/K a nově příchozí sestru do směny?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P8	Předala sestra informace o zdravotním a psychickém stavu P/K, o jeho potřebách, o ošetřovatelských diagnózách?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P9	Provedla sestra vizuální kontrolu P/K (zavedené kanyly, rány)?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P10	Zapojila sestra aktivně P/K do předávání hlášení?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
P11	Zajistila sestra během předávání hlášení alespoň částečné soukromí pro P/K (zatažení plenty)?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Otázka pro P/K Kontrola prostředí		
P12	Zjistila sestra zpětnou vazbou zda P/K všemu během předávání rozuměl, popř. informace upřesnila, doplnila?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Otázka pro P/K		
P13	Ztvrdily sestry předání hlášení podpisem a razítkem?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace – pohled,		
P14	Rozloučila se sestra s P/K?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Otázka pro P/K		

P15	Uklidila sestra veškerou dokumentaci?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola prostředí		
KRITÉRIA VÝSLEDKŮ				
V1	Předala a získala sestra během předání hlášení informace o aktuálním zdravotním a psychickém stavu P/K, o aktuálním stavu v oblasti potřeb a ošetřovatelských diagnóz P/K, o událostech na ošetřující jednotce (oddělení) v minulé směně?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola prostředí		
V2	Zamezila sestra správně předaným hlášením riziku poškození P/K z nedostatku informací?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Kontrola prostředí		
V3	Zajistila sestra kontinuitu ošetřovatelské péče o P/K?	Otázka pro sestru Pozorování sestry		
V4	Navázala sestra dobrý vztah s P/K, založený na důvěře, správné komunikaci?	Otázka pro sestru Pozorování sestry Otázka pro P/K		
V5	Spolupracuje P/K a je dostatečně informovaný?	Otázka pro sestru Otázka pro P/K		

