

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Hlášení sester a sesterská vizita v praxi

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: PhDr. Trešlová Marie Ph.D.

Jméno autora: Bc. Jana Nováková

2010

Abstrakt

The ward sister round presents an integral part of the nursing profession. The term round includes both a check and an examination. The ward sister round comprises a regular visit of the nurse directly at the patient's bed. Its objective consists in determining and satisfying the unsaturated needs of patients, further in ensuring and providing a high quality and efficiency nursing care in a close link with medical care. The ward sister round is carried out under the presence of the nurses and other medical staff involved in the care of the particular patient. The ward sister round has positive effects both for the nurses and for the patient. Nurses can profit from a higher standard of the nursing care rendered, the monitoring of the nursing process and its implementation. The patients appreciate the interest shown by nurses, which is directly reflected in their growing trust in nurses who are understood as partners in improving their current health condition.

The second relevant issue of my diploma work is the nursing handover, which has undergone significant changes in the recent years. Nursing handover can be divided into two main sections: written and oral handover. The oral handover takes place directly in the patients'/clients' room under the use of nursing documentation. Its advantage consists in the direct involvement of the patient/client in the handover process. The written handover is then entered by the nurses into the Handover Book.

In my diploma work I have applied the method of quantitative research using the questionnaire technique. Two types of questionnaires have been elaborated. The first type of questionnaire was filled in by shift nurses of several hospitals of the South-Bohemian Region. The second type of questionnaire was aimed at the head sisters and deputy directors for nursing care of the said hospitals. The objective of both questionnaire types was to find out about the standard of knowledge related to ward sister rounds and nursing handovers as well as the practical implementation.

In my diploma work I have worked with six hypotheses.

Hypothesis 1 - The sister ward round is a part of the standard nursing care. This hypothesis has been confirmed. Nurses apply the sister ward round technique in their wards. Hypothesis 2 – In practice, the sister ward round fulfills the requirements of

professional nursing. Nurses perceive the application of sister ward rounds in a positive way, nevertheless, their implementation does not meet the current sister ward round standards.

Hypothesis 3 - The sister ward round poses an effective element aimed at the saturation of the patient's /client's individual needs. This hypothesis has been confirmed. Nurses have been applying sister ward rounds to find out about and to satisfy the patient's /client's individual needs.

Hypothesis 4 – Nurses cannot see any difference between the sister ward round and the nursing handover. Thus, Hypothesis 4 can be re-confirmed.

Hypothesis 5 – Nurses do not perceive the efficiency of the sister ward round. This Hypothesis could no be confirmed. Nurses understand its efficiency both for the patients/clients, and for themselves.

Hypothesis 6 – Nursing handover is an integral part of the nursing profession. Hypothesis 6 could no be confirmed. Nurses apply nursing handover in practice and consider this activity an integral and relevant part of their profession.

The significance of my diploma work consists in increasing the nurses' standard of knowledge related to the modernization of ward sister rounds and nursing handover as an integral part of the nursing profession. Its objective should be a higher quality of nursing activities and particularly the benefits resulting from sister ward rounds both for patients /clients and for nurses.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Hlášení sester a sesterská vizita vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za laskavé vedení, cenné rady a připomínky v průběhu psaní diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat hlavním sestřám a náměstkyním pro ošetrovatelskou péči, které se výzkumu jednak účastnily, a také mi umožnily tento výzkum provádět v nemocnicích Jihočeského kraje. Dále směnným sestřám, které na výzkumu spolupracovaly.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	5
1.2 Moderní ošetrovatelství	6
1.2.1 Rysy moderního ošetrovatelství.....	8
1.3 Vizita.....	9
1.3.1 Sesterská vizita	12
1.4 Hlášení sester dříve a dnes.....	15
1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace	18
1.5 Komunikace	21
1.5.1 První setkání zdravotníka s pacientem/klientem	24
1.5.2 Verbální komunikace a sesterská vizita.....	26
1.5.3 Neverbální komunikace a sesterská vizita.....	28
1.5.4 Umění naslouchat	31
1.5.5 Struktura komunikace při vizitě.....	32
1.5.6 Komunikace při sesterské vizitě u nemocného dítěte	33
1.6 Legislativa.....	36
1.6.2 Informovaný souhlas.....	37
1.6.3 Povinná mlčenlivost.....	38
2 Cíle práce a hypotézy.....	40
2.1 Cíle práce	40

2.2 Hypotézy	40
3 Metodika výzkumu	41
3.1 Metodika práce	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	42
4 Výsledky	43
4.1	43
4.2	72
4.3 Hladina významnosti	81
4.3.1 Vztah věku sester a znalosti sesterských vizit	81
4.3.2 Vztah pracoviště sester a znalosti sesterské vizity.....	83
4.3.3 Vztah věku sester a znalosti místa provádění hlášení sester.....	85
5 Diskuze	87
6 Závěr	102
7 Seznam použitých zdrojů.....	104
8 Klíčová slova	110
9 Přílohy.....	111

Úvod

Sesterská vizita a hlášení sester jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sesterská vizita probíhá každý den za účelem vyhledávání a uspokojování nesaturovaných potřeb pacienta/klienta a pro zajištění efektivní ošetrovatelské péče. Při vizitě dochází k důležitému kontaktu zdravotníka s pacientem/klientem. Z hlediska pohledu sestry nebo pacienta/klienta zde můžeme vidět značné rozdíly. Sestry provádějí sesterskou vizitu jako každodenní rutinu, nevnímají její důležitost a přínos pro nemocné, zatímco pacienti/klienti v průběhu hospitalizace vyžadují častý kontakt se zdravotníky. Sesterská vizita jim slouží k získávání nových informací o jejich stavu, možnost vypovědět sestřím své problémy a trápení. Společnými silami pacienta/klienta a sestry je najít řešení, aby se pacient/klient cítil zase dobře a nestrádal v žádné z oblastí, jak fyziologických a psychických, tak i sociálních a spirituálních potřeb. Při lékařské vizitě je tomu opačně. Pacienti/klienti vnímají lékaře jako autority, z čehož vyplývá, že často pocítují strach a stud vypovědět lékařům své osobní a mnohdy až intimní problémy. Při kontaktu s lékaři se pacienti/klienti stávají submisivními bytostmi, často uzavřeni do sebe, kteří spíše jen poslouchají, než by se na něco ptali. Snazší pro pacienty je zeptat se na totéž sestry, která k nim má blíže, je přátelštější a stává se partnerem pacienta/klienta při jeho léčbě. Pacienti/klienti lékařskou vizitu prožívají velice procítěně, mnohdy tento kontakt s lékaři vyvolává i vegetativní odezvu, jako zvýšení pulzů, nepravidelné dýchání, či zvýšení krevního tlaku. Vizita je pro ně psychicky náročnou záležitostí, mnohdy z pocitu strachu ani nevnímají, co jim lékař říká. Opakem by pak měla být vizita sesterská. Sestry se snaží navodit příjemné a přátelské prostředí. Dávají prostor pacientovi/klientovi, aby se ptal a zároveň se vypovídal ze svých pocitů. Je nutné, aby si sestry uvědomily důležitost užívání sesterských vizit v praxi a především jejich přínos pro pacienty/klienty. Sestry pacienty/klienty vnímají jako bio-psycho-sociální bytost. Přínosem sesterské vizity může být i získání důvěry klienta/pacienta. Klient, který vidí zájem ze strany sester, bude mnohem přístupnější ke sdělení svých osobních problémů a pocitů. Sestřím tak usnadní ošetrovatelskou péči z hlediska hledání pacientových/klientových prioritních ošetrovatelských problémů.

Zakladatelka ošetrovatelství Florence Nightingalová ve své knize o ošetrování nemocných z roku 1860 napsala: „Mějte na paměti, že ošetrovatelka (sestra) musí být osobou, na kterou úplně se lze spoléhat: v každém ohledu musí být osobou důvěryhodnou. Nemůže vědět, jak brzy se dostane v postavení, ve kterém svou spolehlivost a svědomitost musí osvědčit. Musí být střídmostou a počestnou, má též být zbožnou ženou. Ku vlastnímu povolání má mít úctu, neboť drahý dar života jest často úplně položen do jejích rukou“ (Staňková, str.18, Nightingale). Právě Florence Nightingalová při ošetrování nemocných navštěvovala své pacienty/klienty, zjišťovala od nemocných jejich subjektivní pocity a problémy, které se stávaly podstatným zdrojem informací pro další ošetrovatelskou péči. Dá se tedy říci, že návštěvami pacientů/klientů, zaměřením se na individuální potřeby jedince a zjišťováním informací a subjektivních pocitů přímo od nemocných, sbírala již Florence Nightingalová informace, které sestry získávají při dnešní sesterské vizitě.

1 Současný stav

Termín vizita je latinského původu a dle slovníku cizích slov ho můžeme vyložit jako kontrolu, inspekci lékařů, nebo také prohlídku. V ošetrovatelství vizitou označujeme formu kontaktu zdravotnického pracovníka s pacientem/klientem. Jednodušeji také řečeno, je to pravidelná návštěva pacienta/klienta lékařem a ostatními pracovníky zdravotnického týmu (6, 19, 15).

V našem případě zůstaneme u výše zmíněné ošetrovatelské formulace pojmu vizity. V ošetrovatelství rozlišujeme vizitu lékařskou a sesterskou. Jak sesterská, tak i lékařská vizita by měla být nedílnou součástí poskytované péče. Hospitalizovaným pacientům/klientům vizity zajišťují možnost dozvědět se více informací o jejich nemoci a vyšetřeních, které budou, nebo již byly součástí léčby. Dále o výsledcích, prognóze a dalším léčebném plánu. Poskytují také informace o ošetrovatelských plánech a postupech, které je během hospitalizace čekají. Přestože se s termínem vizita setkáváme již řadu let, také i mnohá literatura nás o vizitě informuje, v praxi nakonec dochází k tomu, že často na důležitost provádění, především sesterských vizit, zapomínáme. A přitom samotný pacient/klient ve vizitě spatřuje očekávaný kontakt se zdravotníky. Vizita se pro něj stává jedním z prvotních kontaktů se sestrou i lékařem. Cizí zdravotnické prostředí působí na nemocné velice stresově, pacient/klient se ocitá v nemocničním pokoji s ostatními lidmi, které předtím nikdy neviděl, neví, co se s ním děje, co ho v nemocnici čeká. Především sesterská vizita se tak pro nemocné stává velice očekávanou formou kontaktu. Pacient/klient očekává, že se při vizitách dozví více informací, že u sebe bude mít člověka, který ho v jeho nelehké životní situaci pochopí a pomůže mu se s danou situací vyrovnat. Takovou osobou by měla být sestra. Díky sesterské vizitě má sestra vymezený čas věnovat se pacientovi/klientovi, stává se nemocnému oporou. Sestra je empatická a chápe, že nemocný vždy nemusí vystupovat pozitivním dojmem, protože situace, ve které se nachází, není pro nemocného obvyklá. Pacientovi/klientovi se mění jeho potřeby, pociťuje nové problémy, což se může odvíjet i na jeho chování. „Každá nemoc mění osobnost pacienta/klienta nejen ze somatického, ale i psychického hlediska“ (Krišková, str. 526). Z tohoto důvodu vnímá pacient/klient veškeré podané informace velice emocionálně. Nevšimá si pouze obsahu podávaných

informací, tedy toho, co mu sestra sděluje slovy, ale také neverbálního projevu, kterým je například výraz v obličeji, užívaná mimika, volená gesta apod. Právě při vizitě by měli zdravotníci podávat informace taktně, věrohodně a hlavně dodržovat veškeré zásady správné komunikace. V žádném případě by při vizitě neměla probíhat komunikace jednostranně. Pacient/klient musí mít možnost vyjádřit se k léčbě, aktivně se na ní účastnit. V realitě se však velice často setkáváme, že při lékařských vizitách pacient/klient zodpovídá pouze otázku, jak se dnes cítí, jak se mu daří, nebo zda ho něco bolí. Další informace předávané během vizity, jsou pouze mezi zdravotníky. Vizita má ve většině případů velice rychlý průběh. Pacientovi/klientovi není dán dostatek prostoru, aby se i on k celé situaci vyjádřil. V nemocnici máme možnost setkat se i s tím případem, že se pacienti/klienti bojí lékařům svěřit své problémy, zeptat se, když jim je něco nejasného. K tomuto účelu následně vyhledávají pomoc sestry, která je s nimi v kontaktu po většinu času jejich pobytu v nemocnici. (1, 2, 6, 19). Komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem/klientem blíže zmiňujeme v kapitole č.1.5

Vizity nejčastěji probíhají na pokoji pacienta/klienta, popřípadě v jiné místnosti, kde si sestry zajistí klid, aby v průběhu vizity nebyly nikým rušeny. Takovou místností může být například ambulance, nebo vyšetřovna. „Úlohou sestry je připravit všechno tak, aby byl průběh vizity nerušený, pokojný, plynulý a u pacientů/klientů vzbuzoval pocit důvěry a jistoty“ (Krišková, str.526). Průběh vizity se mění v závislosti na zdravotnickém zařízení. Každé zařízení volí dle svých zkušeností a podle toho, jaký způsob jim na jednotlivých odděleních vyhovuje. Zařazením sesterské vizity a hlášení sester do ošetrovatelské péče, se péče stává kontinuální a splňuje podmínky profesionálního ošetrovatelství. (19)

1.2 Moderní ošetrovatelství

„Ošetrovatelství je moudrost, láska, pomoc“ (Farkašová, str. 11). Moudrost v ošetrovatelství představuje kniha, lásku představuje srdce a pomoc ruka. Jelikož jsme u samotných symbolů, často se v ošetrovatelství setkáváme také se symbolem světla lampy, což je znak Mezinárodní rady sester (ICN), který se do historie ošetrovatelství vepsal díky nejvýznamnější představitelce ošetrovatelské profese a první teoretičce ošetrovatelství, Florence Nightingalové. (4)

Sama Nightingalová definovala ošetrovatelství, jako činnost využívající prostředí pacienta na pomoc v jeho uzdravení. Nightingalová považovala za důležitý především vliv prostředí na pacienta/klienta. Za základ pro uzdravení považovala čisté, dobře větratelné a tiché prostředí. Zabývala se organizací práce, nedostatečným vzděláním sester a jako nezbytnou nutnost prosazovala lidský přístup k nemocnému. Z historického hlediska můžeme Florence Nightingalovou považovat také za první sestru, která prosazovala sesterské vizity. Byla to právě Nightingalová, která v době Krymské války po nocích obcházela své pacienty/klienty a sledovala změny stavu, kontrolovala rány apod. Díky nočním obchůzkám si od vojáků vysloužila přezdívku „dáma s lampou“. Tyto činnosti se přibližují dnešním sesterským vizitám.(34)

V historii však mělo ošetrovatelství poměrně nízké společenské postavení. Toto postavení vycházelo z jeho málo profesionálního a charitativního zaměření. Ošetrovatelství je tedy historicky poměrně mladý obor, postupně si vytváří svou vědeckou základnu a formuluje svou koncepci. Hlavním cílem je systematicky a všestranně zabránit vzniku onemocnění, uspokojovat potřeby nemocného člověka a podporovat jeho zdraví. Sestra vede nemocného k péči o sebe sama a vychovává jeho okolí v poskytování laické péče. Nemocnému, který o sebe nemůže pečovat sám, poskytne profesionální ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelství v historii definovaly i další teoretičky, jako například V. Hendersonová a jiné sestry. Naše zaměření ale přeneseme do současnosti. „V současné době Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, a které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Jarošová, str.39). Světová zdravotnická organizace také prosazuje novou strategii zdravotní péče, která upouští od systému zdravotní péče zaměřené na chorobu a od soustřeďování pacientů v nemocnicích. Řešením by měla být péče poskytovaná pacientům/klientům v domácím prostředí. Každý jedinec je za své zdraví zodpovědný. V případě, že není schopen se o sebe sám postarat, nastupuje péče rodiny, blízkých, či dobrovolníků. Na posledním místě by zde měla být pomoc zdravotníka profesionála. Cílem této strategie je co nejdelší pobyt nemocného ve známém rodinném prostředí, což má pozitivní vliv na jeho osobnost jako takovou. (11, 17, 25, 34)

V případě, že se jedinec dostane do nemocničního prostředí, přebírá péči zdravotnický personál. Hlavním cílem ošetrovatelství se stává uspokojování potřeb člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví, nebo uspokojování potřeby vzniklé či pozmeněné onemocněním. Hlavní funkci v této péči má sestra. Velice úzce spolupracuje s lékaři a dalším zdravotnickým personálem, jako například fyzioterapeutem, dietní sestrou apod. Činnosti sestry ve zdravotnickém zařízení spočívají v poskytování péče a pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám v dosáhnutí tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím. Sestra se snaží pochopit pacienta/klienta v jeho náročné životní situaci. Získává si jeho důvěru, chápe reakce na změněný zdravotní stav a společně s ním se snaží vyhledávat a následně uspokojovat jeho nesaturované potřeby a problémy. Uspokojovat potřeby jedinců a pomáhat jim k udržení vlastního zdraví sestra může díky informacím, které od klienta bude mít. Díky sesterské vizitě má velice usnadněnou práci. Na vizitě se jí pacient/klient může otevřít, rozhovořit o svých problémech, pocitech a trápeních. Sestra pacientovi/klientovi naslouchá a nechává mu dostatek času. Pacient/klient musí vidět, že o něj máme zájem. Sestra by sesterskou vizitu a kontakt s pacientem/klientem nikdy neměla zanedbávat. Získává si tak důvěru pacienta/klienta a má zajištěnou vzájemnou spolupráci při poskytování ošetrovatelské péče. Sestra se stává partnerem pacienta/klienta, snaží se o to, aby se aktivně zapojil do péče o vlastní zdraví. (11)

1.2.1 Rysy moderního ošetrovatelství

Současné moderní ošetrovatelství má 5 základních rysů. Prvním je individualizovaná péče a komplexní přístup k člověku. Péče o pacienta/klienta je založena na holistickém přístupu k nemocnému. Sestra musí pacienta/klienta vnímat jako jedinečnou bytost se všemi jeho biologickými, psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Ke každému pacientovi/klientovi přistupuje jako k individualitě. Každý jedinec má jinou hierarchii svých hodnot, což sestra musí vnímat a o jeho potřeby se zajímat. Pomocí sesterské vizity sestra získává informace o těchto neuspokojených potřebách. Potřeby pacienta/klienta následně společně probírají, hledají nejúčinnější řešení jejich kompenzace a následně je uspokojuje na základě

ošetřovatelského procesu. Druhým rysem je preventivní charakter ošetřovatelské péče. Prevence je vždy účinnější a levnější než samotná léčba. Sestra se snaží podporovat zdraví celé společnosti pomocí preventivní osvěty. Třetím rysem moderního ošetřovatelství je týmová organizace práce sestry. Péče o nemocného nespočívá pouze v ruce lékaře, nebo sestry, ale je záležitostí společně pracující skupiny zdravotníků. Týmová práce předpokládá schopnost spolupracovat s ostatními členy v týmu a předávat si mezi sebou informace o nemocném. K tomuto účelu sestrám slouží hlášení sester a sesterská vizita. Při sesterské vizitě je nutností, aby sestra spolupracovala i s ostatními členy zdravotnického týmu a společně se snažili pomoci pacientovi/klientovi v oblastech, kde nedochází k uspokojování jeho vlastních potřeb. Při hlášení sestra předává informace o návrzích řešení i ostatních členů zdravotnického týmu. Čtvrtým rysem je vědeckost ošetřovatelské péče. „K tomu, aby sestra chápala svůj obor jako samostatnou vědní disciplínu, musí být dobře vybavena teoretickými poznatky jak z teorie ošetřovatelství, včetně různých koncepčních modelů, tak z oblasti biologických i humanitních věd“ (Jarošová, str. 41). Posledním, pátým rysem moderního ošetřovatelství je aktivní ošetřovatelská péče. Pod tímto pojmem si lze představit, že současné ošetřovatelství je zaměřeno na potřeby člověka. Sestra aktivně vyhledává a uspokojuje potřeby nemocného jedince. Podílí se na jeho aktivizaci a snaží se v něm vzbuzovat zájem na vlastním uzdravení. (11)

„České ošetřovatelství je v současné době orientováno více biologicky a medicínsky, zdůrazňuje podstatně více aktivní roli sestry v ošetřování nemocného. Zahraniční role směřují mnohem více k ochraně zdraví a samostatné práci sestry v preventivní terénní a nemocniční péči“ (Jarošová, str. 42).

1.3 Vizita

Jak jsme již uváděli, vizity rozlišujeme na lékařské a sesterské. I ty se dále dělí. Prvním druhem lékařské vizity je vizita individuální. Při individuální vizitě má pacient možnost samostatného rozhovoru s lékařem. Cílem zde je doplnění informací o pacientovi/klientovi a jeho nemoci. Probírají se problémy intimního charakteru. Podávají se informace o dalších diagnostických a léčebných postupech. Lékař touto formou může také sdělit závažnou diagnózu.

Dalším druhem je malá lékařská vizita. Obvykle se uskutečňuje 1-2xdenně. Přítomna by měla být ošetřující sestra pacienta/klienta. Ta zde podává informace o změnách stavu, komunikuje s pacientem a asistuje lékaři. Při malé lékařské vizitě může lékař fyzikálně vyšetřovat pacienta/klienta, monitorovat vitální funkce, získávat nové informace o zdravotním stavu a jeho změnách, podat informace o dalších vyšetřovacích metodách, či dalších léčebných postupech. Zajišťovat informace o rekonvalescenci a o propuštění do domácího ošetření. (6, 19)

Velká lékařská vizita je dalším typem vizity. Uskutečňuje se v závislosti na zvyklostech oddělení. Literatura uvádí četnost 2-3x týdně, v praxi se pak běžně setkáváme s velkou lékařskou vizitou prováděnou na daných odděleních 1-2 týdně. Vedena je primářem oddělení a zúčastňují se jí všichni členové zdravotnického týmu příslušného pracoviště. Mezi tyto pracovníky můžeme zařadit lékaře a sestry, ale také fyzioterapeuta, dietní sestru, psychologa apod. Jedná se o odborníky, kteří se účastní léčby a ošetřování u konkrétního pacienta/klienta. Cílem by měla být vzájemná informovanost členů týmů o diagnostických, léčebných a ošetřovatelských postupech, vyhodnocení lékařských postupů a případné naplánování změn. (6, 19)

Vizita na ambulanci obvykle probíhá po malé nebo velké lékařské vizitě. Dochází k odbornému vyšetření pacienta/klienta přímo na ambulanci. Nejčastěji se s touto vizitou setkáváme na očním, kožním, nebo gynekologicko-porodnickém oddělení. Specifickou vizitou je vizita skupinová. Vídáme ji v léčebnách nebo na psychiatrických odděleních. Lékař se sestrou navštěvují pacienta/klienta při denních činnostech, jako je například artetherapie. Neformálně spolu komunikují a sledují projevy chování, projevy jejich osobnosti. (6, 19)

Lékařské vizity uvádíme pro odlišení od vizit sesterských. Sesterská vizita je, na rozdíl od lékařské, zaměřena více na pacienta jako holistickou bytost, na jeho pocity, problémy a nesaturované potřeby. Sestra aktivně vyhledává neuspokojené potřeby pacienta/klienta, které se mohou týkat biologické, psychické, sociální a spirituální oblasti. Zaměřuje se na ošetřovatelské intervence vyplývající ze stanovených ošetřovatelských diagnóz a cílů. Následně při vizitách sleduje účinnost provedených intervencí a jejich vliv na celkový stav pacienta/klienta. Lékařská vizita je

zaměřena na nemoc pacienta/klienta. Již nedává takový prostor, aby se pacient/klient aktivně účastnil léčby i průběhu vizity. Pro sestru je lékařská vizita podstatná z hlediska jejího působení při jejím průběhu. Sestra zde asistuje lékaři a připravuje pomůcky, stává se jeho pomocnou rukou. Důležité je, aby měla předem připravený „dokumentační vozík“ se zdravotnickou dokumentací a veškerými pomůckami, které budou při vizitě třeba. Připravuje pacienty/klienty a prostředí. Pacienty předem informuje o blížící se lékařské vizitě, dbá i na estetickou úpravu místnosti. V dokumentaci pacienta/klienta by měla zkontrolovat, zda obsahuje veškeré výsledky z laboratorních a diagnostických vyšetření. Připraví ošetřovatelskou dokumentaci, popřípadě sešit, kde zaznamenává aktuální a potenciální problémy a také pozorování sester. Lékaře informuje o průběhu a účinku poskytované ošetřovatelské péče. (1, 2, 19, 7)

Shrnutím dosavadních poznatků, dojdeme k výsledku, že lékařská vizita splňuje profesionální charakter. V ideálním případě má pacient/klient pociťovat během vizity přátelskou atmosféru, při níž může otevřeně vyjadřovat své problémy, názory a klást otázky týkající se onemocnění a léčby. Dále se podílet na rozhodování o postupech při dalším ošetřování. Sestra je při vizitě obhájkyní pacienta/klienta. Pomáhá mu vyjadřovat své problémy, zapojuje i vlastní pozorování, formuluje ošetřovatelské diagnózy a jejich vývoj. Při vizitě pomáhá zaujímat pacientovi/klientovi správnou polohu, předkládá příslušnou dokumentaci apod. V neposlední řadě zaznamenává ordinace lékaře. Po ukončení vizity spočívá práce sestry v úklidu pomůcek a následného plnění ordinací lékaře. Takto jsme nastínili ideální situaci, jakým způsobem by měla lékařská vizita v praxi probíhat. Ve skutečnosti se však setkáváme s pravým opakem. Při průběhu lékařských vizit je jen málokdy vidět přátelská a uvolněná atmosféra. Lékaři většinou ve spěchu konzultují zdravotní stav pacienta/klienta. Jen výjimečně je dán prostor i pacientovi/klientovi, aby se k léčbě vyjádřil. V této souvislosti je tedy nezbytné zdůraznit důležitost sesterských vizit. Při sesterské vizitě by k těmto případům docházet nemělo. Sesterská vizita je zaměřena přímo na pacienta/klienta. Sestra se snaží zapojit pacienta/klienta do péče a nechává prostor pro jeho dotazy a názory na postup ošetřování. (6, 7, 45)

1.3.1 Sesterská vizita

Sesterská vizita probíhá za účasti sester přímo u lůžka pacientů/klientů. Přítomna by měla být i staniční sestra, popřípadě vrchní sestra. „Staniční, či vrchní sestra kontroluje kvalitu poskytnuté ošetrovatelské péče. Při realizaci ošetrovatelského procesu se tímto způsobem provádí předávání služby, kdy primární nebo skupinové sestry organizovaně předávají své nemocné nastupujícím sestrám.“ (34)

Důležitou úlohou sestry je poskytnout kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči v přímé souvislosti s potřebami pacienta/klienta a v návaznosti na péči lékařskou. Cílem sesterské vizity je hodnotit průběh ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů/klientů, a to pomocí ošetrovatelského procesu. Pokud si průběh sesterských vizit blíže specifikujeme, dojdeme k závěru, že úkolem sestry je zjistit a poté zabezpečit ošetrovatelské potřeby pacienta/klienta. Pomocí sesterské vizity sestry získávají informace týkající se právě neuspokojených potřeb a tužeb pacienta/klienta. Jak jsme již zmiňovali, každý pacient/klient je individualitou. Individuální jsou potom i jeho aktuální potřeby. V nemocnici často dochází k jejich neuspokojení. Sestra společně s pacientem/klientem tyto problémy formuluje, určuje jejich důležitost na základě subjektivního posouzení samotného pacienta/klienta a následně problémy zasazuje do ošetrovatelských diagnóz. Během celé doby hospitalizace sestra získává a udržuje důvěru a následnou spolupráci pacienta/klienta na léčbě a ošetrování. Po samotné realizaci ošetrovatelských činností může sestra při sesterské vizitě zhodnotit účinnost poskytované péče. Společně s pacientem/klientem sleduje, zda bylo pomocí ošetrovatelských plánů dosaženo požadovaného výsledku, zda byly tyto činnosti efektivní a v jakých oblastech je třeba pokračovat v péči. Zda se nevytvořily nové problémy nutné k řešení a případně stanovuje další dílčí cíle, kterých ještě nebylo dosaženo. Shrneme-li napsané, uvědomujeme si, že cílem sesterské vizity je hodnocení průběhu ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. (6, 7, 19, 40)

Sesterské vizity, podobně jako lékařské, můžeme dělit dle jejich průběhu. Jednou z forem je individuální sesterská vizita, která probíhá za pomoci individuálního rozhovoru s pacientem, v místnosti k tomu určené. Tuto formu můžeme spatřovat u primárních sester. Sestra si zajistí dostatek času a místnost volí tak, aby při průběhu

vizity nebyli s pacientem/klientem nikým rušeni. Touto místností může být například vyšetřovna. Pacient/klient cítí, že může bez ostychu vyjadřovat své pocity a trápení. Sestra pacienta/klienta povzbuzuje, pomáhá mu vyjadřovat své názory, snižuje strach a úzkost vzniklé v souvislosti s hospitalizací. Následně po vizitě převazuje, ošetřuje rány, podává informace o připravovaných vyšetřeních, učí pacienta/klienta některé léčebné postupy, vyslechne klientovy problémy, a především se ho snaží pochopit v jeho náročné životní situaci. Pacient/klient musí cítit, že je sestra jeho partnerem, nikoli vládcem nad jeho péčí. Samotného pacienta/klienta do péče zapojuje. V případě aktivní účasti na léčbě, je pacient/klient více motivovaný, snaží se dělat pokroky v léčbě a rád nám sděluje své úspěchy. Je také pozitivně zaměstnaný během dne, nezaobírá se samotnou nemocí, ale koncentruje myšlenky do zlepšování svých aktivit, uspokojování svých potřeb. Souhrnně řečeno, spolupracuje na vlastní léčbě a ošetřování. Sestra pacienta/klienta chválí a nadále ho povzbuzuje k dalším výsledkům. Výhodou individuální sesterské vizity je bezprostřední kontakt s pacientem/klientem. Sám nemocný se nebojí vyjadřovat své názory, postoje a samozřejmě i problémy, které ho aktuálně trápí, jako by tomu mohlo být na pokoji před ostatními pacienty.

Malou sesterskou vizitu, zajímavě popisuje ve své knize Krišková. Dle autorky probíhá každý den na pokoji klienta. Obvykle se jí účastní 1-2 sestry. Sestra pracuje podle ošetrovatelského procesu. Její role nejprve spočívá v identifikaci problémů pacienta/klienta. Problémy nemocného následně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Následně stanovují cíle, kterých by mělo být dosaženo. Cíle musí být formulovány reálně, tak aby bylo možné je společně s pacientem/klientem splnit. Sestra spolu s nemocným nacházejí cestu, jakými možnostmi lze u pacienta/klienta dojít k očekávaným výsledkům. Sestra vždy vychází z potřeb pacienta/klienta a jeho možností řešení. Pacientovi/klientovi naslouchá a respektuje jeho názory. Bere na vědomí jeho možnosti a schopnosti a dle nich pak společně vytvářejí ošetrovatelský plán. I v této fázi je důležitá motivace a zaměření se na maximální možnosti pacienta/klienta. Z malé sesterské vizity vyplývá i zdravotně výchovná činnost. Ta v sobě obsahuje schopnost sestry edukovat pacienta/klienta o vlastním onemocnění, o průběhu ošetřování. Učí, jak užívat dané léky, jak postupovat při plánovaných

vyšetřeních. Podává informační materiály v podobě brožur, článků o onemocnění a následném režimu. Zpětně si kontroluje, zda všemu porozuměl. Hlavním cílem malé sesterské vizity je zajištění kontinuální ošetrovatelské péče se zaměřením se na individualitu našeho pacienta/klienta. (6, 19, 36)

Poslední formou je velká sesterská vizita. Je to vizita, které se účastní vrchní sestra, staniční sestra a směnné sestry. Hlavním předmětem velké sesterské vizity je prodiskutovat s vedoucími sestrami základní ošetrovatelské postupy u jednotlivých pacientů/klientů. „Vyhodnocovat poskytování ošetrovatelské péče na pracovišti a určení vzájemné spolupráce ve zdravotnickém týmu ve prospěch pacienta/klienta" (Krišková, str. 533). Velká sesterská vizita se opět orientuje na pacienta/klienta. Sestry vyhodnocují účinnost dosud poskytnuté péče, zaměřují se na úspěchy, kterých bylo dosaženo, ale také potřeby, které ještě nebylo možné saturovat. Hledají důvody, proč k uspokojení těchto potřeb prozatím nedošlo. Snaží se najít další možnosti, pomocí nichž by došlo k dosažení stanovených výsledků. I zde má pacient/klient možnost účastnit se na péči o sebe sama, vyjádřit své pocity během vizity, názory na průběh ošetřování, popřípadě ventiluje nově vzniklé problémy a nesaturované potřeby. Sestry se za pomoci vedoucích pracovníků snaží společně s pacientem/klientem najít nejvhodnější a nejefektivnější řešení daných problémů. (6, 19)

Důležitou součástí všech druhů sesterských vizit je organizace. Dané oddělení nemocnice by mělo mít stanovený pravidelný čas konání vizit. Velké sesterské vizity se účastní i vedoucí sestry, jako je staniční a vrchní sestra daného oddělení a sestry specialistky. Přítomni by měli být všichni členové zdravotnického týmu, kteří se aktivně podílejí na ošetrovatelské péči pacienta/klienta. Popřípadě s nimi předem problém konzultovat. Jedná se například o dietní sestru, či fyzioterapeuta. K dispozici je připravena příslušná ošetrovatelská dokumentace hospitalizovaných pacientů/klientů. Informování by měli být nejen členové týmů, ale především pacienti/klienti. Ti vítají každou návštěvu zdravotnického personálu velice pozitivně. Každý den se na vizitu připravují a také ji očekávají. Ve vizitě vidí zájem ze strany zdravotníků o jejich problémy a trápení. Z tohoto důvodu je důležitá příprava týmu na komunikaci s pacientem/klientem. Ten by měl mít dostatek prostoru na možné dotazy týkající se

léčby. Ošetřující personál by se měl zaměřit na návrhy pacienta/klienta, zajistit také možnost spolupráce s příbuznými nemocného. Řešit ošetřovatelské problémy pacienta/klienta a zaznamenávat je do ošetřovatelské dokumentace. Vizita by měla končit stanovením priorit sesterských činností, časovým harmonogramem plnění, určením pracovníka zodpovědného za splnění úkolů, způsobem vyhodnocení a jeho následné kontroly. Co bychom neměli v žádném případě opomenout je, že všechny druhy sesterských vizit slouží sestřím jako nástroj pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče.(6)

Neopomenutelná je také příprava sester na vizitu. Sestra by měla mít potřebné informace o klientovi. Přípravuje pomůcky, mezi které řadíme ošetřovatelskou dokumentaci, pomůcky ke sledování fyziologických funkcí a v neposlední řadě také informační letáky a brožurky vhodné pro zdravotní výchovu pacientů/klientů. „Připravit by měla také klienta, který je informovaný o svých právech spolurozhodovat a spolupracovat při řešení otázek uspokojování jeho potřeb. Chápe cíle sesterské vizity a je informován, kdy a kde se sesterská vizita koná“ (Filausová).

1.4 Hlášení sester dříve a dnes

V posledních letech prodělalo hlášení sester významné změny. Oproti minulým létům, kdy se hlášení sester provádělo písemným záznamem do knihy hlášení a ústní předání probíhalo na sesterně, se v dnešní době setkáváme s ústním hlášením sester přímo u lůžka pacienta/klienta za užití ošetřovatelské dokumentace a písemným hlášením, kde informace zaznamenáváme do tzv. záznamové knihy, nikoliv však do knihy hlášení, jak tomu bylo dříve.

Jakým způsobem tedy probíhá současné hlášení sester? V praxi, na konci každé pracovní směny, tým zdravotních sester předává informace o ošetřovatelské péči u jednotlivých pacientů/klientů jiné skupině sester. Toto předání se uskutečňuje, jak ústní, tak také písemnou formou.(3, 31, 35)

První formou je hlášení ústní, jinak také verbální. Ústní předání obvykle zahrnuje plán ošetřovatelské péče u jednotlivých pacientů/klientů, nastalé změny a informace, které se udály během směny, druhé skupině sester. Abychom viděli rozdíly mezi hlášením sester dříve a dnes, uvedeme si jednotlivé případy. Jak jsme již zmínili,

dříve se ústní hlášení sester provádělo na společné místnosti sester bez účasti nemocných. V tomto případě bylo předání hlášení obvykle velmi krátké. Sestry se vždy snažily shrnout informace o pacientech/klientech a o chodu oddělení na minimální množství. Při hlášení sestry neutilizovaly ošetrovatelskou dokumentaci, v tom případě často zapomínaly na veškeré informace a změny, které se během směny udály. Možnou nevýhodou také bylo individuální vnímání jednotlivých událostí různými sestrami. Co může považovat za podstatné jedna sestra, může druhá sestra brát jako běžnou věc a nepřikládat dané situaci větší význam. Celkovým výsledkem tedy je, že verbální hlášení, jež bylo prováděno na společné místnosti sester, nebylo tak kvalitním zdrojem informací.

Největším pokrokem v současném hlášení sester, můžeme vnímat přesunutí předávání hlášení přímo k lůžku nemocných. Díky této změně dochází k zapojení samotných pacientů/klientů do hlášení. Nejen sestry, ale také nemocní mohou vyjadřovat svůj názor. Pro sestry se zapojení nemocných stává výhodou. Přímou od pacienta/klienta získávají informace, které jsou důležité při stanovování intervencí a způsobů ošetřování. Další výhodou, kterou můžeme zmínit je, že pacienti/klienti vnímají sestry jako partnery péče o jejich zdraví, vidí zájem ze strany sester a tím dochází k utváření pozitivního náhledu a zvýšení důvěry ve vztahu sestra-pacient/klient. Sestry se snaží předat veškeré informace, aby na nic nezapomněly a pacienti/klienti je nemuseli doplňovat. Aby informace byly kvalitní a sestra se nemusela spoléhat pouze na svou paměť, v současné době, při předávání hlášení přímo na pokoji pacienta/klienta, má sestra k dispozici ošetrovatelskou dokumentaci, ze které může v průběhu předání čerpat informace. V ošetrovatelské dokumentaci má záznamy z provedených vyšetření, pozorování a celkové informace o pacientech/klientech z průběhu celého dne. V této podobě, tedy za předpokladu užívání ošetrovatelské dokumentace spolu se zapojením pacienta/klienta do péče o vlastní zdraví a tím i do průběhu předávání, získalo hlášení sester nový rozměr. (3, 31, 35)

V našich podmínkách se na standardních odděleních s předáváním směny na pokojích pacientů/klientů ještě příliš neseťkáváme. Toto předávání můžeme spatřovat především na jednotkách intenzivní a anesteziologicko-resuscitační péče. Avšak

s výhodami, které jsme si v předešlém odstavci uvedli, je vhodné zamyšlení sester nad užíváním tohoto moderního typu hlášení sester. Moderní forma ústního hlášení sester přímo u lůžka pacienta/klienta, s jeho samotným zapojením, se může stát kvalitním zdrojem informací i na standardních nemocničních odděleních.(3, 31, 35)

Písemné hlášení je druhou formou sesterského předání informací. Písemným hlášením sestry zajistí předání návykových látek, nástrojů a přístrojů. Pokud je písemné hlášení sester, neboli záznamová kniha, na oddělení vedena, je třeba, aby obsahovala pouze potřebné informace. Sestry by se měly vyhnout přenechávání osobních vzkazů, nevhodné je užívání vulgarismů a v případě předávání opakujících se údajů, je vhodné užívat stejnou formulaci, popř. stejné zkratky. Jako příklad můžeme uvést předávání opiátů. Sestry by se měly vzájemně dohodnout na jednotné formulaci užívaných opiátů a jejich zkratk, tak, aby bylo hlášení jednotné a srozumitelné. Díky stejnému názvosloví chrání samy sebe před případným pochybením. Zároveň však musíme zmínit, že používání zkratk je do budoucna diskutabilní. Pokud zůstaneme u samotných opiátů, nepřipustný je zápis, kde se sestra pod údajem předávání návykových látek podepíše pouze křestním jménem nebo nečitelnou paraťou. V současné době mívá většina sester v nemocnicích razítko se svým jménem. Razítko sestry musí užívat při jakémkoliv záznamu do dokumentace pacienta, ale i při zapisování do záznamové knihy při hlášení sester. Razítko následně stvrdí vlastnoručním podpisem. Je důležité také upozornit na správnost podpisu. K těmto účelům na jednotlivých odděleních slouží záznam s podpisovými vzory všech sester, které na oddělení pracují. V případě jakýchkoliv pochybností, je možné se o správnosti podpisu přesvědčit právě v tomto záznamu. Svým podpisem a razítkem se sestra stává zodpovědnou za jednotlivé výkony. Další povinností sester je nutnost záznamovou knihu podepsat vždy při příchodu do nové směny. Svým podpisem stvrzují, že byly s informacemi srozuměny.(3, 31, 35)

Samotná formální stránka zápisů v hlášení sester je vizitkou oddělení. Staniční a vrchní sestry by si dané hlášení měla kontrolovat, tak, aby splňovalo základní požadavky. Kontrola nespočívá pouze v rukou vrchní a staniční sestry. Protože směnné sestry, které si informace vzájemně předávají, záznamovou knihu podepisují, měly by i ony kontrolovat správnost zápisu. V případě pochybení by byly vinny jak sestry, které

záznam zapsaly, tak sestry, které se pod předání podepsaly s tím, že tyto informace převzaly. V příloze 3 uvádíme příklady formulářů pro písemné hlášení sester.(3, 31, 35)

Tomuto kompletnímu předání informací, jak písemnou, tak ústní formou říkáme hlášení sester. (31, 8, 13, 50, 42)

1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace

Hlášení sester se provádí za pomoci ošetrovatelské dokumentace. Dokumentací rozumíme způsob zachycení a uchování skutečností zaznamenaných na různých nosičích. Zdravotnická dokumentace se zpracovává elektronicky i písemně perem. Řídí se aktuálními legislativními požadavky. Zákon č.20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, v platném znění, ukládá všem zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nerozlišuje mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sestry. Dokumentace je přístupná lékařům a ošetrovatelskému týmu, který se podílí na péči o pacienta/klienta. Stává se majetkem zdravotnického zařízení, které musí dokumentaci přísně archivovat. „Zdravotnická dokumentace obsahuje důležité údaje, které je třeba v zájmu pacienta i poskytovatelů zdravotní péče zachovat po dobu stanovenou tak, aby s nimi bylo v případě potřeby možné pracovat. Zákon č.97/1974 Sb., o archivnictví, v platném znění, upravuje ukládání i skartování písemností. Z něho pak vychází spisové a skartační řády zdravotnických zařízení, které konkretizují postup pro jednotlivá zdravotnická zařízení“ (Vondráček, str.58). V žádném případě nesmí dojít k úniku informací ze zdravotnické dokumentace a následně k neoprávněnému nakládání s osobními údaji, což je vymezeno v Trestním zákoně, § 178. (7, 47, 48)

Dokumentace užívaná ve zdravotnictví se dělí na tři hlavní části. První částí je zdravotnická dokumentace vedená lékaři. Lékař zapisuje a uchovává rozhodné skutečnosti, které se vztahují k poskytování zdravotní péče. Mezi tyto činnosti řadíme například ordinace léků, výsledky vyšetření, ordinace konziliárních vyšetření, nebo souhlas pacienta/klienta s hospitalizací. Další částí je dokumentace ošetrovatelská, která slouží k zápisu sestrám. Ošetrovatelská dokumentace je v praxi poměrně novým zdrojem informací. Sestry v České republice užívají ošetrovatelskou dokumentaci teprve od roku 1997. Jedná se o veškeré písemné, grafické a jiné záznamy, které se

týkají nejen pacientů, ale jakkoli souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické administrativy, její obsah je dán legislativně. Prostřednictvím kvalitní ošetrovatelské dokumentace můžeme sledovat celý průběh onemocnění pacienta/klienta z pohledu sester. Sestry mají díky dokumentaci informace o ošetrovatelské anamnéze pacienta/klienta, o ošetrovatelské diagnostice a dalším plánování sesterských činností. Zaznamenávají zde samotný průběh realizace ošetrovatelské péče a následné hodnocení výsledků, kterých bylo u pacienta/klienta dosaženo. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Slouží tedy k zajištění kontinuity poskytované péče a zároveň umožňuje chronologický náhled o poskytnuté péči. Díky ošetrovatelské dokumentaci mají sestry doklad, že byla ošetrovatelská péče poskytnuta dle ordinace lékaře, tak i dle rozhodnutí sestry poskytující ošetrovatelskou péči. Dokumentace dokládá, že tuto péči sestra poskytla správně, ve správném čase a způsobem, jaký byl naordinován. Dále jako doklad, že daná péče byla poskytnuta správně, vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta/klienta. Je také podkladem, že zdravotní péče byla v souladu s postupy lege artis, tedy dle standardů. V neposlední řadě ošetrovatelská dokumentace slouží jako podkladový materiál pro vědu a výzkum v ošetrovatelské péči. Pro tyto účely slouží i hlášení sester, a proto toto hlášení nemá být podceňováno, jak se často v realitě děje. „Ošetrovatelská dokumentace a lékařská dokumentace jsou součástí jednotné zdravotnické dokumentace“ (Šamánková, str. 34). Posledním typem je dokumentace provozní, kam se zaznamenávají informace, které dokládají chod oddělení, kde je daná péče poskytována. Součástí provozní dokumentace je i Evidence návykových látek, která dokládá správné objednání látek na oddělení, evidenci při převzetí a vydání a v neposlední řadě také stávající fyzický stav látek na oddělení a jejich kontrolu. Do provozní dokumentace řadíme také Knihu vzkazů, která slouží jako komunikátor mezi směnnými sestrami a sestrou staniční či vrchní, či navzájem mezi jednotlivými směnnými sestrami. Kniha dokládá fungování provozu oddělení, vznik nedostatků a způsoby jejich řešení. Do knihy záznamů není oprávněn nahlížet pacient/klient. Toto oprávnění náleží vrchní a staniční sestře. Při řešení stížností pacientů/klientů, se kniha dostává do rukou zaměstnanců zdravotnického zařízení, kteří následně určí řešení

daného konfliktu. Nejen z tohoto důvodu by měla mít Kniha vzkazů vhodnou formální stránku, za kterou ručí jednotlivé sestry na oddělení a knihu následně kontroluje staniční a vrchní sestra.(7, 16, 28, 36, 47, 48)

1.4.1.1 Vedení a kontrola dokumentace

Zdravotnická dokumentace slouží pro poskytnutí potřebných informací o pacientovi/klientovi, jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena dle standardů a v neposlední řadě, jako doklad pro vyúčtování zdravotní péče. Aby plnila svou funkci, musí být zápis ve zdravotnické dokumentaci, dle zákona, veden průkazně, pravdivě a čitelně. Právě nečitelnost bývá jedna z nejčastějších výtek a velice často může vést k pochybení a následnému poškození pacienta/klienta. Především, jedná-li se o nečitelnost v ordinacích. Sestra by měla být vždy opatrná a záznamem si musí být jistá. Obsažené údaje musí být v listinné nebo elektronické formě. Ošetrovatelská dokumentace tedy musí být pravdivá, vždy opatřená datem i časem, přestože čas zákon vysloveně nestanovuje, je vhodné, aby v závažných skutečnostech obsažen byl. Můžeme tím vyjasnit situace, když například při ranní vizitě lékař napíše, že je pacient/klient bez obtíží, ale v ošetrovatelské dokumentaci se objeví záznam, že má tentýž pacient/klient bolesti. Sestra se vždy musí podepsat a uvést čitelnou jmenovku pod daný zápis. Zápis musí být srozumitelný, psaný v jazyce českém, tak aby všechny sestry záznamu porozuměly. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou postupně doplňovány. Sestra doplňuje údaje dle toho, jak při poskytování péče postupovala. To platí především v urgentních stavech, nebo při náhlém zhoršení stavu pacienta/klienta. Sestra musí záznamy provést ihned, nikoli s několikedenním odstupem, takový záznam je pak nevalidní. Pokud sestra provádí úpravy v ošetrovatelské dokumentaci, musí to provést tak, aby i předchozí záznam byl čitelný. Pod každou opravu i každý vlastní záznam se musí autorizovat, to znamená, uvádí podpis a jmenovku. Samotný podpis sestry se neakceptuje. Vlastní zápis v ošetrovatelské dokumentaci provádí sestra a dokumentuje nám konkrétní postup ošetrovatelské péče, stav pacienta/klienta či jinou závažnou skutečnost. Sestra provádí zápis na počítači a následně doplňuje rukou, nebo jsou veškeré informace psány pouze rukou. Některé důležité záznamy označuje barevně dle zvyklosti oddělení. Údaje jsou zapisovány během směny a při ukončení směny, kdy

následně dochází k předávání pacientů/klientů nadcházející směně sester. Informace o pacientech/klientech sestra volí dle ošetrovatelské dokumentace. Ty by nám měly zajistit pravdivé skutečnosti, které se během směny u pacienta/klienta objevily. Kvalita celé dokumentace závisí na kvalitě informací, které obsahuje. Správně vedená dokumentace poskytuje právní, etické a profesionální jistoty nejen pro pacienta/klienta, ale také pro zdravotníky, kteří se podílejí na jeho péči. (28, 50)

Ošetrovatelská dokumentace musí být také pravidelně kontrolována. Kontrolu provádějí vedoucí pracovníci, které k tomu opravňuje zákoník práce. Ten stanovuje vedoucím pracovníkům řízení, organizování, kontrolu a posuzování práce podřízených, kam zařazujeme i kontrolu zápisů v ošetrovatelské dokumentaci. Vrchní a staniční sestra kontroluje formální i obsahovou stránku vedení ošetrovatelské dokumentace a dle výsledků přijímá potřebná opatření, popřípadě i doporučující sankce, pokud se závady, i po náležitém poučení, opakují. Za konkrétní záznam v ošetrovatelské dokumentaci odpovídá vždy sestra, která záznam provedla, ta dle závažnosti může být potrestána, zpravidla staniční nebo vrchní sestrou. Z tohoto důvodu by měla každá sestra dbát na správné a čitelné zapisování do dokumentace pacienta/klienta, měla by si uvědomit, že tím chrání nejen nemocného, ale také samu sebe. Další kontrolu provádějí i sestry mezi sebou. Při pochybeních by mohlo dojít i k takové situaci, že by sestra mohla být volána k odpovědnosti trestně právní i občansko-právní. Důležitou součástí je také kontrola, jak si odpovídají záznamy v ošetrovatelské dokumentaci se záznamy v dokumentaci lékařské. Vhodné je, aby sestry i lékaři byli předem srozuměni o termínech kontrol zdravotnické dokumentace. Vrchní a staniční sestry následně provádějí písemný zápis výsledků do dokumentace o oddělení nebo stanici. (49, 50)

1.5 Komunikace

Jak jsme již uvedli, nezbytnou součástí standardní ošetrovatelské péče je v současném moderním ošetrovatelství sesterská vizita a hlášení sester. Ošetrovatelská péče se tak stává kontinuální a splňuje podmínky profesionálního ošetrovatelství.

Při průběhu sesterských vizit je jednou z nejdůležitějších činností komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Pomocí komunikace a pozorování sestra, nejen při průběhu sesterských vizit, zjišťuje pocity a obavy pacienta/klienta a zpětně se mu snaží

zajistit pocit důvěry a bezpečí. Bez správné komunikace nemůže být sesterská vizita efektivní.(11)

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: slovem, písmem, gesty a dalším neverbálním chováním, pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií“ (Jarošová, str. 53). Z vyplývající citace lze pochopit, že komunikace není pouze formou řečených slov. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Sestra, jež je v neustálém kontaktu s nemocným, musí ovládat oba zmíněné druhy komunikace. Verbální a neverbální komunikaci při průběhu sesterských vizit blíže zmiňujeme v kapitole 1.5.2 a 1.5.3 (11)

Zjednodušeně můžeme komunikaci chápat, jako proces předávání informací mezi dvěma či více jedinci, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. Schopnost komunikovat patří k základní bio-psycho-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, dědičností, vycvičeností, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována. Komunikace je základem všech vztahů mezi lidmi. Výjimkou není ani vztah sestry pacient/klient, ba právě naopak. Vztah sestry s pacientem/klientem je z velké části utvářen právě vzájemnou komunikací. Sestra pomocí komunikace zjišťuje informace o svých pacientech/klientech, naslouchá jim, zmírňuje jejich obavy, uklidňuje je a v neposlední řadě zajišťuje potřebnou péči. „Communicare est multum dare“, komunikovat znamená mnoho dávat.“ (Kristová, str. 11), (18, 23, 29)

Kdykoliv dojde mezi lidmi ke vzájemné interakci, nevyhnutelně nastává určitá komunikace. Sestry většinou dobře zvládají společenskou komunikaci, stejně jako kterýkoliv jiný člověk. V ošetrovatelské komunikaci je tomu jinak. Sestry se musí učit analyzovat své interakce s lidmi a záměrně používat své dovednosti, aby dokázaly zlepšovat ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská komunikace již nestojí pouze na společenském chování a komunikování, sestra musí uplatňovat i jiné dovednosti, které s komunikací neodmyslitelně souvisí. Musí se umět vcítit do pacienta/klienta, snažit se porozumět jeho změněnému chování v nemocničním prostředí, dávat mu najevo zájem. Nesmí si všimnout jen toho, co nám pacient/klient říká slovy, ale vnímat i jeho neverbální projevy. Ty nám mnohdy podají mnohem více informací, než cokoli řečeného. Pokud

si v procentech rozdělíme informace, které během rozhovoru získáváme, pak dojdeme k výsledku, že 55% informací získáváme z řeči těla. Zařazujeme sem mimiku, tělesnou pozici, pachy, dechové tempo, nebo vzájemnou vzdálenost. 38% informací získáváme z hlasu komunikátora, z jeho síly, melodie, rytmu, nebo také tempa hlasu. A pouhých 7% informací si odnášíme z obsahu řečeného, z toho, co mluvčí říká a o čem nás chce přesvědčit. Procentuální čísla mohou být pro mnohé zarážející. Většina z nás se zaobírá především obsahem řečeného. Často rozmýšlíme slova, která během rozhovoru užijeme, nikoliv již náš celkový projev, tedy to, jakým způsobem informace předáme. Na druhé straně se ale setkáme s tím, že pacienti/klienti ve většině případů vnímají přesvědčivost řečených slov spíše z našich neverbálních projevů, než z pouhých slov.

I v komunikaci se setkáme se stěžejními situacemi. Příkladem může být komunikace u nevléčitelně nemocných a umírajících. Zde se pacienti/klienti často ptají, proč nemoc postihla právě je, zda a kolik mají ještě času, kolik toho v životě stihnou, jestli má smysl dál žít apod. Komunikace s takto nemocnými pacienty/klienty je pro sestry velice náročná. Sestra by nikdy nemocnému neměla dávat plané naděje, neměla by mu lhát. Společně s nemocným by měla najít reálné cíle, ke kterým může pacient/klient během života dojít, společně najít motivaci, proč dál žít. Sestra musí být velice empatická, vnímat každého nemocného jako individualitu a mnohé další. V praxi se v tomto případě velmi často setkáváme s tím, že sestry ani neumí na otázky ohledně smrti odpovídat a podobným rozhovorům se raději vyhýbají. Není se čemu divit, nikdo z nás záměrně nevyhledává komunikaci o smrti, nebo nevléčitelné nemoci. Avšak právě sestry by měly být i na takovéto situace připraveny. Zásady komunikace z oblasti smrti, umírání a závažné diagnózy nemáme vrozené, taková komunikace se musí naučit. Sestry by měly mít snahu se této komunikaci věnovat, aby, v případě nutnosti, uměly adekvátně zareagovat. Dalším typem ztížené komunikace může být komunikace s dětmi. S dítětem musíme jednat s láskou a informace podávat takovou formou, aby jim dítě porozumělo. Mezi hlavní ukazatele efektivní ošetrovatelské komunikace řadíme vhodnou volbu místa pro komunikaci, dostatek času na pacienta/klienta, individuální rozhovor s pacientem/klientem za předpokladu, že nebudeme nikým jiným rušeni. Dalším neodmyslitelným faktorem je dobrý vzájemný vztah s pacientem/klientem a

hlavně, komunikace může být efektivní v případě, že víme, proč k nám pacient/klient přichází a co je pro něj v současné době důležité. Lze tedy shrnout, že komunikace tvoří v ošetřovatelství základ veškeré ošetřovatelské péče a sestra používá dovednost komunikovat s pacientem/klientem jako nedílnou součást svého profesního vybavení.(11, 43, 46)

1.5.1 První setkání zdravotníka s pacientem/klientem

Pacient/klient přichází do zdravotnického zařízení ve stresu, má obavy o své zdraví, přichází do neznáma. Proto je nutné, abychom ho přijali vlídně a s porozuměním. Pacient musí pochopit, že se zdravotník stává jeho partnerem, který s ním bude na léčbě spolupracovat. Pro pacienty/klienty je velice důležité, jak s nimi sestry komunikují. Vzájemná komunikace na nemocné působí velice subjektivně, a to buď v kladném či negativním slova smyslu. Důležitým úkolem sestry je tak utvoření vzájemného účinného vztahu s pacientem/klientem. Sestra musí objevit důvody pacientova příchodu, definovat klinický problém, se kterým pacient/klient do nemocnice přichází, kontinuálně zmírňovat pacientovy/klientovy problémy, vysvětlovat, zajišťovat důvěru a pochopení apod. První setkání může velice ovlivnit další vztah mezi sestrou a nemocným. Při počátečním setkání ve většině případů dochází ke sběru anamnézy, kdy již od počátku se sestra zaměřuje na problémy pacienta/klienta. Dotazy, jež sestra při anamnéze pokládá, se týkají i osobních, často až intimních záležitostí z pacientova/klientova života. Z tohoto důvodu by sestra, již při prvním kontaktu, měla projevovat empatii, snažit se udělat na pacienta/klienta dojem, získat si jeho důvěru. Po celou dobu hospitalizace respektuje nemocného, vychází vstříc jeho přáním, pokud nejsou v rozporu s léčebným režimem a ke každému nemocnému volí individuální přístup. Sestra aktivně naslouchá a bere na vědomí i individuální subjektivní prožívání pacienta/klienta. První setkání ovlivňuje i další průběh vzájemného vztahu sestry a pacienta/klienta, který se může projevit například i při průběhu sesterských vizit.(5, 18, 20, 27, 36, 41, 51)

Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem/klientem lze charakterizovat jako nevyhnutelnou, nezvratnou a neopakovatelnou. Nevyhnutelnost představuje permanentní komunikační proces, který mezi sestrou a pacientem/klientem během

celého pobytu ve zdravotnickém zařízení probíhá. Pacient/klient sám komunikaci a jakýkoliv kontakt se zdravotníky většinou aktivně vyhledává. Tento kontakt se pro něj stává nezbytnou součástí jeho pobytu v nemocnici, vidí v něm zdroj nových informací o jeho stavu, hledá utěšení. Vidí, že o něj zdravotníci mají zájem, že se mu snaží pomoci. Jakýkoliv další kontakt se zdravotníkem vnímají jako pokrok v jejich léčbě, který má vést ke zlepšování jejich zdravotního stavu. Nezvratnost komunikace představuje, že sestra veškeré své verbální i neverbální výrazy, které během komunikace s pacientem/klientem užije, nemůže vzít zpět. Proto by předem o komunikaci měla rozmýšlet a volit taková slova, která efektivně pacienta/klienta zasáhnou. Sám pacient/klient je při komunikaci se zdravotníky velice vnímavý. Jedná se o jeho zdravotní stav a o jeho budoucnost, proto vnímá veškeré verbální i neverbální výrazy. Ty si pak může nevhodně vysvětlit. Proto by jednání sestry mělo být na profesionální úrovni. Co říká slovy, musí potvrzovat i její neverbální komunikace. Obecně platí, že ten, kdo o někoho pečuje, vyhledává kontakt s tím, o koho pečuje a snaží se shromažďovat údaje, aby se o jeho situaci něco dozvěděl. Ve skutečném pečovatelském vztahu směřují oba partneři, v našem případě sestra i pacient/klient, ke vzájemnému cíli, zlepšení zdravotního stavu, či úplné uzdravení pacienta/klienta a uspokojení jeho potřeb. Pokud se sestra chce o nemocného dobře starat, musí být informována o tom, co sám pacient/klient chce, co si přeje a co potřebuje. Jaký ve skutečnosti je a pátrat po tom, co může zlepšit jeho životní podmínky. Neopakovatelnost představuje jedinečnost dané komunikace, která se nikdy stejným způsobem neopakuje. Sestra podává pouze ty informace, ke kterým je kompetentní. Snaží se dodatečně vysvětlovat informace podané lékařem, stává se tak jeho pravou rukou. Nikdy však nezasahuje do informací, které by pacient/klient měl slyšet právě od ošetřujícího lékaře. (18, 20, 27, 36, 41)

První rozhovor sestry s pacientem/klientem začíná vzájemným představením. Na prvotní rozhovor je dobré připravit i samu sebe, protože pacient/klient velice pozorně naslouchá našim slovům a přikládá jim velký význam, ač si to většinou příliš neuvědomujeme. Hned od počátku se sestra snaží získat důvěru pacienta/klienta. Chová se k němu přátelsky, je laskavá a během rozhovoru volí slova s rozmyslem. V průběhu prvotního setkání sestra vysvětluje své úkoly a cíle při ošetřování, seznamuje

pacienta/klienta se zásadami chodu oddělení včetně průběhu lékařských a sesterských vizit. Ukazuje prostory, kde se bude pohybovat, tak, aby se co nejdříve v novém prostředí zorientoval. V navázání kontaktu s pacientem/klientem ale nejde jen o slova, ale také o řadu dalších skutečností, jako je správné naplánování rozhovoru, vhodná volba prostředí, kde se komunikace odvíjí, neverbální komunikace, a také to, aby pacient/klient pochopil, že jsme zde pro něj k dispozici, máme na něj čas a zajímáme se o něj. Hlavním cílem prvního setkání je i psychologická podpora pacienta/klienta v této stresové situaci. Laskavé slovo, úsměv, podání ruky, individuální pozdrav v čekárně, trochu osobní vřelosti, dostatečný oční kontakt i sdělení, že uděláme vše pro to, aby se brzy vyléčil, pro něho znamená opravdu mnoho, zatímco nám neublíží. (27, 36, 41))

1.5.2 Verbální komunikace a sesterská vizita

Role sestry v komunikaci s pacienty/klienty je zcela zásadní. Verbální komunikace v ošetřovatelství představuje to, co si sestra a pacient/klient navzájem oznamují slovně. Pomocí slov sestra vysvětluje, přesvědčuje, motivuje a povzbuzuje pacienta/klienta k péči o sebe sama. Právě v oblasti komunikace můžeme spatřovat velmi podstatné rozdíly mezi lékařskou a sesterskou vizitou. Sami pacienti/klienti uvádějí, jako hlavní nedostatek při poskytované péči, nedostatečnou komunikaci s lékaři. Potřebou člověka je rozhodovat o svém stavu, stejně tak pacient/klient chce být zasvěcen do rozhodovacího procesu, chce znát možnosti volby z hlediska jeho péče. Ne každý lékař však umožňuje pacientovi/klientovi, aby se na rozhodovacím procesu podílel. Lékařské vizity zpravidla probíhají poměrně rychle, pacienti/klienti nemají mnoho možností zasahovat do komunikace mezi jednotlivými lékaři a spíše jen čekají na výsledky, ke kterým lékaři došli. Poté se na většinu informací dotazují sester. Lékař i sestra se samozřejmě liší kompetencemi, jaký druh informací mohou poskytnout. Lékař poskytuje informace týkající se léčby, onemocnění, sděluje závažné diagnózy a podobně. V tomto případě spočívá role sestry při následné komunikaci s pacientem/klientem především ve vnímání připravenosti pacienta/klienta na přijetí závažné diagnózy. Sestra musí být zvýšeně vnímavá vůči pocitům a projevům pacienta/klienta. Častým kontaktem s nemocným se sestra snaží vycítit vhodnou příležitost ke sdělení závažné diagnózy, po celou dobu je pacientovi oporou. Vysvětluje,

čemu pacient neporozuměl, v komunikaci řeší ošetrovatelské problémy. Sestra jako poskytovatelka odborné péče má při pomoci nemocnému, při jeho obsluhování a dopomoci mnoho příležitostí ke komunikaci. Je mu lidsky blízká, tráví s ním hodně času, z návštěv také zná jeho rodinu. Mnohem častěji, než lékař, bývá zasvěcena i do osobních až intimních záležitostí. Z tohoto důvodu musí být sestra velice dobře připravena odpovídat na otázky, kterými se pacient trápí. Sestra pacienta/klienta odkazuje na lékaře pouze v tom případě, jestliže jí pacient/klient pokládá otázky charakteru diagnostického, léčebného, zajímá-li se o léky či prognózu svého onemocnění. V ostatních případech je pacientovi/klientovi k dispozici ve všech oblastech jeho dotazování. Při ošetrovatelských činnostech i při sestřerské vizitě sestra ponechává prostor i samotnému pacientovi/klientovi, dává mu možnost, aby se i on mohl vyjádřit a sdělit nám své obtíže a problémy. Řada studií prokázala, že průměrně inteligentní pacient/klient odchází od průměrně dobrého zdravotníka s tím, že si téměř třetinu řečených informací si nepamatuje. Tomu by sestra měla zabránit pomocí vhodné komunikace a především užívání zpětné vazby. Sestra průběžně klade kontrolní otázky, pomocí nichž zjišťuje, zda pacient řečenému porozuměl. Na rozdíl od lékařské vizity, je sestřerská vizita zaměřena vyloženě na neuspokojené potřeby pacienta/klienta, na to, co ho v současnosti nejvíce trápí. Pacienta/klienta často daleko více zajímá, jakým způsobem zasahuje jeho onemocnění do každodenních aktivit a do osobního života, než složité a pro něj často nesrozumitelné informace, které získává od lékařů při lékařské vizitě, týkající se nejčastěji výsledků pomocných vyšetření, biochemických hodnot a klinických úvah. Na rozdíl od lékařské vizity, sestra při průběhu sestřerské vizity nechává pacienta/klienta zasahovat do péče o sebe sama. Zároveň ho podporuje a navrhuje na správnou cestu řešení. Je pro něj důvěryhodnou osobou, které se pacient/klient nebojí svěřit i s intimními záležitostmi. Sestra musí zvládat zásady správné komunikace, aby pacient/klient věděl, pokud se na sestru obrátí, že dostane vždy odpověď, jakou žádá. Komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem by měla být povzbuzující. Sestra se snaží pacienta/klienta povzbuzovat v hovoru, projevuje zájem o řečené a dále povzbuzuje pacienta/klienta. Díky tomu získává mnohem více informací. Pacient/klient zároveň pociťuje zájem ze strany sestry, což je pro něj velice důležité.

Rozhovor by dále měl být objasňující. Sestra pacientovi/klientovi vysvětluje jednotlivé postupy. Snaží se o zapojení pacienta/klienta do rozhodovacího procesu a spíše, než vysvětlování, užívá navádění pacienta/klienta na správnou cestu řešení pomocí kladení otázek. Pacient/klient je tak zapojen do péče i do průběhu sesterské vizity a o to více s námi spolupracuje. Další součástí rozhovoru v ošetřovatelství je vcítění se do pacienta/klienta. Sestra projevuje porozumění s tím, co pacient/klient prožívá a pociťuje. Umožňuje pacientovi/klientovi pojmenovat vlastní emoce. V neposlední řadě musí být rozhovor sumarizující a oceňující. To znamená, že sestra shrnuje důležité myšlenky, informace, ke kterým společně s pacientem/klientem došli a uznává vážnost problému pacienta/klienta. Zároveň se ho snaží ocenit za každý, byť malý pokrok a jeho pozitivní chování. V dnešní době má pacient/klient ze zákona právo na plnou informovanost. Sdělení sester by mělo být srozumitelné, zřetelné a bez pojmů, kterým by pacient/klient neporozuměl. Také slova musí sestra volit uvážene a cíleně. Důležité je, aby si uvědomila, že vyřčené již nemůže vzít zpět a dle toho jednat. A právě komunikace se zpětnou vazbou nám pomáhá ujistit se, zda jsme pacientovi/klientovi podali informace, které jsou pro něho srozumitelné. Verbální komunikační dovednosti cvičíme celý život. Sestra verbální komunikací umí klást otázky, motivuje a vytváří výzvy u pacienta/klienta, objasňuje, logicky a srozumitelně shrnuje řečené informace a také projevuje porozumění.(10, 18, 23, 36)

1.5.3 Neverbální komunikace a sesterská vizita

Neverbální komunikace je druh sdělení, při kterém si informace předáváme beze slov. Pochází z latinského termínu non verbum, kdy non představuje zápor a verbum slovo. Tedy komunikace nepoužívající slov. Znamená to, že tělo mluví stále, i když neotevřeme ústa. Veškerá slova, která užíváme, stojí pouze na pozadí naší neverbální komunikace. Neverbální komunikace zde existovala mnohem dříve, nežli se vyvinula řeč samotná a i v současné době neverbální komunikaci užíváme častěji, nežli slova samotná. Může to být způsobeno tím, že neverbální složka má velice pestrou paletu způsobů, jak své názory můžeme vyjadřovat. Nonverbální složka komunikace v sobě zahrnuje prvky mimické, postoje, gesta, vzájemnou vzdálenost a mnohé další.

Zejména při komunikaci s pacientem/klientem je nutné věnovat se aspektům

neverbální komunikace. Sestra při sesterské vizitě sleduje emoce, pocity, nálady, afekty a postoje. Pomocí neverbální komunikace vzbuzuje zájem o sblížení, vyjadřuje náklonnost či odmítání. Vytváří důležitý první dojem v úvodní interakci s pacientem/klientem. Díky neverbální komunikaci ovlivňujeme druhou osobu, jeho názory, postoje, způsob vyjadřování i jednání. Neverbální komunikací můžeme také povzbuzovat verbální komunikaci, řídíme tak rozhovor. Důležitá je nejen neverbální komunikace samotné sestry, ale také pacienta/klienta. Ten, stejně jako sestra, pomocí neverbálních projevů vyjadřuje své pocity, postoje a názory. (10, 18, 23, 29, 36)

Informace získané pomocí interpretace jednotlivých neverbálních projevů jsou velice důležitou součástí sociální interakce. Zejména v úvodní fázi rozhovoru je důležitý první dojem, který, především v nemocnici, může vyvolat důvěru či nedůvěru při pozdějším kontaktu pacienta/klienta se zdravotníkem. Sestra si musí být vědoma svého verbálního i neverbálního projevu. Verbální i neverbální komunikace, kterou užívá nejen při sesterské vizitě, by měla být ve vzájemném souladu. To, co sestra říká slovy, musí vhodně doplňovat neverbálními projevy. (23, 29)

Jak jsme již uvedli, do neverbální komunikace řadíme mimiku, gesta, oční kontakt, haptiku, posturiku, ale také proxemiku, neboli vzdálenost, na kterou spolu lidé komunikují. Proxemiku bychom nyní uvedli trochu blížeji, protože právě ve zdravotnictví dochází velice často k narušení intimní zóny pacienta/klienta zdravotníkem. Termín proxemika je odvozen z latinského slova proximitas, neboli blízkost. Blízkost mezi komunikujícími můžeme rozdělit do čtyř proxemických zón. Pokud si tyto zóny vezmeme od nejbližší, je to zóna veřejná, jinak také neosobní. Tuto zónu měříme od 360 cm. V této vzdálenosti se ztrácí osobní kontakt sestry s pacientem/klientem. Tato zóna se užívá u veřejných shromáždění, jako je například konference, nebo hromadné schůze. V nemocničním zařízení veřejnou zónu neužíváme. Další zónou je zóna společenská, která se nachází v rozmezí od 120 cm do 360 cm. Tato zóna je určena pro běžný kontakt s lidmi. V nemocnici se komunikace ve veřejné zóně uplatňuje při předávání neosobních informací, například při komunikaci s více pacienty/klienty najednou. V žádném případě by sestra ve veřejné zóně neměla řešit osobní a intimní problémy pacienta/klienta. Z neverbálních projevů sestry při této

komunikaci užívá oční kontakt, mimiku, posturiku, kinetiku a gestikulaci. Komunikace doprovázena dotykem zde není možná. Třetím typem je zóna osobní, v rozmezí 46-120 cm. Vstup do ní dovolujeme lidem známým, blízkým, rodině a přátelům. Při sesterské vizitě je osobní zóna ideální vzdáleností. Sestra v rozhovoru vnímá nejen tvář pacienta/klienta, ale může si všimnout i jeho neverbálních projevů, které jsou pro ni velice důležité. Snadno udržuje oční kontakt. Navíc se jedná o vzdálenost na délku horní končetiny, což znamená, že sestra může v případě potřeby uplatnit i haptický kontakt, chytit pacienta/klienta za ruku, nebo ho pohladit. Dotyk sestra užívá především u dětí, nebo starých pacientů/klientů, ale také u nemocných, kteří potřebují utěšit. Tzv. léčebným dotykem sestra dodává pacientovi/klientovi důvěru, povzbuzuje ho, nebo dává najevo pochopení, bez toho, aniž by užila slov. Sestra z osobní vzdálenosti také předvídá další průběh komunikace s pacientem/klientem. Posledním typem je zóna intimní, která splývá s těsným hmatovým kontaktem a je v rozmezí 0-46 cm. Narušení intimní zóny člověk vnímá buď jako projev intimity, lásky a důvěry, nebo jako aroganci a nevhodné chování. Dobrovolně do své intimní zóny dovolujeme vstup jen svým blízkým. Se vstupem do intimní zóny musíme souhlasit, jinak ho naše tělo začne vnímat jako ohrožení a útok, na což reaguje psychickou i somatickou odpovědí. Příkladem somatické reakce je měnící se tepová frekvence, nepravidelný dech, vzestup krevního tlaku. Dále se zužují zornice, kůže bledne nebo naopak červená. Tělo se připravuje k obraně na námi nepříjemnou situaci. Samozřejmě se vzájemné dotyky liší s jednotlivými individuálními zvyky i transkulturními rozdíly. Významné rozdíly vnímáme také u jednotlivých věkových období. Dotykové dialogy sestra využívá ve zvýšené míře u dětí, které tělesný kontakt vyžadují. Při pohlázení a objetí se cítí v bezpečí. Naše intimní zóna je v některých případech narušována i cizími lidmi. Typickým příkladem může být zdravotnické zařízení a s ním spojená péče lékaře či sestry. Při poskytování ošetrovatelské péče se sestra velice často ocitá v intimní zóně pacienta/klienta. Stává se tak například při odebírání krve, krmení, hygienické péči a při celé řadě dalších ošetrovatelských činností, které je nutné během hospitalizace vykonávat. Psychické vnímání na blízkost sestry je individuální, avšak málokdy natolik odevzdané, aby na ně naše tělo nevyvinulo žádnou reakci. Z tohoto důvodu je nutné

sledovat řeč pacientova těla a vhodnou komunikací ho vždy, před daným výkonem, informovat o postupech. Vlídlná a taktně volená slova, o tom, co právě děláme a dělat budeme, teplé a suché ruce, jimiž se dotýkáme obnaženého těla pacienta/klienta, obvykle mohou nežádoucí reakce pacienta/klienta anulovat. Jakmile by sestra vstoupila do pacientovy/klientovy intimní zóny bez jeho informovanosti, může očekávat negativní projevy, jako je hněv, agrese, zlost a odmítání. Pacient/klient se neuvolní a nespolupracuje s námi. Na druhou stranu není intimní zóna vhodná pro rozhovor sestry s pacientem/klientem. Sestře při komunikaci uniká verbální projev pacienta/klienta. Zvyšuje se význam pohledů, z této pozice se jen těžko uhýbá zrakem, následkem mohou být rozpaky, nejistota a celkově neúspěšná komunikace. A protože se sestra bude velice často dostávat do intimní zóny pacienta/klienta, je nutné, aby si byla vědoma právě taktního, ohleduplného jednání, průběžně, po celou dobu výkonu, informovala pacienta/klienta s postupem svého konání a reagovala na pacienta/klienta a jeho, ať už verbální či neverbální projevy. Pouze tak může zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči a zároveň si získat důvěru a spolupráci pacienta/klienta. (18, 23)

1.5.4 Umění naslouchat

Jednou z možností efektivní komunikace u pomáhajících profesí je využití technik aktivního naslouchání. Sestra pomocí aktivního naslouchání poslouchá druhou osobu, v našem případě pacienta/klienta a snaží se porozumět tomu, co nám sděluje. Aktivní naslouchání poskytuje sestram i zpětnou odezvu. Sestra dává najevo, že pacienta/klienta vnímá a že mu porozuměla. Sestra se tímto stává pomocnou osobou a při naslouchání podporuje pacienta a pokouší se pomocí nalézt odpovědi na pacientovy/klientovy otázky. Při naslouchání nejde jen o zachycení toho, co se říká. Naslouchání je zaměřeno na tři oblasti sociální komunikace. Je to jednak verbální komunikace, neboli řeč, nonverbální komunikace a v neposlední řadě také sdělení tlumočené tím, jak se kdo chová, neboli řeč těla a činů. Je důležité, aby sestra při sesterské vizitě vnímala všechny oblasti komunikace. Díky aktivnímu naslouchání sestra usnadňuje pacientovi/klientovi vyjádřit své pocity a myšlenky. Sestra je zaměřena na pacienta/klienta, vyjadřuje zájem verbálně i neverbálně. Nevysvětluje, co dané sdělení znamená, nehodnotí, co je správné. Snaží se o bezprostřednost komunikace a o

vyjádření pacienta/klienta. Důležitou úlohou sestry je naučit se správně naslouchat, ne pouze poslouchat. Sestra před zahájením sesterské vizity zajistí klidné prostředí, kde nebudou sestra ani pacient/klient rušeni. Jen tak se mohou plně soustředit na probíraná témata. Při sesterské vizitě se sestra v komunikaci s pacientem/klientem soustředí na to, co a jakým způsobem nám pacient/klient sděluje. Snaží se číst mezi řádky, z toho, co nám pacient/klient říká. Vhodně klade otázky, tak, aby pacienta/klienta navedla na správnou cestu řešení. Zároveň mu však neradí. Během rozhovoru dává najevo, že plně vnímá, co pacient/klient povídá. Pacienta/klienta zbytečně nepřerušuje, reaguje na myšlenky. Naslouchá všemi smysly, vnímá verbální, ale i neverbální projevy během rozhovoru. Známé je, že dobrý aktivní posluchač si pamatuje více, než jen to, co pouze slyší. Pro pomáhající profese je umění naslouchat nezbytnou součástí jejich činnosti, to znamená, že i při probíhání sesterských vizit nesmí sestra na naslouchání zapomínat. (20, 29, 45)

1.5.5 Struktura komunikace při vizitě

Komunikace při lékařských vizitách je často pacienty/klienty hodnocena jako neuspokojivá. Jednou z příčin se stává komunikační asymetrie. Projevuje se tím, že má pacient/klient málo možností zapojit se do rozhovoru, v omezeném počtu jeho dotazů a v neposlední řadě také ve strategii komunikace, při které lékař iniciativu pacienta/klienta potlačuje. Jeho dotazy často přejde bez odpovědi, nebo změni téma hovoru. Průběh vizity je velmi rychlý a neosobní. Lékaři neposkytují pacientům/klientům dostatek srozumitelných informací o postupu léčby. Vyhýbají se odpovědím na otázky, nebo odpovídají medicínskými termíny, kterým pacient/klient neporozumí. Sesterská vizita by se od lékařské vizity měla odlišit právě komunikací s pacientem/klientem. Sestra si vymezí dostatek času na jednotlivé pacienty/klienty a nechává jim prostor k vyjádření vlastních pocitů a obav. Na otázky odpovídá srozumitelně, jazykem, kterému pacient/klient porozumí. Rozhovor se stává kongruentní, což znamená shodu verbálního a neverbálního projevu. Případně dále vysvětluje dotazy a věci, kterým pacient/klient neporozuměl. Při vizitě je dobré zvolit vhodnou strukturu komunikace. Průběh vizity si můžeme rozdělit na tři části. Předběžný rozhovor mezi členy ošetrovatelského týmu, který umožňuje vyměnit si

informace mezi jednotlivými členy a poskytovateli ošetrovatelské péče u pacienta/klienta, a to ještě před příchodem na pokoj pacienta/klienta. Tím zamezíme komunikačnímu šumu, který by mohl nastat na pokoji pacientů/klientů. Druhou fází je vlastní vizita u lůžka pacientů/klientů. Zde sestra klade důraz na dialog mezi sestrou a pacientem/klientem. Nechává nemocného vyjádřit vlastní pocity, podporuje ho při vyjadřování vlastních názorů, pokládá otázky, aby si ověřila, zda nemocný všemu porozuměl apod. Na tuto část by měl být kladen největší důraz. Poslední částí je závěrečný rozhovor mezi jednotlivými členy ošetrovatelského týmu, který opět probíhá mimo pokoj pacienta/klienta. Zde se mohou vyjádřit jednotliví členové týmu k ošetrovatelské péči. (10, 41, 46)

1.5.6 Komunikace při sesterské vizitě u nemocného dítěte

Průběh komunikace během sesterské vizity se bude lišit podle věku pacienta/klienta. Stěžejní skupinou by se mohly zdát nemocné děti. Pobyt v nemocnici se pro dítě stává stresovou záležitostí. Každé dítě si svou nemoc uvědomuje a prožívá. Následná omezení, vyplývající z nemoci, v něm vyvolávají strach a úzkost. V některých případech trpí dítě pocitem viny, v jiném případě dítě děsí představa smrti nebo trvalé invalidity. V každém případě cizí prostředí bez rodičů a kamarádů nepůsobí na nikoho z nás pozitivně a na děti především. Osobnosti dětských pacientů/klientů jsou stejně individuální, jako pacientů/klientů dospělých. Individuální musí být i náš přístup k těmto nemocným. Sestry by se měly přizpůsobit individualitě každého nemocného dítěte, odstupňovat výchovné působení podle jeho věku a vyspělosti a zaměřit naši péči podle aktuálních potřeb. Sestra pracující s dětmi, by měla mít aktivní zájem o děti, trvalou snahu jim porozumět a především vřelé, laskavé a klidné chování. Přístup sester k nemocnému dítěti se projeví i v komunikaci. Také u dětí volíme již zmiňované zásady správné komunikace, ale specifikace této komunikace bude ještě mnohem širší. Komunikace s dětmi závisí na jejich věku a mentálním vývoji. Na rozdíl od dospělého, dítě vyjadřuje své pocity a postoje bez zábran. Dle věku volí výrazové prostředky předávání informací. Svě city vyjadřuje spíše chováním, nežli slovy, často i ve starším školním věku i dospívání. Sestra se proto nesmí divit, že jeho chování je více proměnlivé a expresivní a mnohdy může zasahovat až do agrese. Nemocné dítě nám

mnohem lépe vyjadřuje emoce negativní, než pozitivní a své chování méně stylizuje, než dospělý nemocný. Pro dítě, především v batolecím, předškolním a mladším školním věku, je nenahraditelnou oporou rodič. V případě, že se takové dítě dostane do nemocničního prostředí, snažíme se o spolupráci s rodiči. Nejlepším způsobem pro dítě v mladším věku, je samotný pobyt rodiče v nemocnici, a to po celou dobu jeho hospitalizace. Rodiče se potom stávají prostředníky mezi dítětem a zdravotníky. Pomáhají zdravotníkům tlumočit názory dítěte, které by se samo bálo nebo stydělo vyjádřit. Současně se sestrou rodiče vysvětlují jednotlivé postupy léčby a zároveň posilují důvěru dítěte k personálu. Pozitivním přístupem ke zdravotníkům, jsou příkladem pro dítě, které často chování svých rodičů napodobuje. S napodobováním je úzce spjaté i zvládání emocí dítěte. Nemocné dítě je velmi senzitivní, vycítí i emoce svých rodičů. Pokud ale rodič nemocného dítěte zvládá aplikaci injekce bez problémů, o totéž se bude pokoušet i samotné dítě. Spolu se zdravotníky hledají nejlepší způsoby odpoutávání pozornosti od onemocnění, bolesti, léčebných postupů apod. Rodiče také mohou sestřám říci, co na dítě nejvíce platí, jak ho doma oslovují, jaká je jeho oblíbená hračka, na které mohou později společně demonstrovat jednotlivé výkony. Co má dítě rádo, co nikoliv, jaké jsou jeho koníčky a mnohé další informace, které sestřám při komunikaci a péči o dítě velice usnadní práci. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že je nutné získat si důvěru a spolupráci nejen od dítěte, ale také od rodičů, kteří mohou celý průběh hospitalizace v mnohém usnadnit a dítěti zjednodušit. Takto bychom pracovali s dítětem mladšího věku. V případě, že budeme mít na oddělení dítě staršího školního věku, či adolescenta, rodič pro nás vždy nemusí být už takovým pomocníkem. Především v době dospívání, kdy děti prodělávají změny, jak fyzické, tak psychické, často hledají vlastní identitu a co je pro ně více než charakteristické, je jejich vzdor vůči okolí a to často i proti názorům a postojům vlastních rodičů. V takovém případě musíme na situaci vhodně zareagovat. Komunikujeme přímo s dítětem, snažíme se ho pochopit a zároveň navázat přátelský vztah. Při komunikaci dítěti nic nenakazujeme, ale spíše se ho k jednotlivým činnostem snažíme dovést se zapojením vlastního úsilí. To znamená, že ho navádíme na správnou cestu řešení s tím, že nemocné dítě má pocit, že o svém stavu a způsobech ošetřování rozhoduje sám. Ani v tomto případě samozřejmě

nevyřazujeme rodiče dítěte. Zde se snažíme o kompromisy a nalezení vhodné cesty řešení a navázání vzájemné komunikace a spolupráce ve vztahu sestra- dítě- rodiče. (5, 10, 14, 32, 38)

Pokud se zaměříme přímo na komunikaci s nemocným dítětem, je velice důležité mít na dítě čas, zajistit vhodné místo pro rozhovor, nespěchat a věnovat se pouze tomuto rozhovoru. Vhodnou příležitostí pro komunikaci je průběh sesterské vizity. Jak jsme již uvedli, dítě je velmi vnímavé na pocity, proto by mělo vycítit zájem ze strany sestry, jistotu a klid. Celý rozhovor ovlivňují pocity, které v dítěti vzbudíme. Velice podstatný je způsob, jak s dítětem komunikujeme. Pro dítě je mnohem důležitější to, jak s ním mluvíme, než to, co mu říkáme. Samozřejmostí je, že rozhovor vždy začíná představením se. Sestra by měla znát oslovení dítěte, to, jak je dítě doma oslovováno rodiči. Někdy je těžké poznat, jen podle věku dítěte, jakým způsobem s dítětem navázat kontakt a jakým způsobem dále vést rozhovor. Ke každému dítěti musíme přistupovat individuálně. Sestra neustále pozoruje nemocné dítě, jeho projevy, verbální a neverbální komunikační prostředky, sleduje, kolik informací dítě ví již z domova, jaké má předešlé zkušenosti. Následně z e získaných informací z pozorování sestavujeme způsob, jakým budeme s dítětem jednat, jaké budeme volit informace, způsob předávání informací apod. Následuje vysvětlení, proč za dítětem, nebo rodinou přicházíme. Sestra musí mluvit upřímně, klidně, jasně, zřetelně a přesvědčivě. Rozhovor by měl být veden zábavnou formou, tak, aby dítě udrželo pozornost a zároveň si odneslo podstatné informace. Během rozhovoru, především u malých dětí, užíváme citoslovce, jako například mňam mňam, brm brm a podobně. Po celou dobu rozhovoru dítě pozorujeme. Spíše než ze slov, poznáme jeho strach, ostych, nepochopení, z výrazu jeho tváře, z mimiky nebo gest, které užívá. Některé děti jsou výborně připravené z domova, jsou smířené s průběhem hospitalizace. S nimi většinou bývá komunikace a navázání kontaktu snadné. Setkáme se však i s dětmi, především v menších věkových kategoriích, které jsou úzkostné, volají maminku a tatínka. Pociťují strach, uzavírají se do sebe a nespoupracují s námi. V takovém případě je nutné pokusit se o sblížení s dítětem, co nejdříve po přijetí do nemocnice. Přistupovat k němu s trpělivostí a snažit se zjistit, čeho se bojí. U těchto dětí je vhodné informace sdělovat postupně, pomalu, tak

aby se dítě nezaleklo, co ho všechno čeká. Vhodným způsobem bude sesterská vizita, jež probíhá každý den, takže dítěti postupně sdělujeme informace o vyšetřeních, úkonech a jiné, které ho během dne budou čekat. U dětí je důležité zaměřit se na vhodné prostředky, edukační materiál. U dětí se osvědčila demonstrace výkonů na oblíbených hračkách, kde si i ony samy mohou zahrát na pana doktora. Další formou je sdělování informací pomocí loutek či obrazových informačních materiálů. V současné době se osvědčil také herní terapeut, který se dětem věnuje, zabaví je, aby odpoutával pozornost od bolesti, či jiných nepříjemných zážitků spojených s nemocnicí a také slouží jako prostředník pro informace sdělované nemocnému dítěti o zákrocích, které má dítě podstoupit. Velice důležitou zásadou při komunikaci s nemocným dítětem je neslibovat, co nemůžeme splnit. Dítěti říkáme pravdu a zbytečně mu neslibujeme nesplnitelné. V tom případě bychom mohli ztratit důvěru dítěte, jejímž následkem by bylo narušení vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným dítětem po celou dobu hospitalizace. (10, 32, 38)

1.6 Legislativa

Jak již víme, sesterská vizita a hlášení sester nám umožňuje předávat informace o jednotlivých pacientech/klientech, umožňuje sledovat průběh ošetřování, zaznamenávat pokroky, kterých bylo během hospitalizace dosaženo, či neúspěchy, které po vzájemné konzultaci s ostatními členy celého multidisciplinárního týmu i s pacientem, napravujeme. Umožňuje zapojovat pacienta/klienta do péče o sebe sama. Pacient/klient vyjadřuje svůj vlastní názor na celý průběh hospitalizace. Má možnost uvést, jaké postupy jsou podle něj efektivní, jaké nikoliv. Díky sesterské vizitě máme bližší kontakt s pacientem/klientem, což se pozitivně projeví na vzájemném vztahu mezi zdravotníkem a nemocným jedincem. Pacienti/klienti lépe spolupracují po celou dobu hospitalizace, mají pocit, že i oni sami mohou rozhodovat a zapojovat se do vlastní péče. Pro sestry je pak radostí s takovými pacienty/klienty pracovat, ošetrovatelská péče se stává komplexní, do péče jsou zapojeni nejen zdravotničtí pracovníci, ale také samotní pacienti/klienti. Provádění sesterské vizity není stanoveno pouze konkrétním zdravotnickým zařízením, ale je také formálně podloženo. (12, 28, 37, 39, 47)

Při průběhu hlášení sester a sesterských vizit musíme vždy respektovat **Práva**

pacientů. Každý člověk na světě má svá práva, která označujeme jako Lidská práva. Nalezneme je v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Ve zdravotnickém zařízení respektujeme Práva pacientů, která vznikla v návaznosti na Listinu základních práv a svobod a jsou tedy rozšířením již zmiňovaných lidských práv do oblastí medicíny. Práva pacientů vznikla jako nárok pacientů/klientů na poskytování definovatelných a vymahatelných služeb ze strany zdravotnického zařízení. Pacientům/klientům přináší ochranu osobních údajů, dále pak ochranu v jejich právu na rozhodování o vlastní osobě, které můžeme naaplikovat i na sesterskou vizitu. Jak jsme již zmiňovali, při sesterské vizitě jsou pacienti/klienti vtaženi do průběhu sesterských vizit a mají právo rozhodnout, zda souhlasí s navrženým způsobem ošetřování, či nikoli. Dále také sami navrhuji postupy, jež by jim nejvíce vyhovovaly. Se sesterskou vizitou i hlášením sester souvisí samozřejmě i zmíněná ochrana osobních údajů. Vše co pacient/klient sestřám během hospitalizace zmiňuje, koná s důvěrou, že tyto informace zůstanou pouze mezi nimi. V České republice vstoupila Práva pacientů v platnost 25. února 1992. Práva pacientů uvádíme v příloze 4. Nemoc, nebo jiné znevýhodnění jedince neoprošťuje od možnosti využívat svá práva. Pacienti/klienti jsou při příchodu do zdravotnického zařízení seznámeni se svými právy a se způsobem, jak se jich mohou dožadovat. Na druhé straně, zaměstnanci, jsou vedeni k tomu, aby respektovali a chápali hodnotové systémy pacientů/klientů, a aby vytvářeli podmínky pro poskytování taktní péče na profesionální úrovni, která respektuje důstojnost pacienta/klienta. (12, 21, 28, 37)

1.6.2 Informovaný souhlas

S právy pacientů je velice úzce spjat informovaný souhlas pacienta/klienta. Informovaný souhlas je jakousi vzájemnou dohodou mezi pacientem/klientem a zdravotnickým personálem. Každý pacient/klient před výkonem a zásahem do jeho organismu musí podepisovat informovaný souhlas. Veškeré zdravotní výkony se provádějí výhradně se souhlasem pacienta/klienta, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Provedení výkonu proti vůli pacienta/klienta lze považovat jako omezování osobní svobody jedince nebo poškozování cizích práv. Z tohoto důvodu je nutné mít informovaný souhlas sepsaný, aby v případě možných budoucích sporů, mělo

zdravotnické zařízení zdokumentováno, že pacient/klient s výkonem souhlasil. Písemný informovaný souhlas, pozitivní reverz vždy musí obsahovat identifikaci pacienta/klienta, kdy a s jakými výkony tento klient souhlasil, na jaká rizika spjatá s výkonem byl upozorněn, jaké alternativy mu byly obeznámeny, zda byl pacient/klient poučen o příslušném léčebném režimu. Prohlášení pacienta/klienta, že daným informacím rozumí, a že s daným, v pozitivním reverzu, vyslovuje svůj souhlas. Vše ztvrdí datem a svým podpisem. Podle zmíněného můžeme informovaný souhlas rozdělit na dvě základní fáze. V první fázi dochází k předání potřebných informací týkající se daného výkonu kvalifikovaným zdravotníkem pacientovi/klientovi. Ve druhé fázi pacient/klient zváží tyto informace, má čas na rozmyšlenou a rozhodne se, zda s daným výkonem souhlasí či nikoliv. Pozitivní reverz následně nechrání lékaře ani sestry v případě, že postupovali non lege artis, ale chrání v případě, že by chtěl pacient/klient obvinít, že s daným výkonem nesouhlasil. Informovaný souhlas se zároveň stává nejvýznamnějším nástrojem zajištění účasti pacientů/klientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči. Na druhé straně má pacient/klient, který je plně způsobilý k platnému projevu své vůle, také právo odmítnout nebo oddálit lékařský výkon, kdy následný dopad musí být pacientovi/klientovi řádně vysvětlen. Tomuto nesouhlasu říkáme negativní reverz. Povinnost podepsat a obeznámit pacienta/klienta s možnými riziky při nesouhlasu s výkonem vždy náleží pouze lékaři.(12, 24, 30, 39)

1.6.3 Povinná mlčenlivost

Povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních dat ve zdravotnictví patří k základním předpokladům důvěry ve vztahu pacienta/klienta a zdravotníka. V medicíně byl již zavedením Hippokratovy přísahy zaveden slib mlčenlivosti o informacích, které se lékař dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání. Lékařské tajemství upevňuje důvěru mezi pacientem/klientem a ostatním zdravotnickým personálem. Slib mlčenlivosti tedy neplatí pouze pro lékaře, ale také pro sestry. Vždyť především sestry, nejen při sběru anamnézy a průběhu sesterských vizit a hlášení sester, ale i při jakémkoliv dalším kontaktu s nemocným, získávají mnohem více důvěrných informací o svých pacientech/klientech. Důvěra se projevuje mimo jiné i tím, že pacient/klient sestře sděluje skutečnosti osobního až intimního charakteru i

s informacemi, které se přímo neváží na nemoc, ale pacienta/klienta tíží a potřebuje se s nimi svěřit. Pacient/klient sestře důvěřuje a jedná tak s přesvědčením, že sdělené informace zůstanou pouze mezi nimi, nebudou sdělovány dál a v žádném případě nebudou zneužity. Povinnost mlčenlivosti je dána zdravotnickými kodexy a zákonem. Mlčenlivost se vztahuje na všechny skutečnosti, které se lékař, sestra nebo jiný zdravotnický pracovník dozvěděl v průběhu výkonu své profese. Tato mlčenlivost trvá i po odchodu zdravotníka z daného zařízení. Účelem povinné mlčenlivosti je především důvěra pacienta/klienta k ošetřujícímu personálu. Základním právním předpisem člověka na ochranu osobních údajů je zákon č. 40/1964 Sb. Občanského zákoníku v platném znění. „Z hlediska ochrany osobních údajů pacienta, povinností zdravotníků a zdravotnického zařízení je pak vedle zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a změně některých zákonů je nejdůležitější zákon č. 20/1964 Sb., o péči o zdraví lidu. Význam v ochraně osobních údajů pacienta/klienta před zneužitím má také Zákoník práce a etické kodexy ve zdravotnictví. Základní normou je Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. Listina v člancích 10) a 13) stanovuje právo na ochranu před zneužíváním údajů o sobě a právo zachovávat tajemství písemností a záznamů. Povinnost mlčenlivosti vyplývá také ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Podle něj jsou zdravotničtí pracovníci vázáni povinnou mlčenlivostí o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání“ (Kutnohorská, str. 107). (21, 22, 44, 48)

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda se v praxi užívá sesterská vizita

Cíl 2 Zjistit, jakým způsobem probíhá sesterská vizita v praxi

Cíl 3 Zjistit, zda sestry pocít'ují rozdíl mezi sesterskou vizitou a hlášením sester

2.2 Hypotézy

H1 Sesterská vizita je součástí standardní ošetr'ovatelské péče

H2 V praxi sesterská vizita splňuje požadavky profesionálního ošetr'ovatelství

H3 Sesterská vizita je efektivním elementem pro saturaci individuálních potřeb pacienta/klienta

H4 Sestry nevnímají rozdíl mezi sesterskou vizitou a hlášením sester

H5 Sestry nevnímají efektivitu sesterské vizity

H6 Hlášení sester je nedílnou součástí ošetr'ovatelské profese

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

Pro diplomovou práci byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování, technikou dotazníku. Byly použity dva dotazníky. První dotazník byl určen pro sestry na různých odděleních sedmi nemocnic Jihočeského kraje. Druhý dotazník byl pro hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči těchto nemocnic. Dotazník pro sestry byl anonymní a obsahoval 22 otázek. Dotazník pro hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči obsahoval otázek 11. V obou případech se jednalo o otázky uzavřené, polootevřené s možností jedné i více odpovědí, nebo s možností dopsat vlastní názor. V dotazníku se objevují také otázky otevřené. Oba dotazníky byly rozděleny do tří částí. První část obsahovala identifikační údaje, ve druhé části jsme se zaměřovali na sesterskou vizitu a ve třetí části na hlášení sester. Výzkumné šetření bylo nejdříve schváleno hlavními sestrami a náměstkyněmi ošetrovatelské péče v sedmi nemocnicích Jihočeského kraje. Dotazník určený pro hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči byl následně zpracován samostatně, protože se, vzhledem k malému počtu sester, jedná o vzorek nereprezentativní. Tudíž výsledky nevztahujeme ke zpracovaným hypotézám a v práci je uvádíme orientačně. Veškeré výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007, SPSS 15.0 a Statgraphics Centurion XV. Pro výpočty jsme užili matematické a deskriptivní funkce. Pro frekvenční zhodnocení jsme uváděli početní zastoupení (Frequency), absolutní procentuální zastoupení (Percent), validní procentuální zastoupení (Valid percent) a kumulativní procentuální četnost (Cumulative percent), jenž se vypočítává z validní procentuální četnosti (Valid percent). Ke zjišťování vztahu dvou proměnných užíváme výpočty hladiny významnosti.

Dotazník pro sestry je uveden v příloze 1. Dotazník pro hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v příloze 2.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl realizován v sedmi nemocnicích Jihočeského kraje. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardních dětských, novorozeneckých a neonatologických oddělení, dále pak sestry z jednotek intenzivní péče dětských a novorozeneckých oddělení. Rozdáno bylo celkem 218 dotazníků. Návratnost činila 173 dotazníků. 6 dotazníků bylo nutné vyřadit pro neúplnost vypracování. Do výzkumu bylo zařazeno 167 (77%) kompletně vyplněných dotazníků. Vysoká návratnost byla zapříčiněna osobním předáním a převzetím dotazníků.

Druhým výzkumným souborem byly hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nemocnic Jihočeského kraje. Rozdáno bylo 7 dotazníků. Následná návratnost činila 4 dotazníky. Návratnost těchto dotazníků tvoří celkově 57%.

4 Výsledky

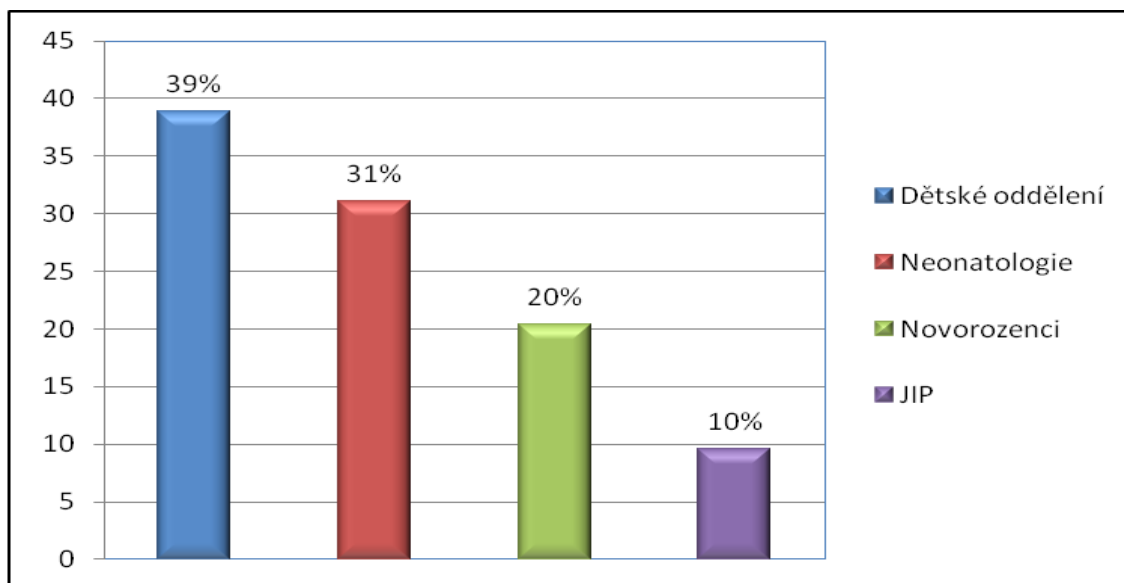
4.1 První výzkumný soubor - směnné sestry.

Tabulka 1 Věk respondentů

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
31-40 let	55	32,9	32,9	32,9
41-50 let	42	25,1	25,1	58,1
21-30 let	37	22,2	22,2	80,2
50 let a více	27	16,2	16,2	96,4
Do 20 -ti let	6	3,6	3,6	100,0
Total	167	100,0	100,0	

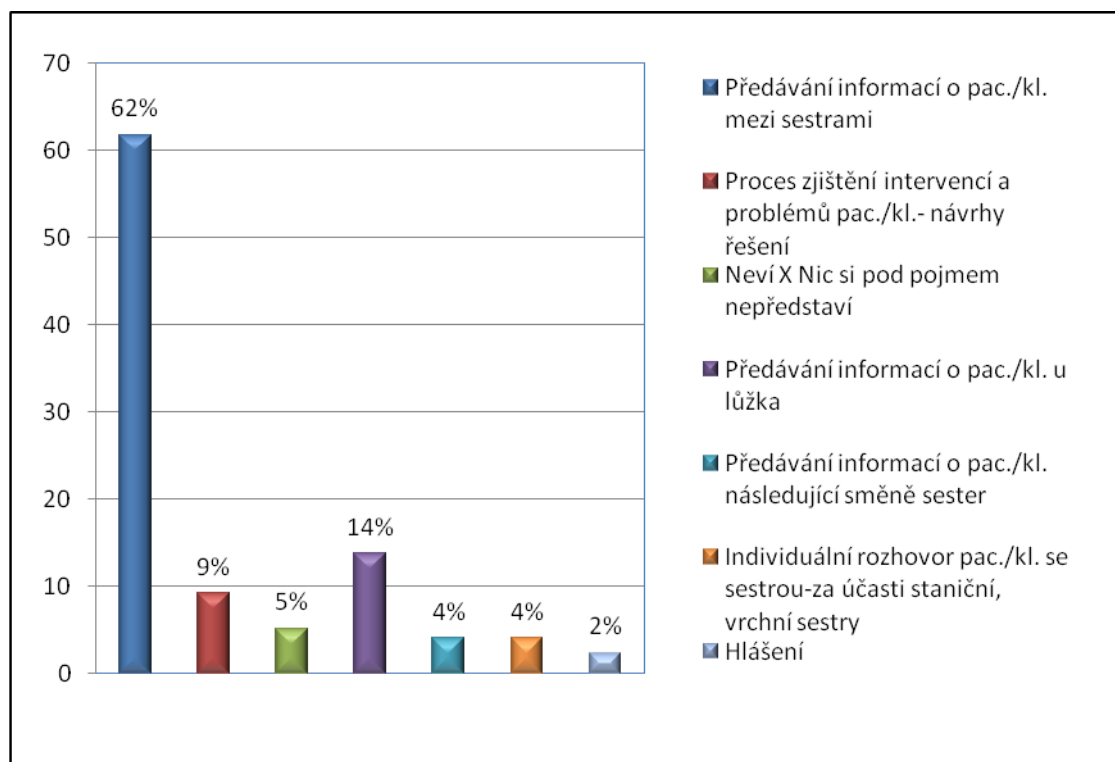
Z celkového počtu 167 (100%) sester je 6 (4%) sester ve věku do 20- ti let. Mezi 21-30 lety je 37 (22%) sestrám. 55 (33%) sester je ve věku 31-40 let. Od 41-50 let je 42 (25%) sestrám a více jak 50 let je 27 (16%) sestrám.

Graf 1 Pracoviště respondentů



Z celkového počtu 167 sester (100%), 65 (39%) sester pracuje na dětském oddělení, 52 (31%) sester pracuje na neonatologii, 34 (20%) sester na novorozeneckém oddělení a 16 (10%) sester má pracoviště na JIP.

Graf 2 Pojem sesterská vizita



U pojmu sesterská vizita měli respondenti vyjádřit vlastní názor. Z celkového počtu 175 (100%) odpovědí bylo 108krát (62%) zaznamenáno vzájemné předávání informací o pacientovi/klientovi mezi jednotlivými sestrami. 16 (9%) odpovědí vysvětlovalo sesterskou vizitu, jako představení pacientů/klientů mezi ostatními sestrami, zjištění jejich aktuálních problémů, zajištění intervencí a předkládání dalších návrhů řešení. Celkem 9krát (5%) sestry uvedly, že jim pojem sesterská vizita nic neříká, neví co si pod tímto pojmem mají představit. 24krát (14%) je sesterská vizita vnímána, jako předání informací o pacientech/klientech u lůžka nemocných, s jejich vlastním zapojením do průběhu sesterských vizit. 7 (4%) odpovědí označilo sesterskou vizitu, jako předávání informací o pacientech/klientech následující směně sester. Jako individuální rozhovor s pacientem/klientem se zapojením staniční, případně vrchní sestry, vidí sesterskou vizitu 7 (4%) sester. 4 (2%) sestry ztotožňují sesterskou vizitu s hlášením sester a nevnímají mezi jednotlivými činnostmi rozdíly.

Tabulka 2 Rozdílnost mezi lékařskou a sesterskou vizitou

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano, lékařská vizita je zaměřena na problematiku onemocnění, ne na potřeby člověka	116	69,5	69,5	69,5
Ne, lékařská a sesterská vizita probíhají současně	25	15,0	15,0	84,4
Nevím	12	7,2	7,2	91,6
Ne, lékařská vizita se zabývá stejnými problémy jako vizita sesterská	10	6,0	6,0	97,6
Jiné	4	2,4	2,4	100,0
Total	167	100,0	100,0	

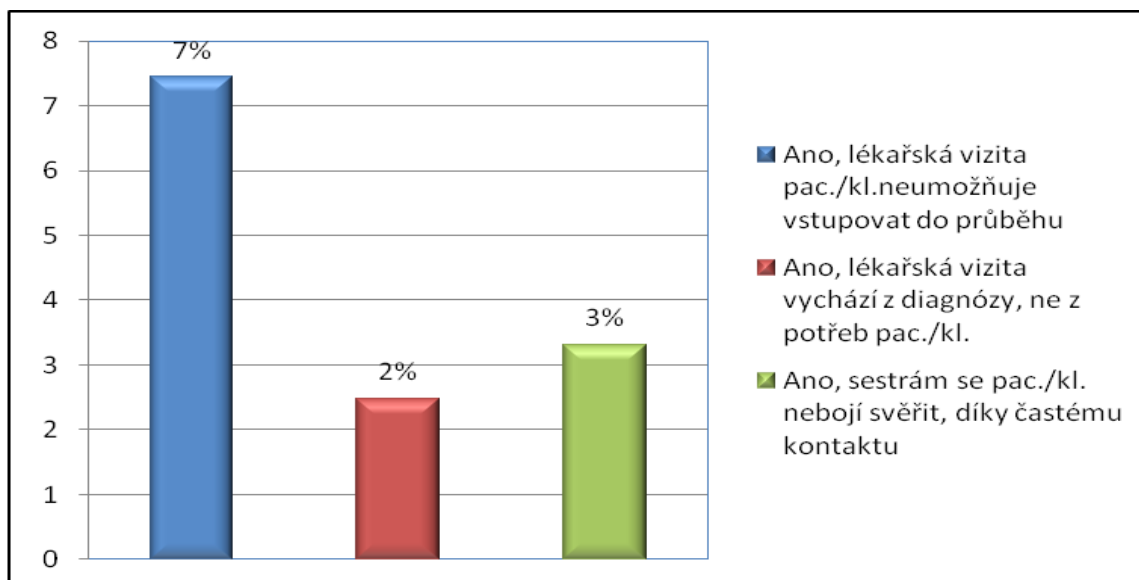
Rozdíly mezi lékařskou a sesterskou vizitou vnímá 116 (70%) sester. Lékařská vizita je, dle jejich názoru, zaměřena na onemocnění, nikoliv na potřeby člověka. 25 (15%) sester si myslí, že lékařská vizita probíhá současně s vizitou sesterskou. 12 (7%) sester neví, zda je mezi jednotlivými vizitami rozdíl. Celkem 10 (6%) sester si myslí, že lékařská vizita se zaměřuje na stejné problémy, jako vizita sesterská. 4 (2%) sestry označily možnost jiné, bez dalšího vysvětlení.

Tabulka 3 Vstup pacienta/klienta do průběhu lékařské vizity

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ne	144	86,2	86,2	86,2
Ano	23	13,8	13,8	100,0
Total	167	100,0	100,0	

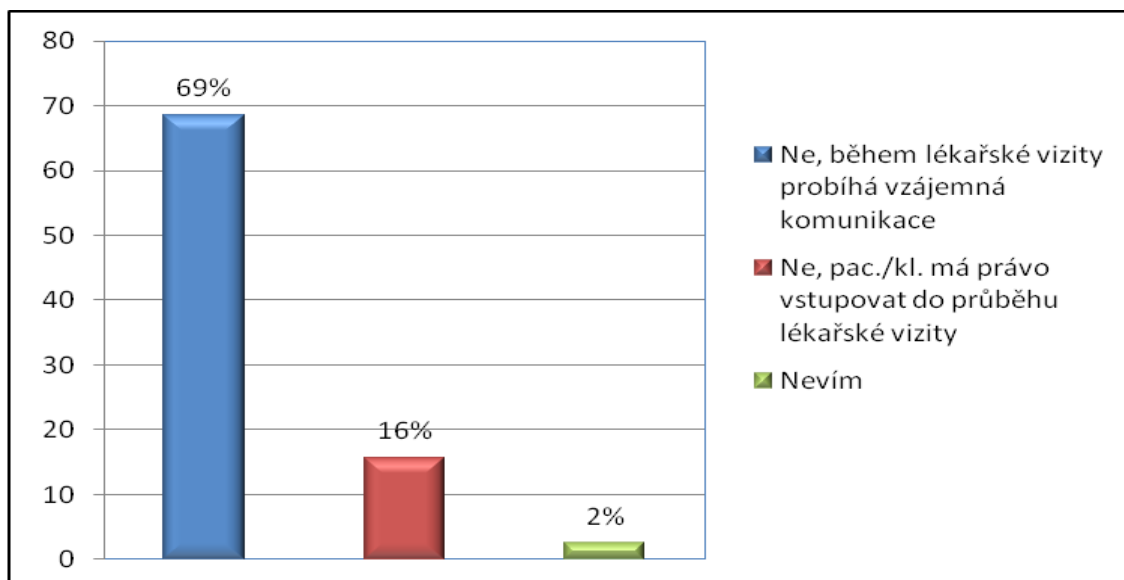
Z celkového počtu 167 (100%) sester uvedlo 144 (86%) sester, že pacienti/klienti mohou vstupovat do lékařské vizity, stejně jako do vizity sesterské. 23 (14%) sester vnímá jako pravdivé, že pacienti/klienti do lékařské vizity nemají možnost vstupovat.

Graf 3 Neumožnění vstupu do průběhu lékařské vizity



Z celkového počtu 23 sester, které zaznamenaly, že pacienti/klienti nemohou vstupovat do průběhu lékařských vizit, uvedlo 9 (7%) sester, že lékaři opravdu neumožňují pacientům/klientům vstupovat do průběhu lékařské vizity. 3 (2%) sestry odpověděly, že „lékařská vizita vychází z diagnózy, nikoliv z individuálních potřeb pacienta/klienta.“ Další 4 (3%) sestry jako důvod uvedly „častější kontakt sester s pacienty/klienty.“ A také, že „dochází k otevřenější komunikaci mezi sestrami a pacienty/klienty.“ Zbýlých 7 sester uvedlo, že pacienti/klienti opravdu nemohou vstupovat do průběhu lékařské vizity. Svůj důvod neuvodily.

Graf 4 Umožnění vstupu do průběhu lékařské vizity



Z celkového počtu 144 sester, které označily, že pacienti/klienti mohou vstupovat do průběhu lékařských vizit, uvedlo 83 (69%) sester, že „pacienti/klienti mohou vstupovat, jak do sesterské vizity, tak do vizity lékařské.“ 19 (16%) sester odpovědělo, že „pacienti/klienti mají právo vstupovat i do průběhu vizity lékařské.“ A pouhé 3 (2%) sestry odpověděly, že neví, zda pacienti/klienti mají možnost vstupu do průběhu lékařských vizit. 39 sester své odůvodnění nevedlo.

Tabulka 4 Užívání sesterských vizit na pracovišti sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	120	71,9	71,9	71,9
Ne	41	24,6	24,6	96,4
Nevím	6	3,6	3,6	100,0
Total	167	100,0	100,0	

Celkem 120 (72%) sester uvedlo, že sesterské vizity na oddělení užívají. 41 (24%) sester uvádí, že sesterské vizity na oddělení neužívají. 6 (4%) sester uvedlo možnost nevím bez dalšího vysvětlení.

Tabulka 5 Užívaný druh sesterské vizity na pracovišti sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Malá sesterská vizita	97	58,1	60,2	60,2
Nepoužívají sesterskou vizitu	36	21,6	22,4	82,6
Malou i velkou sesterskou vizitu	28	16,8	17,4	100,0
Total	161	96,4	100,0	

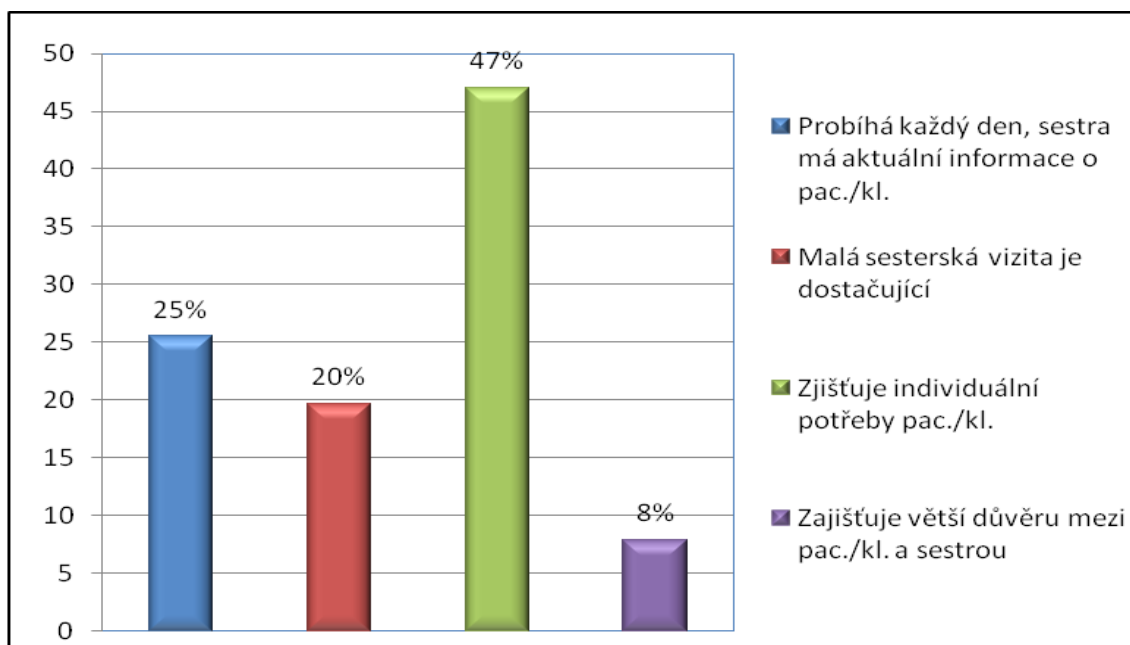
Z celkového počtu 161(100%) sester, které uvedly svou odpověď, označilo 97 (60%) sester, že používají malou sesterskou vizitu. 36 (23%) sester na oddělení sesterskou vizitu neužívá. 28 (17%) sester užívá velkou i malou sesterskou vizitu. Možnost samotné velké sesterské vizity nevedla žádná z dotazovaných sester.

Tabulka 6 Nejeftivnější druh sesterské vizity

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kombinace malé i velké sesterské vizity	94	56,3	56,3	56,3
Malá sesterská vizita	51	30,5	30,5	86,8
Nevím	19	11,4	11,4	98,2
Žádná ze zmíněných	2	1,2	1,2	99,4
Jiné	1	,6	,6	100,0
Total	167	100,0	100,0	

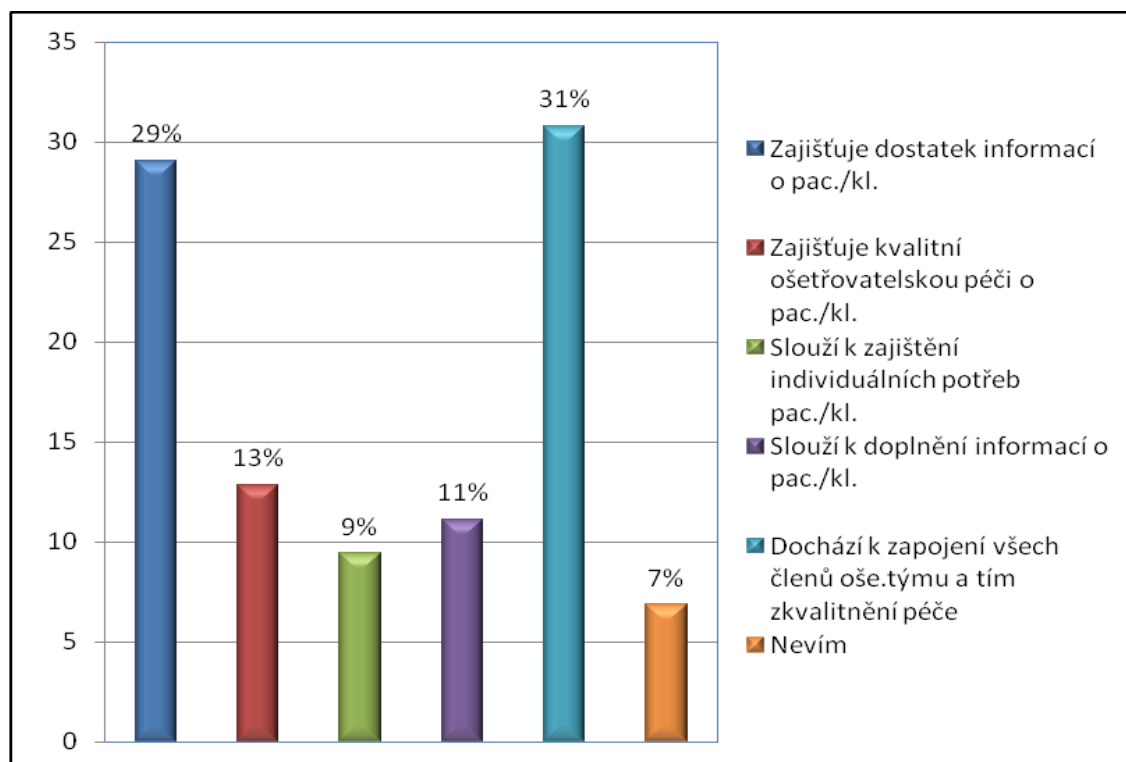
Z celkového počtu 167 (100%) sester označilo 94 (56%) sester nejeftivnějším druhem sesterské vizity možnost kombinace velké i malé sesterské vizity. 51 (31%) sester uvedlo malou sesterskou vizitu. 19 (11%) sester neví, jaká ze zmíněných vizit je efektivnější. 2 (1%) sestry zaznamenaly, že žádná z uváděných vizit není efektivní a 1 (1%) sestra uvedla možnost jiné bez dalšího vysvětlení.

Graf 5 Efektivnost malé sesterské vizity



Sestry, které zvolily malou sesterskou vizitu jako efektivnější, dále uvedly své důvody. Z celkového počtu 51 (100%) sester uvedlo 13(25%) sester důvod v tom, že malá sesterská vizita probíhá každý den a sestra tak má k dispozici aktuální informace o pacientovi/klientovi. 10 (20%) sester uvádí, že malá sesterská vizita je dostačující a není potřeba zapojení staniční ani vrchní sestry do průběhu. 24 (47%) sester vnímá výhody především v zaměření se na pacienta/klienta a zjišťování jeho individuálních potřeb. 4 (8%) sestry vnímají při malé sesterské vizitě větší důvěru z pohledu pacienta/klienta k sestřám, což, dle jejich názoru, při velké sesterské vizitě nenastane.

Graf 6 Efektivnost kombinace velké i malé sesterské vizity



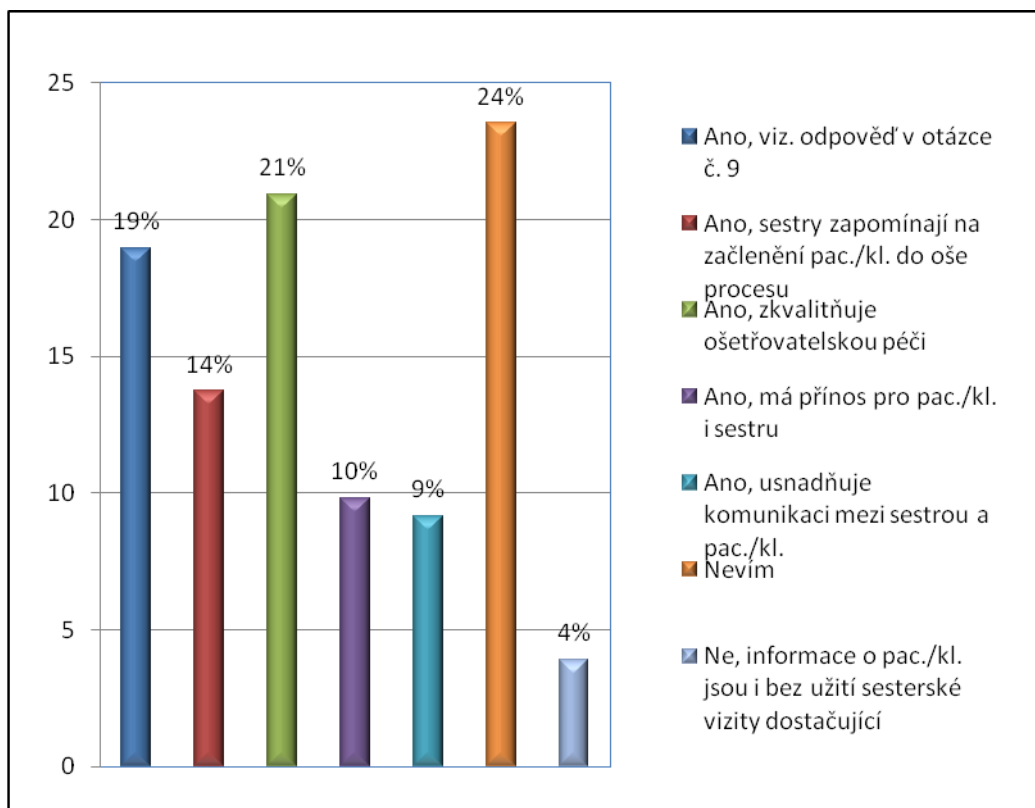
Z celkového počtu 167 sester, uvedlo 94 sester jako efektivnější kombinaci malé i velké sesterské vizity. V tomto případě mohly sestry označit více odpovědí. Celkem tedy bylo 117 (100%) odpovědí. Z tohoto počtu vidí 34 (29%) sester přínosy v zajištění dostatečného množství informací o pacientovi/klientovi. Zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pomocí užití kombinace velké i malé sesterské vizity uvedlo 15 (13%) sester. 11 (9%) sester si myslí, že pomocí kombinace sesterských vizit dochází k zajištění aktuálních individuálních potřeb pacientů/klientů. 13 (11%) sester pociťuje efektivnost užívání kombinace sesterských vizit v doplňujících informacích o pacientovi/klientovi, které během vizit mohou sbírat. Největší počet 36 (31%) sester považuje za efektivní kombinaci malé i velké sesterské vizity z důvodu, že dochází k zapojení všech členů ošetrovatelského týmu a tím ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. 8 (7%) sester uvedlo, že neví, jaký druh by měl být pro sesterskou péči efektivní.

Tabulka 7 Důležitost užívání sesterských vizit v praxi

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	132	79,0	79,0	79,0
Nevím	27	16,2	16,2	95,2
Ne	8	4,8	4,8	100,0
Total	167	100,0	100,0	

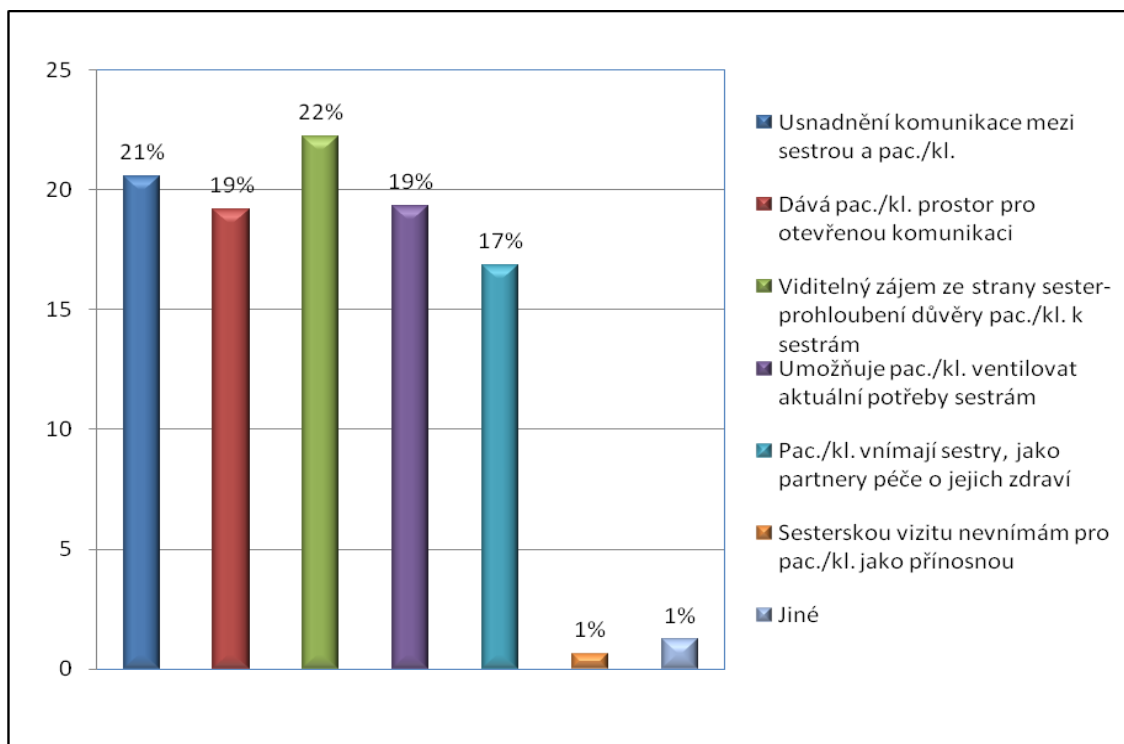
Užívání sesterských vizit v praxi považuje za důležité 132 (79%) sester. 27 (16%) sester neví, zda jsou sesterské vizity nutné a 8 (5%) sester nepovažuje za důležité, aby se sesterské vizity v praxi užívaly.

Graf 7 Důvody užívání sesterských vizit v praxi



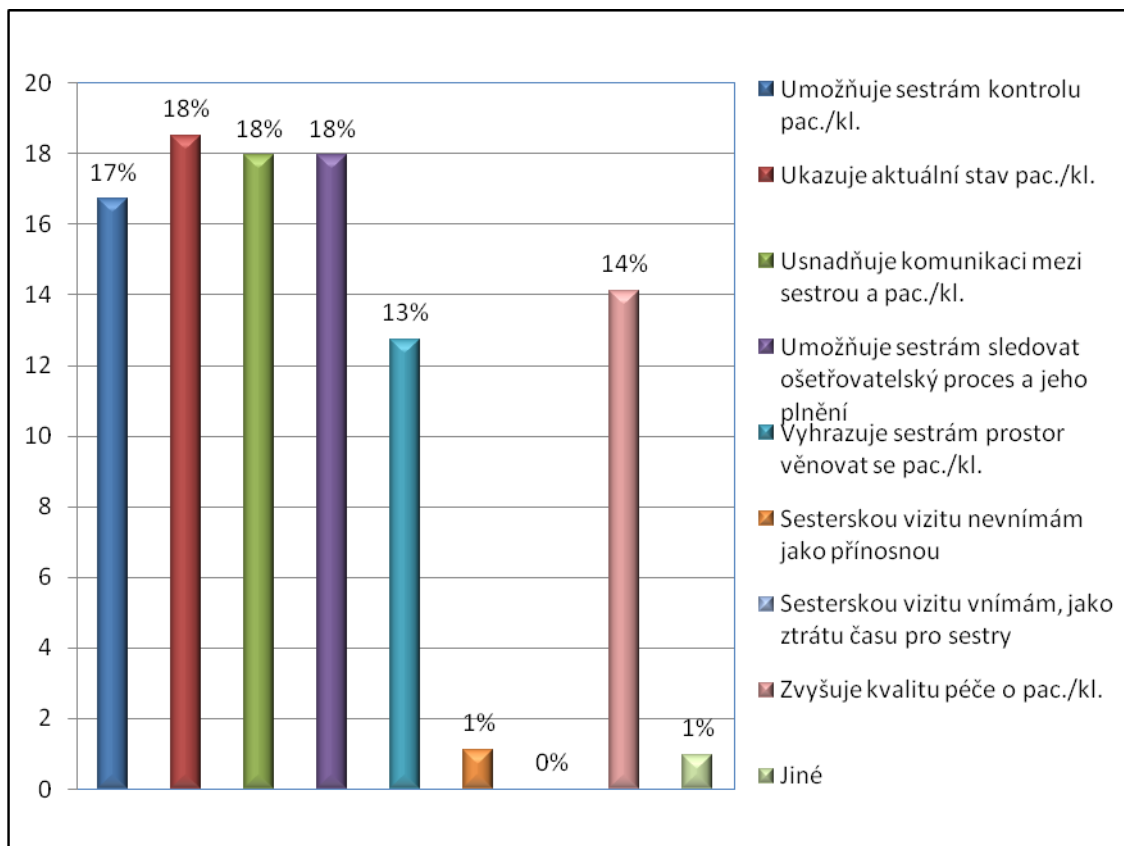
Odůvodnění důležitosti užívání sesterských vizit v praxi uvedlo celkem 153 (100%) sester. Celkem 29 (19%) sester uvedlo, že je důležité, aby se sesterská vizita v praxi užívala. Důvodem je zajištění kvalitní oš. péče o pacienta/klienta, zajištění individuálních potřeb nemocným, či zajištění větší důvěry mezi pacientem/klientem a sestrou. 21 (14%) sester vnímá důležitost užívání sesterských vizit především ze stávající současně situace, kdy, podle zodpovězených odpovědí, sestry často zapomínají na zapojení pacienta/klienta do oš. procesu. 32 (21%) sester také souhlasí s důležitostí užívání sesterských vizit v praxi, důvodem je zkvalitnění oš. péče. Dalších 15 (10%) sester uvádí přínosy, jak pro pacienty/klienty, tak pro sestry. 14 (9%) sester spatřuje zlepšení komunikace mezi pacientem/klientem a sestrou při užívání sesterských vizit. 36 (24%) sester neví, jaké výhody by mělo užívání sesterských vizit v praxi. 6 (4%) sester je toho názoru, že sesterské vizity v praxi není nutné užívat.

Graf 8 Přínosy sesterské vizity pro pacienty/klienty



U přínosů sesterských vizit pro pacienty/klienty bylo možné zvolit více možných odpovědí. Celkem se objevilo 652 (100%) odpovědí. Z tohoto počtu 134 (21%) sester vidí přínos v usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Pozitivem pro 125 (19%) sester je dostatek prostoru, který sesterská vizita dává ke vzájemné komunikaci. 145 (22%) sester je přesvědčeno, že díky sesterské vizitě vidí pacienti/klienti zájem se strany sester, tudíž se prohlubuje důvěra pacienta/klienta k sestřám. 126 (19%) sester vnímá, že sesterská vizita umožňuje ventilovat aktuální potřeby pacienta/klienta. Užíváním sesterských vizit vnímají pacienti/klienti sestry, jako partnery péče o jejich zdraví. Takové pozitivum spatřuje 110 (17%) sester. 4 (1%) sester nevnímá sesterskou vizitu jako přínosnou a 8 (1%) sester uvedlo důvody jiné bez dalšího odůvodnění.

Graf 9 Přínosy sesterské vizity pro sestry



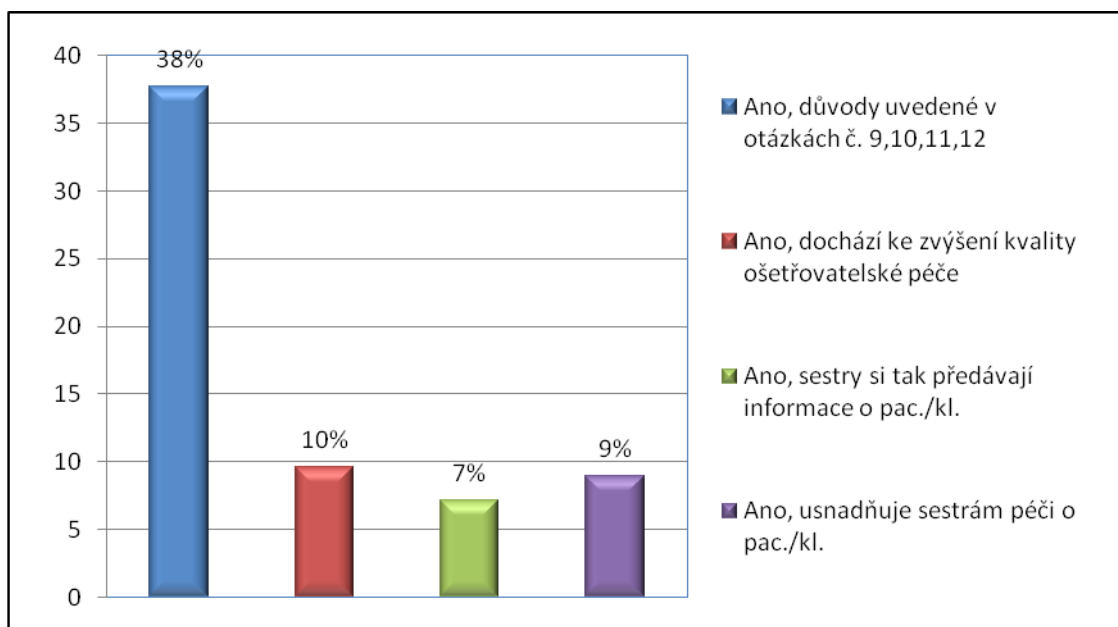
V otázce týkající se přínosů sesterských vizit pro sestry mohly respondenti zvolit více možných odpovědí. Celkem bylo uvedeno 730 (100%) odpovědí. Z tohoto počtu uvedlo 122 (17%) sester pozitivem sesterské vizity možnou kontrolu pacienta/klienta. Sesterské vizity sestrám ukazují aktuální stav pacienta/klienta, tuto možnost zvolilo 135 (18%) sester. 131 (18%) vnímá usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Stejný počet sester, 131 (18%), uvedlo, že užívání sesterských vizit umožňuje sestrám uskutečňovat a sledovat ošetrovatelský proces a jeho plnění. 93 (13%) sester vnímá sesterskou vizitu, jako možný prostor věnovat se pacientovi/klientovi. 8 (1%) sester nevnímá užívání sesterských vizit pro sestry jako přínosné. Žádná ze sester neuvedla, že by sesterská vizita byla ztrátovou činností. Dále 103 (14%) sester uvedlo pozitivum z kvalitnější péče o pacienty/klienty. A 7 (1%) sester uvedlo důvody jiné bez dalšího objasnění.

Tabulka 8 Důležitost užívání sesterských vizit na pracovišti respondentů

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	138	82,6	82,6	82,6
Nevím	19	11,4	11,4	94,0
Ne	10	6,0	6,0	100,0
Total	167	100,0	100,0	

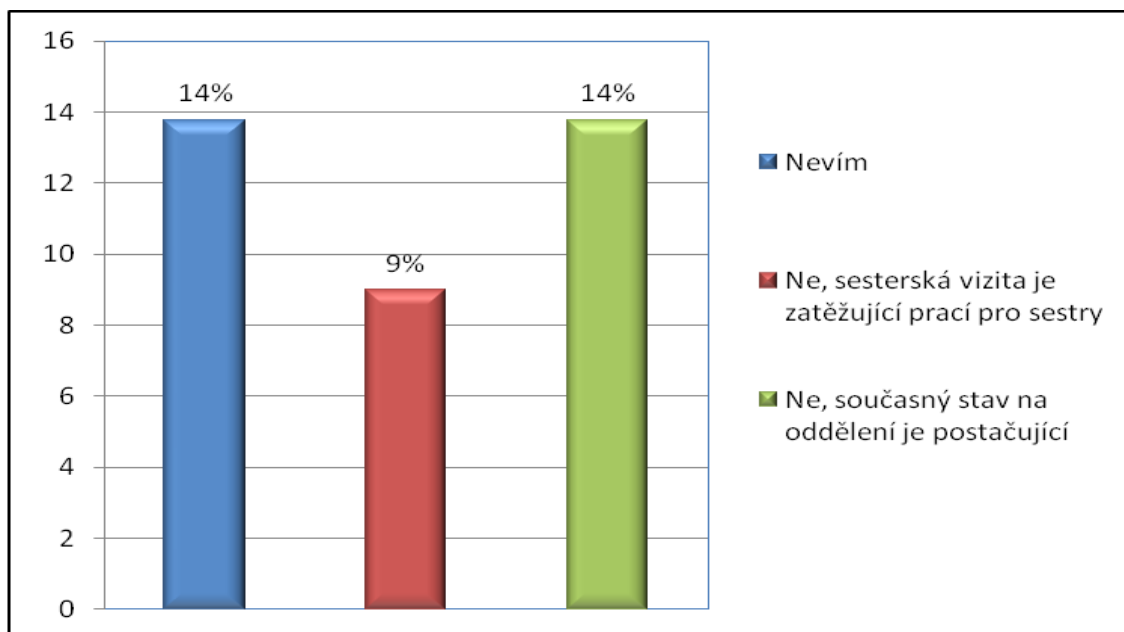
Z celkového počtu 167 (100%) sester, 138 (83%) sester považuje za důležité, aby se sesterská vizita na oddělení užívala. 19 (11%) sester uvedlo, že neví, zda je aplikace sesterských vizit nutná a 10 (6%) sester označilo, že užívání sesterských vizit na jejich oddělení není důležité.

Graf 10 Důvody užívání sesterských vizit na pracovišti respondentů



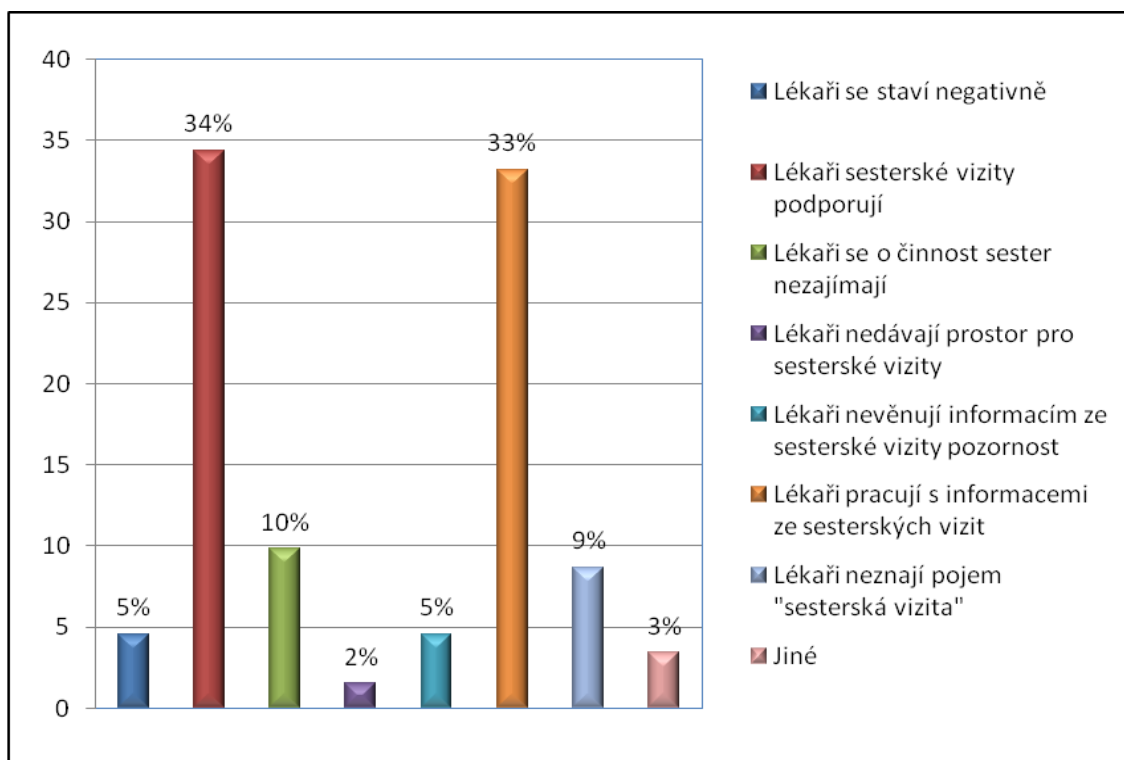
Celkem 106 (100%) z dotazovaných respondentů uvedlo důvody, proč je nutné, aby se sesterské vizity užívaly na oddělení, kde pracují. 63 (38%) sester označilo, že je důležité, aby se sesterské vizity užívaly a to z důvodů, které již uvedly v předešlých otázkách. Mezi nejdůležitější patří usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem, díky sesterské vizitě vidí nemocní zájem ze strany sester a tím dochází k prohloubení důvěry mezi sestrou a pacientem/klientem. Dalším pozitivem, který respondenti uvedli jsou výhody pro sestry, jako je sledování ošetrovatelského procesu a jeho plnění, či zlepšení ošetrovatelské péče. 12 (8%) sester uvedlo, že díky sesterským vizitám dochází k předávání informací o pacientovi/klientovi mezi sestrami. 16 (10%) sester odpovědělo, že díky sesterským vizitám dochází ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. 15 (9%) sester zmínilo, že díky sesterským vizitám dochází k usnadnění péče o pacienty/klienty.

Graf 11 Důvody, proč sesterskou vizitu na pracovišti neužívat



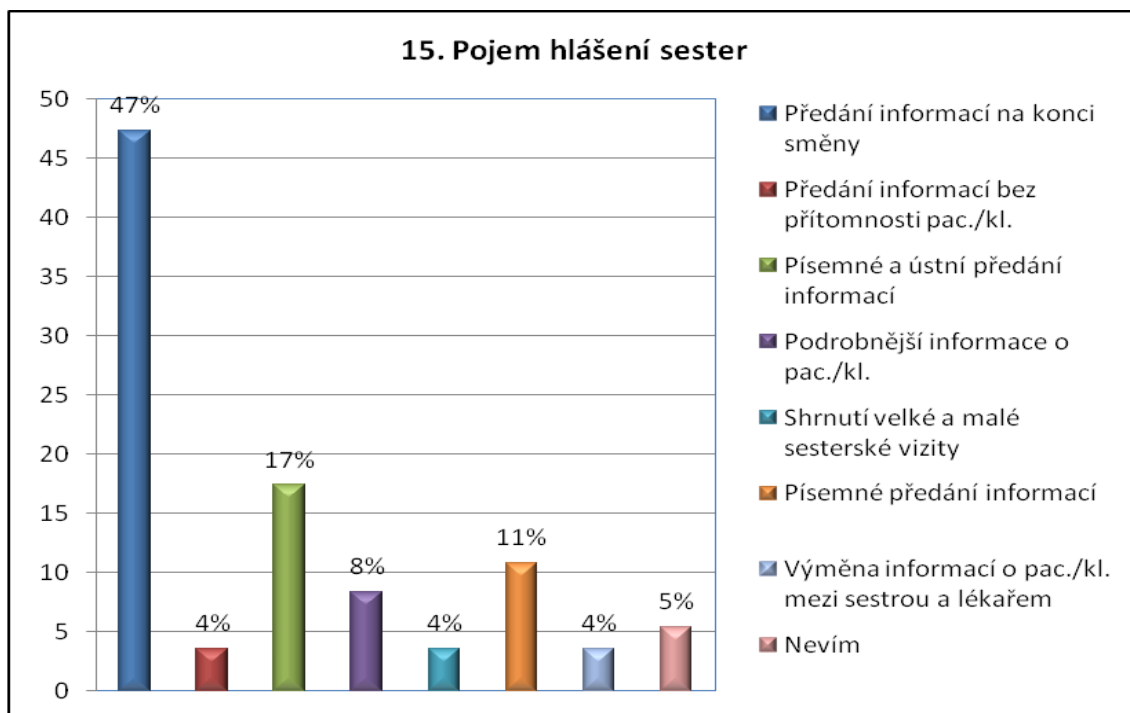
Z celkového počtu 61 (100%) sester je 23 (14%) sester toho názoru, že neví jistě, zda je nutné, aby se sesterská vizita v praxi užívala. Uvedly, že si nejsou vědomy pozitiv, která by jim sesterská vizita měla přinést. 15 (9%) sester uvedlo, že by se sesterská vizita v praxi užívat neměla, protože je pouze zatěžující prací pro sestry. 23 (14%) sester považuje současný stav na oddělení, bez užívání sesterských vizit, jako postačující.

Graf 12 Pohled lékařů na provádění sesterských vizit



Pohled lékařů na provádění sesterských vizit v praxi vidí sestry následovně. V následující otázce bylo možné označit více odpovědí. Respondenti uvedli celkem 265 (100%). 12 (5%) sester si myslí, že se lékaři k provádění sesterských vizit staví negativně. 91 (34%) sester tvrdí, že lékaři podporují sesterské vizity. 26 (10%) sester si myslí, že se lékaři o činnosti sester nezajímají. 4 (2%) sestry dokonce uvádějí, že lékaři nenechávají prostor pro provádění sesterských vizit, dalších 12 (5%) sester uvádí, že lékaři nevěnují pozornost informacím, které byly získány při sesterské vizitě. Opačně, 88 (33%) sester si myslí, že lékaři s informacemi, které byly získány při sesterské vizitě dále pracují. 23 (9%) sester uvádí, že lékaři ani neznají pojem sesterská vizita. A 9 (3%) sester označilo možnost jiné.

Graf 13 Pojem Hlášení sester



Z celkového počtu 167 (100%) sester zaznamenalo, dle svého vlastního názoru, 79 (47%) sester hlášení sester jako předávání informací o pacientech/klientech na konci každé směny. 6 (4%) sester uvádí, že se jedná o předávání informací mezi sestrami bez přítomnosti pacienta/klienta. Hlášení sester, jako ústní a písemné předání informací o nemocných uvedlo celkem 29 (17%) sester. 14 (8%) sester si myslí, že hlášení sester je získávání a předávání podrobnějších informací o pacientech/klientech. 6 (4%) sester uvádí, že se hlášení sester v sobě obsahuje informace z velké a malé sesterské vizity. 18 (11%) sester vnímá hlášení sester jako písemné předání informací o pacientech/klientech. 6 (4%) sester vnímá hlášení sester, jako předání informací o nemocných mezi sestrou a lékařem. 9 (5%) sester neví, co si pod pojmem hlášení sester představit.

Tabulka 9 Totožnost sesterské vizity a hlášení sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ne, hlášení sester a sesterská vizita jsou dvě odlišné činnosti	68	40,7	40,7	40,7
Ano, hlášení sester a sesterská vizita je jedna a tatáž činnost	65	38,9	38,9	79,6
Nevím, nejsem si jistá	25	15,0	15,0	94,6
Jiné	9	5,4	5,4	100,0
Total	167	100,0	100,0	

Z celkového počtu 167 (100%) sester vnímá 68 (41%) sester, že hlášení sester a sesterská vizita jsou dvě zcela odlišné činnosti. 65 (39%) sester vidí sesterskou vizitu a hlášení sester jako jednu a tutéž činnost. 25 (15%) sester si není jistých, zda obsahují ty samé činnosti. 9 (5%) sester uvedlo, možnost jiné bez dalšího odůvodnění.

Tabulka 10 Efektivní druh hlášení sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kombinace ústní i písemné formy	156	93,4	93,4	93,4
Ústní forma	5	3,0	3,0	96,4
Nevím	4	2,4	2,4	98,8
Písemná forma	2	1,2	1,2	100,0
Total	167	100,0	100,0	

Za efektivní druh hlášení sester považuje, z celkového počtu 167 (100%) sester, 156 (93%) respondentů užívání kombinace ústního i písemného hlášení. 5 (3%) sester považuje za efektivní ústní formu hlášení. 4 (3%) sestry zvolily možnost nevím a 2 (1%) sestry uvedly písemnou formu.

Tabulka 11 Užívání hlášení sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano, každý den	160	95,8	95,8	95,8
Ano, někdy	5	3,0	3,0	98,8
Nevím	1	,6	,6	99,4
Ne, neprovádí se nikdy	1	,6	,6	100,0
Total	167	100,0	100,0	

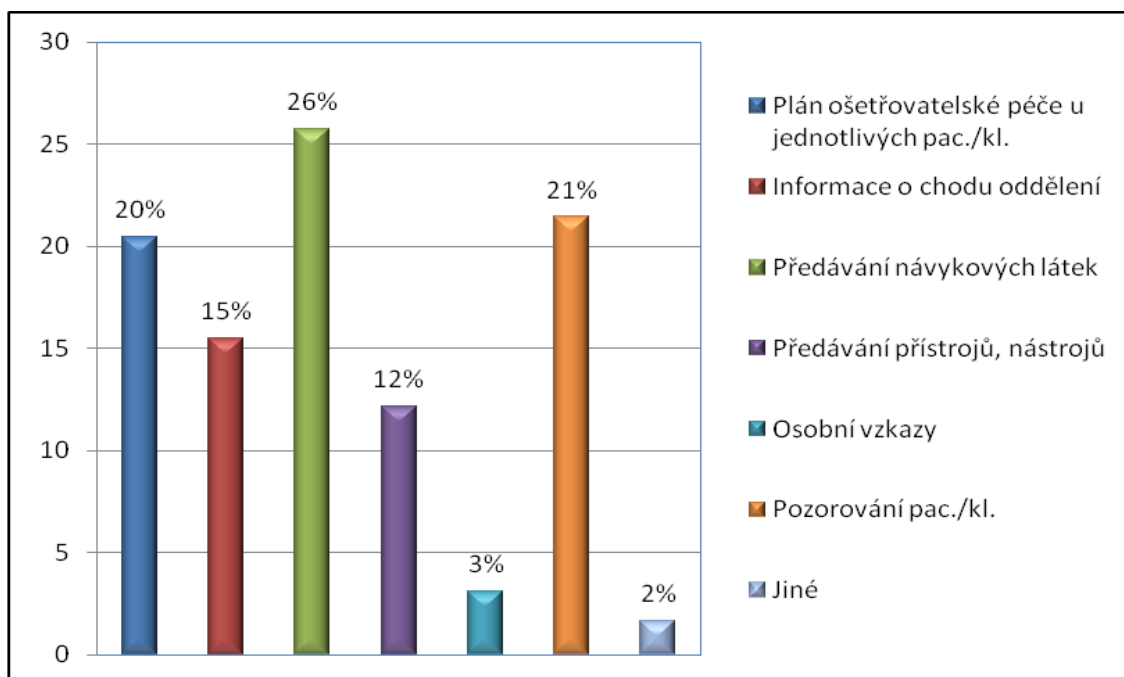
Z celkového počtu 167 (100%) sester, zvolilo 160 (95%) z nich, že hlášení sester na svém oddělení provádí každý den. 5 (3%) sester hlášení užívají jen někdy. 1 (1%) sestra neví a 1 (1%) sestra uvedla, že se hlášení sester na jejich oddělení nikdy neprovádí.

Tabulka 12 Užívaná forma hlášení sester

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kombinace ústní i písemné formy	152	91,0	91,0	91,0
Ústní formou	10	6,0	6,0	97,0
Písemnou formou	3	1,8	1,8	98,8
Nevím	2	1,2	1,2	100,0
Total	167	100,0	100,0	

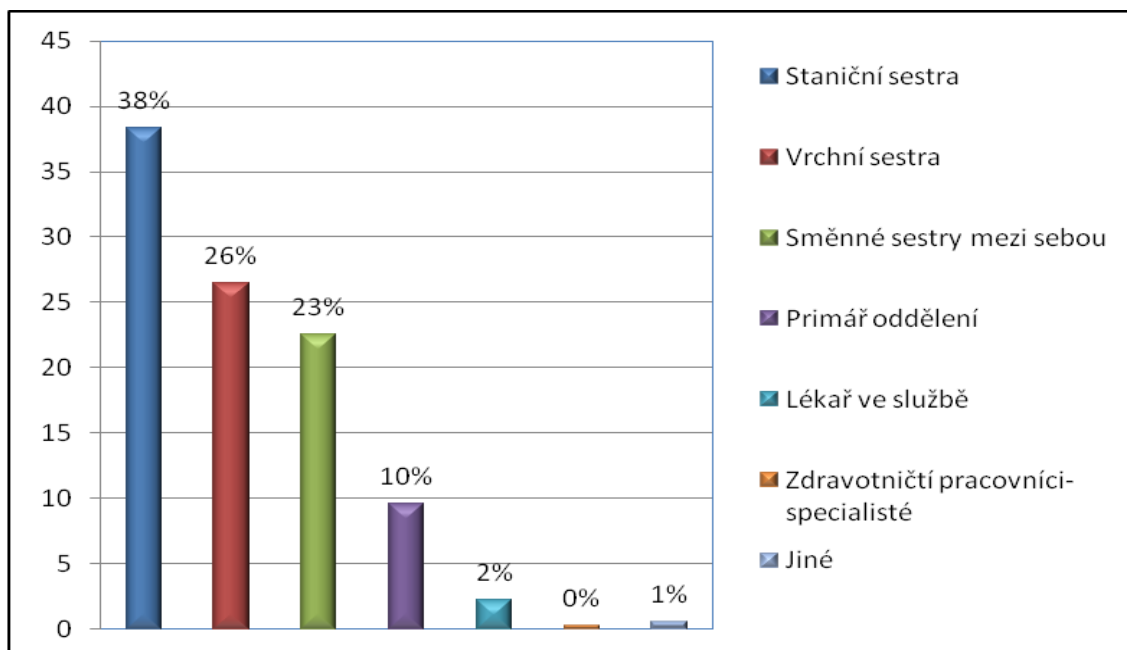
Ze 167 (100%) sester, užívá 152 (91%) sester kombinaci ústní a písemné formy. 10 (6%) sester užívá ústní formu, 3 (2%) sestry písemnou formu a 2 (1%) sestry uvedly možnost nevím.

Graf 14 Informace obsažené v záznamové knize hlášení



V případě informací obsažených v záznamové knize mohli respondenti zvolit více možností. Z celkového množství 420 (100%) odpovědí, 86 (20%) sester uvedlo, že záznamová kniha obsahuje plán ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů/klientů. 65 (15%) sester do záznamové knihy zapisuje informace o chodu oddělení. 108 (26%) sester uvedlo předávání návykových látek. 51 (12%) sester předávání nástrojů, přístrojů. Jen 13 (3%) sester by přenechává v záznamové knize i osobní vzkazy. 90 (21%) sester zapisuje pozorování pacienta/klienta. A 7 (2%) sester uvedlo možnost jiné bez bližšího objasnění.

Graf 15 Kontrola záznamové knihy hlášení



Z hlediska kontroly záznamové knihy hlášení, měly sestry možnost zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí činil 355 (100%). Z toho 136 krát byla zvolena možnost kontroly od staniční sestry daného oddělení. 94 (26%) sester uvedlo vrchní sestru. 80 (23%) odpovědí uvádělo, že kontrola spočívá také mezi jednotlivými směnnými sestrami mezi sebou. 34 (10%) sester uvedlo kontrolu od primáře daného oddělení. 8 (2%) sester si myslí, že kontrolu provádí také lékař ve službě. 1 (0%) sestra uvedla zdravotnické pracovníky specialisty. A 2 (1%) sestry označily možnost jiné bez dalšího odůvodnění.

Tabulka 13 Důležitost užívání sesterského hlášení na oddělení

Odpověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano, sestry si tak mohou předat informace o pac./kl.	166	99,4	99,4	99,4
Nevím	1	,6	,6	100,0
Total	167	100,0	100,0	

Celkem 166 (99%) sester považuje za důležité, aby se sesterké hlášení na odděleních provádělo. 1 (1%) sestra uvedla, že neví, zda je hlášení sester v praxi nutné užívat.

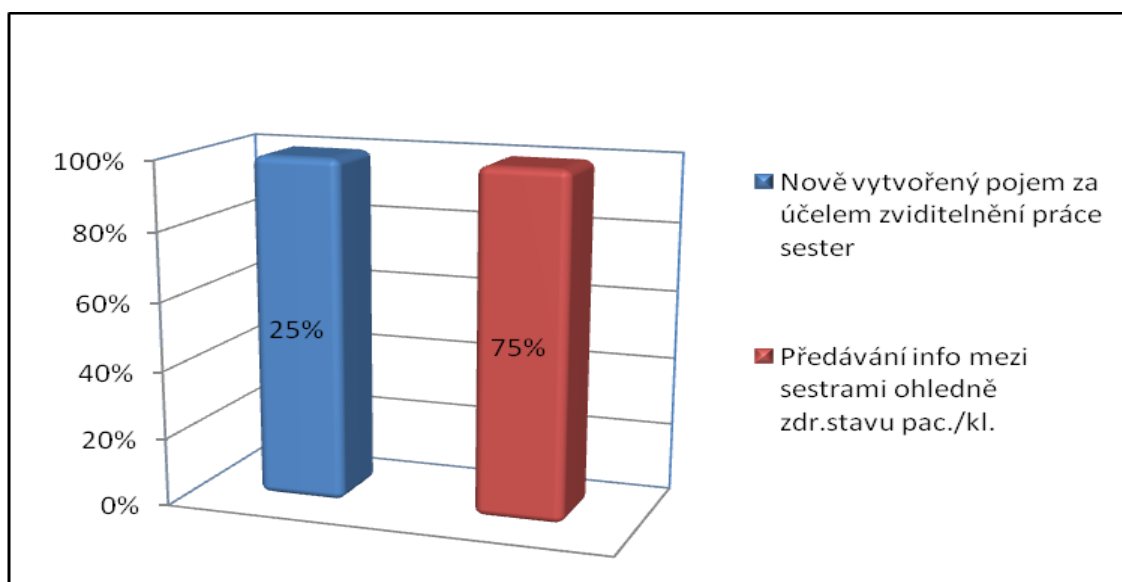
Tabulka 14 Místo provádění hlášení sester

Odpoověď	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
U lůžka pac./kl.	62	37,1	37,1	37,1
Na sesterně	43	25,7	25,7	62,9
Na inspekci	20	12,0	12,0	74,9
V pracovně sester	17	10,2	10,2	85,0
Na denní místnosti sester	13	7,8	7,8	92,8
Jiné	10	6,0	6,0	98,8
Na vyšetřovně	2	1,2	1,2	100,0
Total	167	100,0	100,0	

Místo, kde se provádí hlášení sester je, dle 43 (26%) respondentů, sesterna. 62 (37%) sester zvolilo u lůžka pacienta/klienta. 20 (12%) sester provádí hlášení sester na inspekci. 17 (10%) sester v pracovně sester, 13 (8%) na denní místnosti sester. 10 (6%) sester uvedlo možnost jiné. 2 (1%) sestry označily vyšetřovnu.

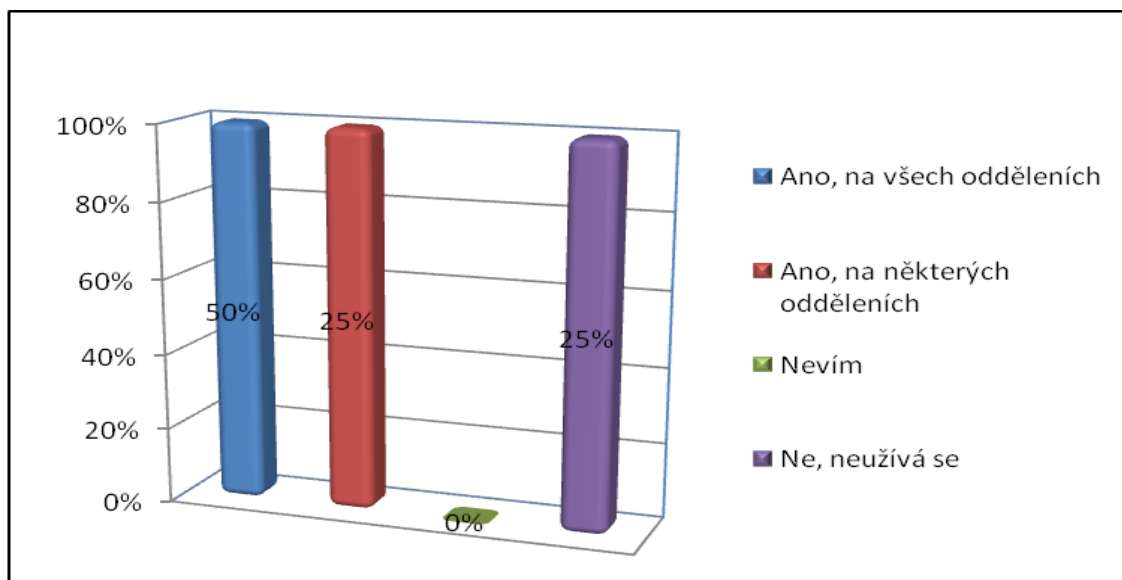
4.2 Druhý výzkumný soubor - hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Graf 16 Pojem sesterská vizita



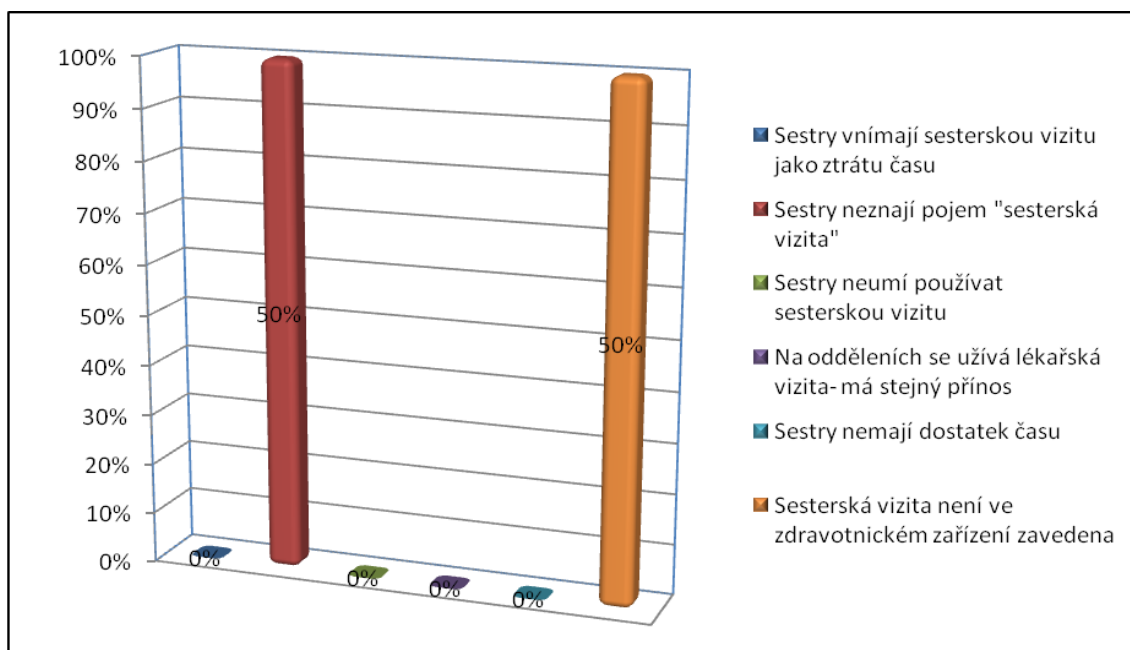
Pod pojmem sesterská vizita si 1 (25%) sestra představuje nově vytvořený pojem za účelem umělého zviditelnění práce sester. 3 (75%) sestry vnímají sesterskou vizitu, jako předání informací o pacientovi/klientovi mezi jednotlivými sestrami.

Graf 17 Užívání sesterských vizit ve zdravotnickém zařízení



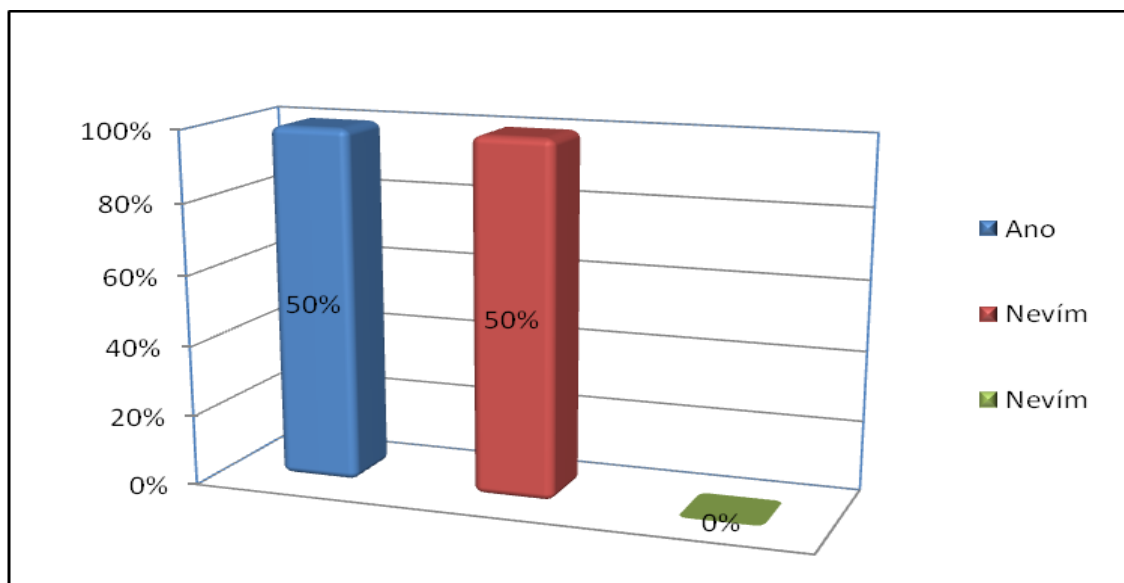
Zda se sesterská vizita ve zdravotnickém zařízení, kde respondenti pracují, užívá, odpověděly sestry následovně. 2 (50%) sestry odpověděly, že se užívají na všech odděleních. 1 (25%) sestra uvedla, že se užívají na některých odděleních a 1 (25%) sestra uvedla, že se sesterská vizita na odděleních neužívá.

Graf 18 Důvod, proč se sesterská vizita neužívá



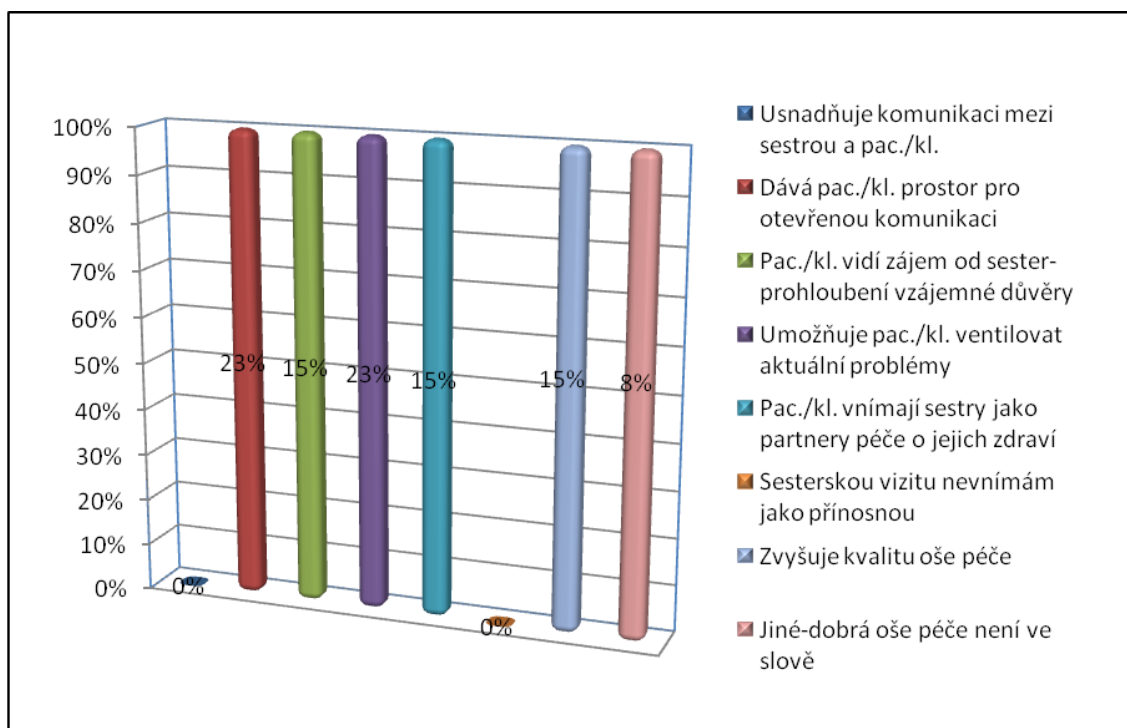
Sestra, která uvedla, že se sesterská vizita ve zdravotnickém zařízení neužívá, uvedla své důvody, proč si myslí, že tomu tak je. Dle jejího názoru není sesterská vizita ve zdravotnickém zařízení, kde pracuje, zavedena. Dále si myslí, že sestry ani neznají pojem sesterská vizita.

Graf 19 Pohled na důležitost užívání sesterských vizit



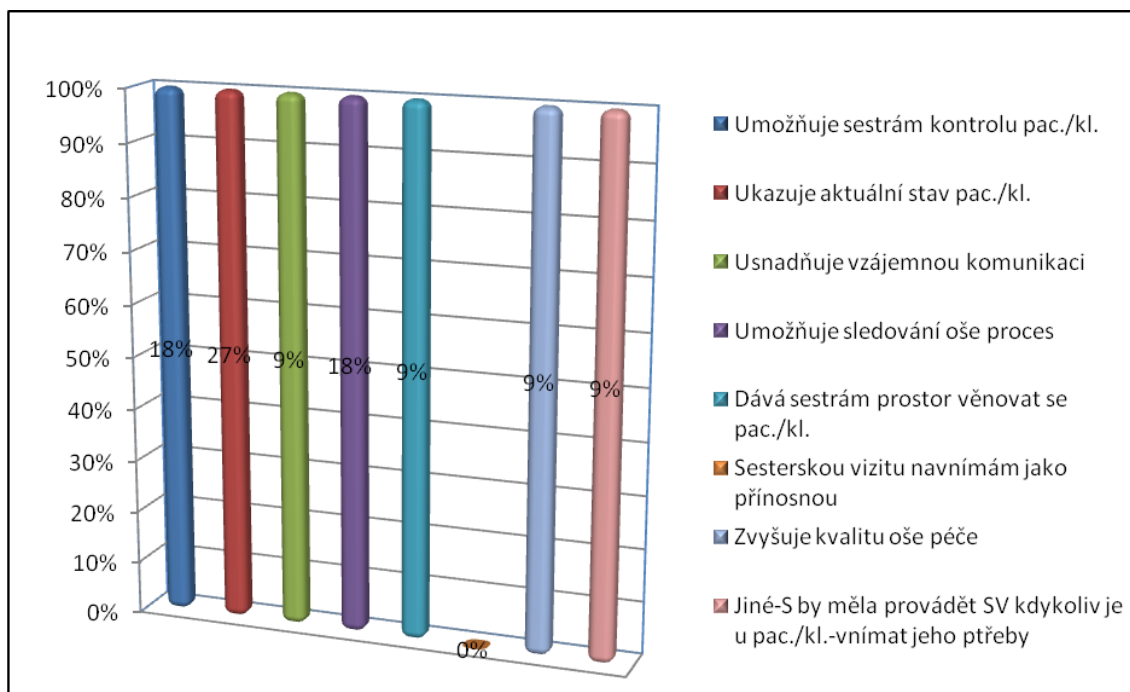
Z počtu 4 (100%) sester odpověděly shodně 2 (50%) sestry, že je důležité užívání sesterských vizit v jejich zdravotnickém zařízení, a 2 (50%) sestry, které uvedly možnost nevím bez dalšího objasnění.

Graf 20 Přínosy sesterských vizit pro pacienty/klienty



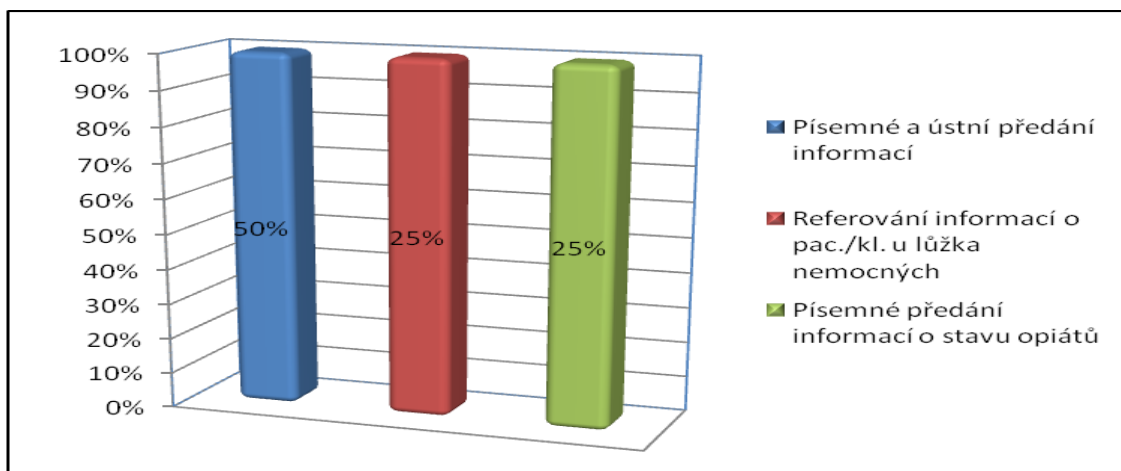
V této otázce mohly sestry zvolit více možných odpovědí. 3 (23%) sestry vnímají přínos sesterských vizit v dostatku prostoru pro pacienta/klienta, jenž umožňuje následnou otevřenou komunikaci. 2 (15%) sestry uvedly, že pacient/klient tak pociťuje zájem ze strany sester, tudíž se prohlubuje vzájemná důvěra mezi sestrou a pacientem/klientem. 3 (23%) sestry vidí přínos sesterské vizity v aktuálním ventilování problémů pacienta/klienta. 2 (15%) sestry zaznamenaly, že pacienti/klienti vnímají sestry jako partnery péče o jejich zdraví. 2 (15%) sestry vidí přínos ve zvýšení kvality ošetrovatelské péče. 1 (8%) sestra zaznamenala možnost jiné s tím, že uvedla, že dobrá ošetrovatelská péče není ve slově sesterská vizita.

Graf 21 Přínosy sesterských vizit pro sestry



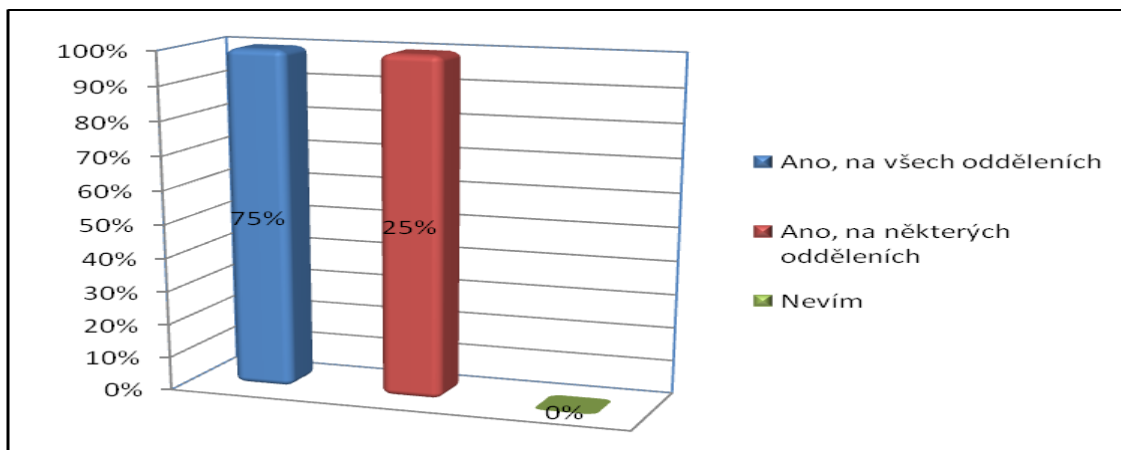
V případě přínosů sesterských vizit pro sestry mohli respondentky volit více možných odpovědí. 2 (18%) sestry uvádí, že sesterská vizita umožňuje kontrolu pacienta/klienta. 3 (27%) sestřám sesterská vizita ukazuje aktuální stav pacienta/klienta. 1 (9%) sestra vidí přínos v usnadněné vzájemné komunikaci mezi sestrou a pacientem/klientem. 2 (18%) sestřám umožňuje sledovat ošetřovatelský proces a jeho plnění. 1 (9%) sestra vnímá, že vyhrazuje sestřám prostor věnovat se pacientům/klientům. Podle 1 (9%) sestry zvyšuje kvalitu ošetřovatelské péče. A 1 (9%) sestra uvedla možnost jiné s vlastním opodstatněním. Dle jejího názoru by sestra měla provádět vizitu kdykoliv je u pacienta/klienta, měla by vždy vnímat jeho pocity a pátrat po neuspokojených potřebách.

Graf 22 Hlášení sester



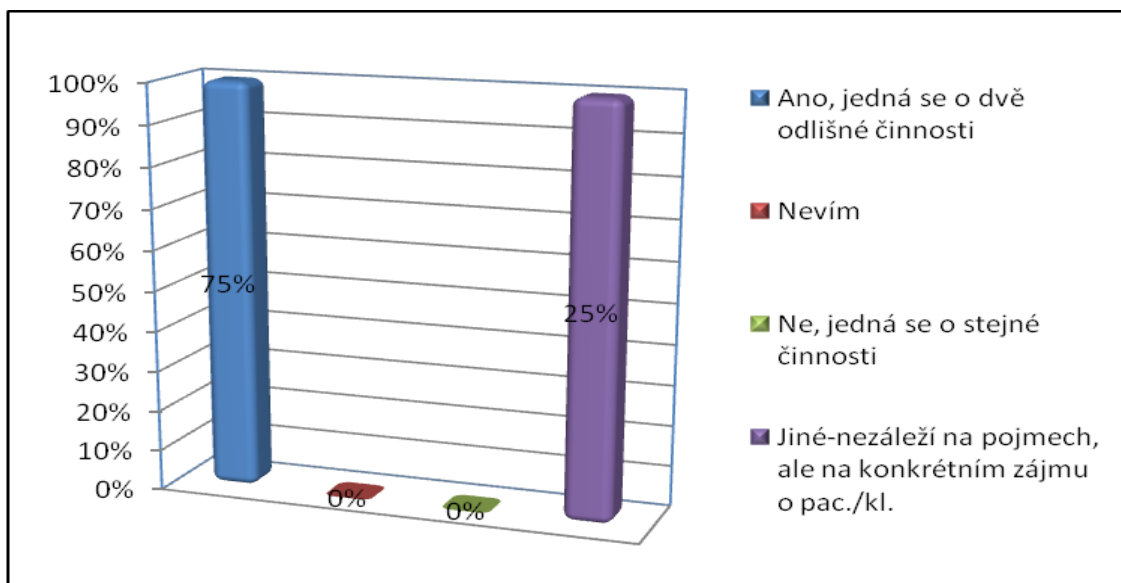
Hlášení sester si 2 (50%) sestry vysvětlují, jako písemné a ústní předání informací následující směně sester. 1 (25%) sestra uvedla referování informací o pacientech/klientech nadcházející směně sester u lůžka nemocných. 1 (25%) sestra vnímá, že hlášení sester je písemné předání informací o stavu opiátů, nikoliv informace o zdravotním stavu pacienta/klienta.

Graf 23 Užívání hlášení sester ve zdravotnickém zařízení



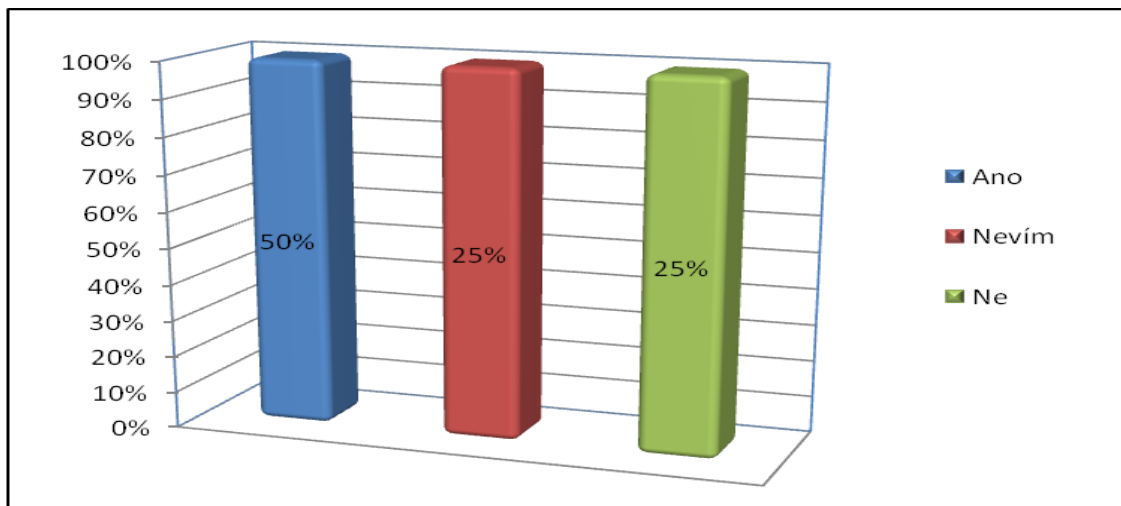
Hlášení sester se ve zdravotnickém zařízení, kde sestry pracují, užívá ve 3 (75%) případech a to, jak uvedly sestry, na všech odděleních. 1 (25%) sestra uvedla, že se provádí, ale jen na některých odděleních. Žádná ze sester ne zvolila možnost, že by se hlášení sester ne užívalo.

Graf 24 Rozdílnost mezi sesterskou vizitou a hlášením sester



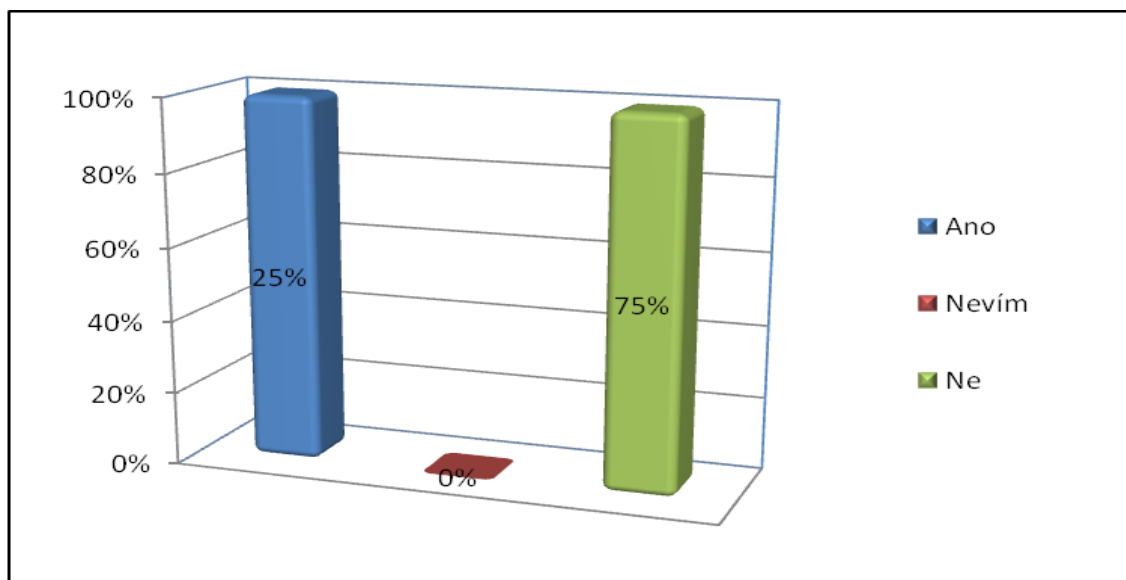
Rozdílnost mezi hlášením sester a sesterskou vizitou vnímají 3 (75%) sestry. 1 (25%) sestra zvolila možnost jiné, kde upřesnila, že nezáleží na pojmech, ale na konkrétním zájmu o pacienta/klienta, který sestry projevují.

Graf 25 Důležitost užívání sesterského hlášení



Z celkového počtu 4 (100%) sester, považují 2 (50%) sestry za důležité, aby se sesterské hlášení v praxi užívalo. 1 (25%) sestra označila možnost nevím a 1 (25%) sestra uvádí, že, dle jejího názoru, není důležité, aby se hlášení sester užívalo.

Graf 26 Možnost záměny hlášení sester za sesterskou vizitu



Z celkového počtu 4 (100%) sester, 1 (25%) sestra uvedla, že by zaměnila hlášení sester za sesterskou vizitu. Žádná ze sester nezvolila možnost nevím a 3 (75%) sestry uvedly, že by hlášení sester za sesterskou vizitu nezaměnily.

4.3 Hladina významnosti

4.3.1 Vztah věku sester a znalosti sesterských vizit

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H₀: Znalost sesterské vizity není závislá na věku dotazovaných sester

H_A: Znalost sesterské vizity je závislá na věku dotazovaných sester

Pro hodnocení dat jsme zvolili 95% hladinu významnosti. Z čehož nám vyplývá, že pokud jsou hodnoty P-value menší než 0,05, přijímáme hypotézu H_A a zároveň nepotvrzujeme H₀. V opačném případě, při hodnotách P-value vyšších než 0,05 přijímáme H₀ a nepotvrzujeme H_A.

Tabulka 15 Hodnocení vztahu proměnných mezi věkem a znalostmi sesterských vizit

Otázka 3 Znalost sesterské vizity				
		Sestry znají sesterskou vizitu	Sestry neznají sesterskou vizitu	Total
Otázka 1- Věk	Do 20-ti let	0	6	6
	21-30let	8	29	37
	31-40let	9	48	57
	41-50let	4	37	41
	Nad 50let	3	23	26
	Total	24	143	167

Tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a znalostí pojmu sesterské vizity.

Tabulka 16 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (Otázka 1- Věk sester a 3- znalost sesterské vizity) s určenou hladinou významnosti

Cases							
Ot.1/ Ot.23	Valid		Missing		Total		Value
Věk/ Místo provádění hlášení sester	N	Percent	N	Percent	N	Percent	
	167	100%	0	0%	167	100%	0,0943

Pro testování stanovené nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí od 167 (100%) respondentů. Z Crosstestu v předchozí tabulce vyplývá, že na 95% hladině významnosti nevyvrácíme nulovou hypotézu, zároveň nepřijímáme alternativní hypotézu. Znalost pojmu sesterské vizity není závislá na věku respondentů. Zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.3.2 Vztah pracoviště sester a znalosti sesterské vizity

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu:

H0: Znalost sesterské vizity není závislá na pracovišti, kde sestry pracují

HA: Znalost sesterské vizity je závislá na pracovišti, kde sestry pracují

Tabulka 17 Hodnocení vztahu proměnných mezi pracovištěm respondentů a znalostmi sesterské vizity

Otázka 3 Znalost sesterské vizity				
Otázka 2- Pracoviště respondentů		Sestry znají sesterskou vizitu	Sestry neznají sesterskou vizitu	Total
	DEO	11	54	65
	NEO	6	46	52
	NOV	4	30	34
	JIP	3	13	16
	Total	24	143	167

Tabulka ukazuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se pracoviště respondentů a místa provádění hlášení sester.

Tabulka 18 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (Otázka 2- Pracoviště respondentů a 3- Znalost sesterské vizity) s určenou hladinou významnosti

Cases							
Ot.2/ Ot.3	Valid		Missing		Total		Value
Pracoviště/ Znalost sesterské vizity	N	Percent	N	Percent	N	Percent	
	167	100%	0	0%	167	100%	0,7612

Pro testování stanovené nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí od 167 (100%) respondentů. V Crosstestu v předchozí tabulce vyplývá, že na 95% hladině významnosti nevyvrácíme nulovou hypotézu, zároveň nepřijímáme hypotézu alternativní. Znalost sesterské vizity není závislá na pracovišti, kde respondenti pracují. Zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.3.3 Vztah věku sester a znalosti místa provádění hlášení sester

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme si stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H0: Znalost místa provádění sesterského hlášení není závislé na věku

HA: Znalost místa provádění hlášení sester je závislé na věku

Tabulka 19 Hodnocení vztahu proměnných mezi věkem respondentů a místem provádění hlášení sester

Otázka 23 Místo provádění hlášení sester								
Otázka 1- Věk	Vyšetřovna	Inspekce	Pracovna sester	Sesterna	Denní místnost	Lůžko pac./kl.	Jiné	Total
	Do 20-ti	2	0	0	1	0	3	0
21-30	0	4	6	15	3	9	1	38
31-40	0	4	7	12	8	20	3	54
41-50	0	11	1	10	3	14	4	43
50a více	0	1	3	5	0	15	2	26
Total	2	20	17	43	14	61	10	167

Tabulka znázorňuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí s ohledem na odpovědi v obou otázkách týkajících se věkového zastoupení a místa provádění hlášení sester.

Tabulka 20 Data využitá pro hodnocení vztahu proměnných (Otázka 1- Věk sester a 23- Místo provádění hlášení sester) s určenou hladinou významnosti

Cases							
Ot.1/ Ot.23	Valid		Missing		Total		Value
	N	Percent	N	Percent	N	Percent	
Věk/ Místo provádění hlášení sester	167	100%	0	0%	167	100%	0,0943

Pro testování stanovené nulové a alternativní hypotézy bylo využito odpovědí od 167 (100%) respondentů. Na 95% hladině významnosti nevyvracíme nulovou hypotézu, zároveň nepřijímáme alternativní hypotézu. Místo provádění hlášení sester není závislé na věku respondentů. Zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

5 Diskuze

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, zda sestry v praxi užívají sesterskou vizitu. Jakým způsobem probíhá, a zda pociťují rozdíly mezi sesterskou vizitou a hlášením sester.

Abychom tyto skutečnosti mohli hodnotit, bylo nutné zjistit přímo od sester, co si představují pod pojmem sesterská vizita a hlášení sester a co jim tyto pojmy říkají v praxi, jak s nimi pracují. Pro tyto účely byly vypracovány 2 anonymní dotazníky. První dotazník byl určen směnným sestřám na oddělení. Výzkumného šetření se účastnily sestry z nemocnic Jihočeského kraje. Druhý dotazník byl určen přímo pro hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči daných nemocnic Jihočeského kraje.

V první části dotazníku 1 se vyskytovaly identifikační otázky. Zjišťovali jsme věk a pracoviště respondentů. Nejpočetnější skupinou byly sestry ve věku 31- 40let, a to z 33%. Naopak, nejmenší skupinu tvořily sestry ve věku do 20 let, a to v celkovém počtu 6, tedy 4%. Výsledky nás nepřekvapily. Se současnou situací z hlediska vzdělávání ošetrovatelského personálu, jsme předpokládali, že pokud si sestry chtějí zvyšovat kvalifikaci a následně pracovat samostatně bez odborného dohledu, po ukončení střední školy, navazují studiem vysokoškolským. Z tohoto důvodu se nestal zarážející fakt, že sester do 20 ti let je v praxi tak málo.

Dotazníky byly rozdány na dětská, novorozenecká a neonatologická pracoviště. Ze 7 nemocnic Jihočeského kraje, kde se výzkum prováděl, bylo z celkového počtu 167 respondentů, 65 (39%) sester z dětského oddělení, 52 (31%) z neonatologie, 34 (20%) z novorozeneckého oddělení a 16 (10%) sester pracuje na JIP dětských oddělení.

Ve druhé části dotazníku jsme se zaměřili na problematiku sesterské vizity. Z celkového počtu 167 sester, si 108, tedy 62% z nich, pod pojmem sesterská vizita představí předání informací o pacientech/klientech mezi jednotlivými sestrami. Pouze 24, neboli 14% sester, což je zarážející, uvedlo správně, že se jedná o předávání informací o pacientech/klientech přímo u lůžka nemocných, současně s jejich vlastním zapojením. Toto tvrzení koresponduje s dílem Kriškové, jež uvádí, že vizita je jistá forma kontaktu zdravotnického pracovníka s pacientem/klientem. Tým zdravotnických

pracovníků pomocí sesterské vizity usiluje o řešení ošetrovatelských problémů spolu s pacientem/klientem u jeho lůžka(19). Jelikož vycházíme z našich zkušeností, kdy sesterskou vizitu probíhající přímo u lůžka pacientů/klientů známe především z jednotek intenzivní péče, dovolili bychom si předpokládat, že většina sester, celkem 24, které uvedly, že sesterská vizita probíhá u lůžka pacientů/klientů, byly právě sestry z JIP. Při této souvislosti znovu uvádíme počet sester, které uvedly, že pracují na JIP, těchto sester bylo 16, což by početně poměrně odpovídalo již zmíněnému počtu označených odpovědí, kde sestry zaznamenaly, že sesterská vizita probíhá přímo u lůžka nemocných.

Pro případnou záměnu, jsme sestřám položili otázku, zda vnímají rozdíl mezi lékařskou a sesterskou vizitou. Z celkového počtu 167 respondentů, uvedlo 116 (70%) sester, že vnímá rozdíl mezi jednotlivými druhy vizit. Dovětkem odpověděly, že „lékařská vizita je zaměřena na problematiku onemocnění, ne na potřeby člověka.“ Z dotazovaných respondentů odpovědělo pouze 25 (15%) sester, že sesterská vizita probíhá současně s vizitou lékařskou. Důvodem jejich odpovědí by mohla být nedostatečná informovanost o sesterských vizitách, či z dřívějších let zaběhnutá zvyklost provádění pouze lékařských vizit, nikoliv vizit sesterských. Můžeme se proto domnívat, že sestry tím, že se účastní lékařských vizit, při těchto vizitách spolupracují a jsou jejich součástí, považují průběh lékařských vizit totožný s vizitou sesterskou. S danými výsledky lze určit, že pokud 70% sester vnímá rozdílnost mezi sesterskou a lékařskou vizitou, u zbylých 30% sester můžeme předpokládat, že jim pojem sesterská vizita nic neříká. S čímž souvisí, že aplikace sesterských vizit sestrami, jenž nepociťují rozdílnost mezi sesterskou a lékařskou vizitou, nemůže být v praxi účinná.

Dále jsme se chtěli ujistit, v jakém smyslu sestry vnímají rozdílnost mezi lékařskou a sesterskou vizitou. Pro tyto účely jsme vytvořili tvrzení: „Lékařská vizita neumožňuje pacientovi/klientovi vstupovat do průběhu vizity, kdežto sesterská vizita takové omezení nemá.“ Většina dotazovaných, 144 sester, tedy 86%, s daným tvrzením nesouhlasí. Zbylých 23 (16%) sester považuje tvrzení za pravdivé. Navazující otázkou byl důvod, proč sestry zvolily danou možnost. Z celkového počtu 23 sester, které s tvrzením souhlasily, uvedlo důvody 16 sester. Své odpovědi argumentovaly tím, že

„lékařská vizita opravdu neumožňuje pacientům/klientům vstupovat do jejího průběhu, dále, že lékařská vizita vychází z diagnózy pacienta/klienta, ne z jeho aktuálních potřeb.“ Posledním, ač na první pohled nelogickým, odůvodněním toho, že pacienti/klienti nemohou vstoupit do průběhu lékařských vizit, sestry uváděly „častější kontakt sester s nemocnými.“ Jak sestry uvedly, „z tohoto důvodu nemocní nepocítují strach se sestrám více otevřít, kdežto u lékařů takovéto omezení pocítují.“ Sestry, jenž se stanoveným tvrzením nesouhlasí, též uvedly své důvody. Z celkové počtu 144 (86%) sester, svůj postoj argumentovalo 102 sester. 83 (69%) z nich uvedlo, že i během lékařské vizity probíhá vzájemná komunikace mezi lékaři a pacientem/klientem, stejně, jako je tomu u vizity sesterské. Předešlé odpovědi jsou totožné s literaturou Křiškové (19). Ta uvádí, že v ideálním případě, tedy, pokud lékařská vizita splňuje profesionální charakter, se pacient/klient i v průběhu lékařské vizity stává jeho součástí. Což znamená, že je vtažen do rozhodovacího procesu o postupech léčby, komunikuje s týmem zdravotníků a celkově se podílí na průběhu vizity a péče o jeho zdraví. Ideální případ jsme si uvedli, avšak ze zkušenosti bychom si odvážili tvrdit, že realita může být mnohdy jiná. Předešlou větu bychom ponechali otevřenou otázkou a případem k vlastnímu zamyšlení nad skutečným průběhem lékařských vizit v našem zdravotnictví.

V rámci stanovených cílů jsme si zadali zjistit, zda se sesterská vizita v praxi užívá. Z celkového počtu 167 sester, zvolilo 120 z nich, neboli 72%, že sesterskou vizitu na odděleních, kde pracují, užívají. 41 (24%) sester uvádí, že se sesterská vizita na jejich oddělení neužívá a 6 (4%) sester zaznamenalo, že neví, zda na oddělení užívají sesterskou vizitu, či nikoliv. Viz. tabulka 4. Znázorněné odpovědi potvrzují hypotézu 1, kde můžeme odpovědět: „Sesterská vizita je součástí standardní ošetrovatelské péče.“ Přesto bychom zdůraznili i počet sester, které uvedly, že se sesterská vizita na oddělení, kde pracují, neužívá. Takto odpovědělo 24% ze všech dotázaných, což je překvapivě velký počet. Přesto, že se ošetrovatelství neustále rozvíjí, i samy sestry pocítují nutnost celoživotního vzdělávání, aby poskytovaly co nejkvalitnější péči, v tom případě jim unikají pozitiva, která přináší právě sesterská vizita, jako nový fenomén v oboru ošetrovatelství. Jak jsme již popsali, sesterská vizita je v současnosti velice podstatným přínosem pro ošetrovatelskou profesi. Nejdůležitější pozitiva, jenž sesterská vizita

přináší, je jednak zapojení samotných nemocných do průběhu ošetrovatelského procesu, a s tím spojený zlepšený vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem/klientem. Dále také celkové zvyšování kvality ošetrovatelské péče, což je hlavním cílem práce sester. Na základě získaných výsledků by bylo vhodné se zaměřit na proškolení sester, jež by se týkalo důležitosti užívání sesterských vizit v praxi. Sestry by se měly seznámit s novým průběhem sesterských vizit, měly by si uvědomit jejich důležitost a následně vhodným způsobem aplikovat poznatky v praxi. V souvislosti s aplikací sesterských vizit bychom si dále dovolili polemizovat nad výsledky sester, které sice uvedly, že sesterskou vizitu užívají, společně s výsledky, kde sestry uváděly rozdílnost mezi sesterskou a lékařskou vizitou. Respondentů, jež sesterskou vizitu užívají, bylo 120, tedy 72% a respondentů, kteří uvedli, že sesterská vizita probíhá současně s vizitou lékařskou bylo 25, čili 15%. Nyní záleží na tom, zda tuto odpověď uváděly sestry, které označily, že vizitu v praxi užívají či nikoliv. V případě, že by se jednalo o sestry, které sesterské vizity v praxi aplikují, znamenalo by to, že sestry jako sesterskou vizitu vnímají vizitu lékařskou. Což je v praxi nemyslitelné a opět by bylo nutné upozornit na současné pojetí sesterských vizit v praxi.

Od sester, jež sesterskou vizitu užívají, jsme zjišťovali, jaký druh sesterských vizit na odděleních aplikují. Převahou se stala malá sesterská vizita, kterou z celkového počtu 161 sester, užívá 97 (60%) sester. 28 (17%) sester užívá kombinaci velké i malé sesterské vizity. Viz. tabulka 5.

Na základě předchozích odpovědí, bylo stanoveno, jaký je, dle sester, nejefektivnější druh sesterských vizit. Tuto otázku jsme zařadili z důvodu, abychom zjistili, nakolik se odlišuje používaný druh sesterské vizity s tím, jakou vizitu sestry považují za nejefektivnější. Výsledky určily, že 94 (56%) sester preferuje kombinaci velké a malé sesterské vizity. Malou sesterskou vizitu určilo 51 (31%) sester. Zajímavostí je, že žádný z respondentů nezvolil možnost samotné velké sesterské vizity. Sestry dále určovaly, v čem se jim zdá efektivní jimi zvolený druh sesterských vizit. Nejprve uvedeme výhody malé sesterské vizity. Největší počet 24 (47%) sester do dotazníku zaneslo, že výhodou malých sesterských vizit vidí v konkrétním zaměření se sester na pacienta/klienta a s tím spjaté zjišťování jeho aktuálních individuálních potřeb.

Obdobně popisuje malou sesterskou vizitu Krišková (19). Uvádí, že výhodou individuální malé sesterské vizity je bezprostřední kontakt s pacientem/klientem, kdy nemocný nepocítuje ostych a naplno ventiluje sestře, jako partnerce péče o vlastní zdraví, své problémy. Ta se ve spolupráci s nemocným snaží najít cesty řešení. Po celou dobu hospitalizace zapojuje nemocného do průběhu ošetřování. Pacient/klient se tak stává aktivním příjemcem ošetřovatelské péče. S textem od Kriškové se shodují i další odpovědi respondentů. 4 (8%) sestry uvedly, že díky malé sesterské vizitě je zajištěna větší důvěra mezi pacientem/klientem a sestrou. 13 (25%) sester uvádí, jako pozitivum, každodenní průběh malých sesterských vizit, jejímž následkem je, že má sestra vždy k dispozici aktuální informace o pacientovi/klientovi. Naopak efektivnost docílenou kombinací velké a malé sesterské vizity vidí sestry v zapojení všech členů ošetřovatelského týmu a tím, dle odpovědí sester, dochází ke zkvalitnění ošetřovatelské péče. Takto odpovědělo 36 (31%) sester. Z grafu dále vyplynulo, že obdobný počet sester, 34 (29%), vidí přínosy v zajištění dostatečného množství informací o pacientovi/klientovi. Sestry získávají informace, jak z malé sesterské vizity, tak je mohou doplňovat v průběhu vizity velké. Zajímala nás otázka, zda sestry považují za důležité, aby se sesterská vizita v praxi užívala. 132 (79%) sester zaznamenalo důležitost užívání sesterských vizit v praxi. Pouze 8 (5%) sester nevnímá, jako důležité, aby se sesterské vizity v praxi aplikovaly. Své odpovědi mohly dále odůvodnit. V případě, kdy sestry uvedly, že není důležité, aby se sesterská vizita v praxi užívala, své odpovědi blíže nspecifikovaly. Celkem 36 (24%) sester nevědělo, jaké důvody zvolit, proč sesterskou vizitu v praxi užívat, přesto, že označily, že užívání sesterských vizit je v praxi důležité. 32 (21%) sester vnímá aplikaci sesterských vizit v následném zkvalitnění ošetřovatelské péče o pacienty/klienty. Zajímavým stanoviskem se stala odpověď od 21 (14%) respondentů, ti uvedli, že při současné situaci sestry často zapomínají na zapojení pacienta/klienta do ošetřovatelského procesu. Aktuální situaci by mělo zlepšit pravidelné užívání sesterských vizit v praxi.

Respondentů jsme se dále dotazovali, zda je důležité, aby se sesterské vizity užívaly také na odděleních, kde pracují. Z celkového počtu 167 sester, jich 138, tedy 83%, vnímá důležitost užívání sesterských vizit na jejich oddělení. Pouze 10

respondentů, neboli 6% uvedlo, že užívání sesterských vizit na jejich pracovišti je zbytečné. Ze získaných informací vyplývá nepotvrzení hypotézy 5, jež zněla „Sestry vnímají efektivitu sesterských vizit.“ Na základě získaných výsledků bychom zdůraznili počty sester, které uvedly, že sesterskou vizitu na oddělení užívají, těch bylo 120. Aplikaci sesterských vizit vnímá jako zbytečné 41 sester. Také uvedeme počet sester, které považují za důležité, aby se sesterské vizity na oddělení, kde pracují, užívaly. Důležitost užívání vnímá 138 sester, což by početně odpovídalo s počtem sester, jež vizity na oddělení opravdu aplikují. Avšak, co je nutné uvést, je počet sester, které uvedly, že není důležité, aby se sesterské vizity užívaly, takto odpovědělo jen 10 sester. Což nekoresponduje s počtem 41 sester, které uvedly, že sesterskou vizitu v praxi neužívají. V tomto případě bychom mohli tvrdit, že 31 sester, které v praxi neužívají sesterskou vizitu, však její užívání považují za důležité. Napadá nás tedy otázka, co sestřím brání v samotné aplikaci sesterských vizit?

V případě, že jsme se dotazovali na efektivitu sesterských vizit, nás dále napadla otázka, jaké přínosy poskytuje sesterská vizita pro pacienty/klienty. V tomto případě mohly sestry zvolit více možných odpovědí. Celkem 145 krát byla zvolena možnost, že při aplikaci sesterských vizit pacienti/klienti vnímají zájem ze strany sester, tím dochází k prohloubení důvěry pacienta/klienta k sestřím. Další početnou odpovědí, jež byla zvolena 134krát, tedy 21%, bylo zvoleno, jako pozitivum, usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Se stejným počtem byla zvolena odpověď, že sesterská vizita dává nemocným prostor pro otevřenou komunikaci, a že umožňuje pacientovi/klientovi ventilovat aktuální potřeby sestřím. Obě tyto možnosti shodně sestry zvolily 125krát, což je v obou případech 19%. Neopomenutelná je též odpověď, že pacienti/klienti při sesterské vizitě vnímají sestry, jako partnery péče o jejich zdraví, mnohem více se sestřím otevřou, nežli je tomu u lékaře. Tato odpověď byla zvolena 110krát, což činí 17% ze všech zvolených možností. Pouhé 4 sestry, tedy 1%, nevnímá sesterskou vizitu pro pacienty/klienty za přínosnou. Viz. graf 8.

Pokud jsme se ptali na přínosy pro pacienty/klienty, je nutné také uvést přínosy pro sestry. Viz. graf 9. Rovněž bylo možné zvolit více odpovědí. Dle 135 (18%) sester, ukazují sesterské vizity aktuální stav pacienta/klienta. Celkem 131, tedy též 18% sester

zvolilo možnost, že dochází k usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem. Stejný počet sester uvádí pozitiva v možnosti pravidelného sledování ošetrovatelského procesu a jeho plnění. 122 (17%) sester volí pozitivem možnou kontrolu pacienta/klienta. 103 sester, čili 14%, uvedlo zkvalitnění péče o pacienty/klienty díky užívání sesterských vizit. Posledním přínosem pro sestry, celkem 93 (13%) sester volilo odpověď, že díky aplikaci sesterské vizity mají sestry vyhrazený prostor věnovat se pacientovi/klientovi. Odpověď sesterskou vizitu nevnímám jako přínosnou odpovědělo pouze 8 sester, neboli 1%. Za důležité považujeme, že žádná z dotazovaných sester nezvolila možnost sesterské vizity, jako ztráty času pro sestry. Ze zmíněných odpovědí lze pozitivně hodnotit pohled sester na přínosy, které sesterská vizita přináší. Můžeme tedy určit, že hypotéza 3 byla potvrzena. „Sesterská vizita je efektivním elementem pro saturaci individuálních potřeb pacienta/klienta.“

V průběhu lékařských vizit je sestra partnerem lékaře. Hůsková přesně zaznamenala, že sestra, mimo jiné, informuje lékaře o průběhu poskytování ošetrovatelské péče(7). Myslí tím zásadní změny, či komplikace z hlediska ošetrovatelského. K tomu, aby sestra mohla lékaře kvalitně informovat o průběhu ošetrovatelské péče a aktuálních změnách, má k dispozici právě sesterskou vizitu. Díky sesterské vizitě můžeme hodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu. Z tohoto hlediska nás napadla otázka, jaký je, opačně, dle sester, pohled lékařů na provádění sesterských vizit. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Výsledky nás mile překvapily. Celkem 91krát byla zvolena možnost, že lékaři podporují sesterské vizity. S touto odpovědí souvisela i další možnost odpovědi, a to, že lékaři pracují s informacemi, které byly získány při sesterské vizitě. Takto odpovědělo 88, tedy 33% sester. V případě podpory lékařů k provádění sesterských vizit spatřujeme velká pozitiva. Pokud sestry budou provádět sesterské vizity, budou podporovány nejen ze stran vedoucích sester, ale také samotných lékařů. Předpokládáme, že podpora lékařů může být z důvodu, že mohou dále s informacemi, které sestry získají při sesterské vizitě, pracovat. Možná by bylo vhodné se zamyslet i nad tím, zda by aplikace sesterských vizit a z nich plynoucí informace, nezlepšily vzájemné vtahy mezi sestrou a lékařem. S opakem, neboli odpovědí: „Lékaři nevěnují

pozornost informacím, které byly získány při sesterské vizitě“, souhlasilo 12 (5%) sester. Negativně, s odpovědí, že lékaři nedávají prostor pro užívání sesterských vizit, souhlasily pouze 4 sestry. Obdobně sestry zaznamenaly možnost, že se lékaři k provádění sesterských vizit staví negativně. Takovou možnost zvolilo 12, tedy 5% sester. 26 (10%) sester uvedlo: „Lékaři se o činnost sester nezajímají.“ Poslední možná odpověď, lékaři neznají pojem sesterská vizita, byla označena 23krát, což činí 9%.

Pokud shrneme doposud získaná fakta o sesterské vizitě, dojdeme k hypotéze 2. Hypotézu jsme stanovili takto: „V praxi sesterská vizita splňuje požadavky profesionálního ošetřovatelství.“ Ze získaných výsledků lze na první pohled sice určit, že se sestry k sesterské vizitě staví velice pozitivně, avšak pokud se na výsledky zaměříme podrobněji, přijdeme k jinému zhodnocení. Sestry sice v praxi sesterskou vizitu užívají, správně také vnímají její efektivitu, a to jak pro sestry, tak pro pacienty/klienty. Pozitivně se k sesterským vizitám staví i lékaři, kdy lékaři sesterské vizity nejen podporují, ale následně také s informacemi, které byly zjištěny v jejich průběhu, pracují. Z tohoto hlediska se zdá, že sestry jsou sesterským vizitám nakloněny, avšak, když jsme zjistili, co si pod pojmem sesterská vizita představují, došli jsme k názoru, že zmíněná fakta neodpovídají skutečnosti. Správně si sesterskou vizitu představuje pouze 24 sester z celkového počtu 167, což činí 14%. Viz. graf 2.

Z výzkumu nám dále vyplynulo, že na odděleních, kde sestry pracují, se nejvíce užívá malá sesterská vizita, a to v 97 případech, tedy 60%. Avšak při představě nejefektivnějšího způsobu sesterské vizity pro praxi, respondenti nejčastěji volili kombinaci velké i malé sesterské vizity. Tato možnost byla zvolena celkem 94krát, což z celkového počtu činí 56%. Z uvedených údajů dojdeme k závěru, že sestry sice v praxi užívají sesterskou vizitu, avšak, do té doby, kdy sesterská vizita nebude sestrami správným způsobem pochopena, kdy nedojde k zapojení samotného pacienta/klienta do jejího průběhu, nemůže zajistit žádný efektivní přínos. Nemůžeme být spokojeni s takto průměrnými a nepřesvědčivými výsledky. Na základě získaných výsledků jsme sestreskou vizitu znázornili obrazně, tak aby byla snáze pochopitelná. Schéma poukazuje na dřívější stav a stav, který se shoduje s ošetřovatelským procesem. Viz příloha 8.

Nyní se dostáváme k poslední části dotazníku, jenž zjišťoval druhý významný pojem pro naši diplomovou práci, a to hlášení sester. Nejprve bylo nutné zjistit, co si sestry představí pod pojmem hlášení sester. Největší počet odpovědí zněl takto: „Hlášení sester je předávání informací mezi sestrami o jednotlivých pacientech/klientech na konci každé směny.“ Takto odpovědělo 79 sester, jinak také 47%. Hlášení sester, jako ústní a písemné předání informací o nemocných, uvedlo 29 sester, čili 17%. Pouze písemné předání uvedlo 18 (11%) sester. Pouhých 9 (5%) sester neví, co si pod pojmem hlášení sester představit. Viz. graf 13. Tyto výsledky nyní můžeme porovnat s dostupnou literaturou. Literatura, kterou nyní volíme, je spíše cizojazyčná. Konáme tak z důvodů, že v naší odborné literatuře se s novým pojetím hlášení sester ještě příliš nesetkáváme. Smith ve své knize uvádí, že hlášení sester je činnost, kde tým zdravotních sester předává informace o ošetrovatelské péči jednotlivých pacientů/klientů jiné skupině sester. A to obvykle na konci směny (33). Sesterské hlášení dále doplňuje dílo Stauntona, jenž popisuje důležitost užívání, jak písemného, tak ústního hlášení sester. Jinak, dle jeho slov, nedochází ke kompletnímu předání informací mezi jednotlivými sestrami. Také poukazuje, že je velice důležité, aby sestry předávaly informace kvalitně a neopomínaly na některé skutečnosti, které se udály během jejich směny. A co je především důležité, v čem spočívá odlišnost a posun oproti minulým létům je, že hlášení sester by vždy mělo probíhat u lůžka pacientů/klientů(35). Můžeme tedy zaznamenat, že sestry sice volily správně, že se jedná o předávání informací mezi jednotlivými směnami sester, avšak na to nejdůležitější, že by se hlášení sester mělo provádět u lůžka nemocných, zapoměly. Tuto odpověď nezvolila žádná z dotazovaných sester. Na základě získaných výsledků, jsme se snažili pro hlášení sester, obdobně jako pro sesterskou vizitu, vytvořit nározné schéma. Přehled hlášení uvádíme v příloze 7. Znázornili jsme, jakým způsobem probíhalo hlášení sester dříve, a jakým způsobem probíhá nyní. Zobrazení by mělo sestram usnadnit vnímat rozdílnost mezi jednotlivými typy hlášení.

V případě zjišťování hladiny významnosti jsme chtěli zařadit i vztahy mezi věkem a pracovištěm sester se znalostmi hlášení sester. Protože však žádná z dotazovaných sester nezná současné pojetí sesterského hlášení, nemělo provádění

významnosti žádný smysl.

Zjistili jsme, že většina respondentů zná hlášení sester z dřívějších let. Moderní pojetí sesterského hlášení nezaznamenala žádná z dotazovaných sester. Což se pro nás stalo více než zarážející. V případě, že sestry nevnímají nově příchozí informace a nezapojují se do aktuálních postupů, vyvstala otázka, zda vůbec vnímají rozdílnost mezi sesterskou vizitou a hlášením sester. Na což je zaměřena hypotéza 4, která zní „Sestry nevnímají rozdílnost mezi sesterskou vizitou a hlášením sester.“

Sester jsme se ptali, zda sesterská vizita a hlášení sester obsahují ty samé činnosti. 68, tedy 41% sester odpovědělo, že hlášení sester a sesterská vizita jsou dvě zcela odlišné činnosti. 65, neboli 39% sester vidí sesterskou vizitu a hlášení sester, jako jednu a tutéž činnost. 25 (15%) sester uvedlo možnost nevím a 9 (5%) sester uvedlo možnost jiné bez dalšího odůvodnění. Hypotéza 4 se potvrdila, sestry nevnímají rozdílnost mezi sesterskou vizitou a hlášením sester. Považujeme za nutné uvést počet sester, jež odpověděly, že sesterská vizita je totožná s hlášením sester. Jedná se o 39% ze všech dotazovaných dotazovaných, což je více než zarážející. V tomto případě přichází v úvahu, že sestry nemají dostatek informací o postupech, jež by měly v rámci své profese provádět, nebo nemají o nové postupy zájem, přesto, že sesterská vizita i hlášení sester přináší do ošetrovatelské profese mnohá pozitiva.

Davina ve svém díle upozorňuje, že hlášení sester je nedílným faktorem ošetrovatelské péče (3). Na toto tvrzení jsme navázali hypotézou 6, která zněla: „Hlášení sester je nedílnou součástí ošetrovatelské profese.“ Naše zaměření bylo následující. Zajímalo nás, zda se sesterské hlášení užívá na odděleních, kde dotazovaní respondenti pracují. Většina respondentů, 160 (95%), uvedla, že se hlášení sester na jejich oddělení provádí, a to každý den. 5 (3%) respondentů označilo možnost: Ano, někdy. Pouze 1 sestra uvedla, že se sesterské hlášení na oddělení, kde pracuje neužívá. Dospěli jsme k jednoznačným výsledkům, jež potvrzují hypotézu 6. Sesterské hlášení je opravdu nedílnou součástí ošetrovatelské profese. Přes velký počet sester, které odpověděly, že se hlášení sester v praxi užívá, bychom zdůraznily, že hlášení nelze provádět bez informací, které sestry od pacienta/klienta získají. Tyto informace získávají pomocí sesterských vizit. V rámci vzájemné souvislosti mezi hlášením sester a

sesterskými vizitami bychom znovu uvedli počet sester, které na svých oddělení sesterskou vizitu neaplikují. Takto odpovědělo 24% sester, což je poměrně velké procentuální zastoupení. Tímto lze usoudit, že sestry sice aplikují sesterské hlášení v praxi, ale ne všechny užívají při ošetrovatelském předání adekvátní informace o pacientech/klientech, jenž by získaly v průběhu sesterských vizit.

Své zaměření jsme dále posunuli na formu hlášení sester, kterou repondenti, kteří sesterské hlášení užívají, na odděleních aplikují. Celkem 152, tedy 91% sester uvedlo kombinaci písemné a ústní formy. 10 sester, 6%, označilo ústní formu. 3 (2%) sestry samostatnou písemnou formu a 2 (1%) sestry zvolily možnost nevím, přičemž k této odpovědi můžeme zařadit odpověď sestry, která odpověděla, že se hlášení sester na pracovišti neužívá. S předchozími odpověďmi nás také zajímalo, zda forma hlášení sester užívaná v praxi odpovídá formě, kterou si sestry představují jako nejefektivnější. Z celkového počtu 167 sester, označilo 156, tedy 93% možnost kombinace ústního i písemného hlášení, což koresponduje s literaturou od Stauntona (35), jenž jsme zmínili v předchozím odstavci a také s hlášením sester, které v praxi sestry užívají.

Z důvodu, že v současné době došlo ke změně hlášení sester, kdy se hlášení přesunulo k lůžku nemocných a navíc sestry při předávání užívají ošetrovatelskou dokumentaci, jsme do dotazníku zařadili následující otázku: Jaké informace, podle Vašeho názoru, obsahuje záznamová kniha hlášení? V tomto případě mohly sestry uvést více odpovědí. Největší počet, celkem 108 sester, což činí 26%, uvedlo předávání návykových látek. 90 sester, 21%, označilo možnost pozorování pacienta/klienta a 86, 20%, sester zapisuje do záznamové knihy plán ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů/klientů. 65 sester, 15%, uvedlo informace o chodu oddělení. Dalších 51, čili 12% sester zvolilo možnost předávání přístrojů a nástrojů. Jen 13krát (3%) se objevila možnost přenechávání osobních vzkazů v záznamové knize hlášení. Obsah záznamové knihy hlášení je velice důležitý. Vedení této knihy je také vizitkou oddělení. Z tohoto důvodu je nutné, aby se prováděla pravidelná kontrola. Proto jsme do dotazníku zařadili také otázku týkající se kontroly záznamové knihy hlášení. V tomto případě bylo možné zvolit více možných odpovědí. Zaměřili jsme se na to, kdo, podle sester, provádí kontrolu záznamové knihy hlášení. 136, tedy 38% odpovědí označovalo staniční sestru.

Možnost vrchní sestry byla zvolena 94krát, což činí 26% z celkového počtu odpovědí. 80 sester (23%) si myslí, že kontrola záznamové knihy spočívá také mezi jednotlivými směnnými sestrami, které si hlášení předávají. 34 sester (10%) uvedlo také primáře oddělení. Pouze 8 (2%) odpovědí označovalo možnost lékaře ve službě. Abychom si upřesnily výsledky, uvedeme, co o kontrole hlášení sester zaznamenal Vondráček ve svém díle *Sestra a její dokumentace*. Kontrolu hlášení sester provádí staniční sestra na své stanici, vrchní sestra na svěřeném oddělení. Za chod oddělení jako celku odpovídá primář oddělení, z tohoto důvodu může i on provést kontrolu záznamové knihy hlášení sester i ošetrovatelské dokumentace, nebo kontrolou pověřit právě staniční sestru(49). Co již Vondráček neuvádí, ale my bychom doplnili, je že kontrolu hlášení by měly provádět i směnné sestry mezi sebou. Tím, že nastupující sestra podepisuje záznamovou knihu, souhlasí s předávanými informacemi, které se v knize objevují. Proto je nutné, aby zkontrolovala, zda obsah záznamové knihy není chybný, či neúplný. V případě pochybení by byly vinny, jak sestry, které informace zaznamenaly, tak sestry, které svým podpisem stvrdily předání chybného záznamu. V příloze 5 uvádíme příklad formuláře, který se užívá pro kontrolu vedení ošetrovatelské dokumentace. V případě hlášení by kontrolu prováděla staniční a vrchní sestra jednotlivých oddělení. Užití by mělo odůvodnění z hlediska sledování správnosti a kvality zápisů v záznamové knize od jednotlivých sester.

Co se týče ústního hlášení sester, z výsledků je zřejmé, že sestry považují za důležité, aby se sesterské hlášení v praxi užívalo. Z celkového počtu 167 respondentů, uvedlo jako důležité 166 respondentů, tedy 99%, důležitost užívání hlášení sester v praxi. Jak jsme již zmiňovali, v současné době by mělo hlášení sester probíhat u lůžka nemocných. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že největší počet sester, 62 (37%), aplikuje hlášení sester opravdu u lůžka pacienta/klienta. 43 (26%) sester stále provádí hlášení sester na sesterně, 20 (12%) na inspekci. Dalších 17 (10%) v pracovně sester, 13 (8%) na denní místnosti sester. Vyšetřovnu označily 2 sestry, tedy 1%. Z uvedeného vyplývá, že více jak polovina dotazovaných sester stále neprovádí hlášení sester u lůžka pacienta/klienta, čímž nemůže dojít k samotnému zapojení nemocného do průběhu hlášení.

Druhým výzkumným souborem byly hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v sedmi nemocnicích Jihočeského kraje. Návratnost činila 4 kompletně vyplněné dotazníky. Výsledky uvádíme pouze orientačně, protože velikost výzkumného souboru není reprezentativní. Přesto byly některé výsledky poměrně zařázející.

Dotazníky se opět zaměřovaly na problematiku sesterské vizity a hlášení sester. 3 hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči si pod pojmem sesterská vizita představí předávání informací o pacientovi/klientovi mezi jednotlivými sestrami. 1 sestra uvedla, že se jedná o „nově vytvořený pojem, který byl vytvořen za účelem umělého zviditelnění práce sester.“ Je nutné uvést, že ani jedna ze sester neuvedla, že při sesterské vizitě dochází k samotnému zapojení pacienta/klienta do průběhu sesterských vizit. Sesterská vizita by tedy měla probíhat přímo u lůžka nemocných. V tomto případě jsme očekávali, že odpovědi od respondentů budou správné, výsledky však hovoří jinak. 2 dotazované sestry uvedly, že se sesterská vizita užívá na všech odděleních, 1 sestra označila, že se sice užívá, ale jen na některých odděleních a 1 sestra zaznamenala, že se sesterské vizity v daném zdravotnickém zařízení neužívají. V tomto případě nás zajímalo, zda má sestra zdůvodnění, proč se vizity neužívají. Odpovědi nám bylo, že „sestry ani neznají pojem sesterská vizita,“ což, pokud srovnáme s výsledky, které máme od směných sester, koresponduje. Dále sestra uvedla, že „sesterská vizita v jejich zdravotnickém zařízení není ani zavedena.“ Z tohoto tvrzení lze určit, že sestra ani nevnímá efektivitu, proč by se sesterské vizity měly v praxi užívat. Blíže nám vypověděly odpovědi na otázku, zda je důležité užívání sesterských vizit v praxi. Zde jsme se setkali s dvojitou odpovědí. 2 sestry uvedly, že jsou sesterské vizity důležité a 2 sestry, že neví, zda je sesterská vizita v praxi důležitá, či nikoli. Zařázející se poté staly odpovědi, kde měly sestry uvádět přínosy sesterských vizit, jak pro pacienty/klienty, tak pro sestry. Je zajímavé, že ač sestry příliš nevnímají důležitost sesterských vizit, jejich přínosy pocítují. Mezi přínosy, jež sestry vnímají, patří usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem, umožnění prostoru, který sestry mohou pacientům/klientům věnovat, nemocní díky sesterským vizitám vidí zájem ze strany sester, tudíž se prohlubuje vzájemná důvěra, v neposlední řadě sestry vnímají zvýšení

kvality ošetrovateľskej péče. Pouze jedna sestra zvolila možnosť iné, kde oponovala, že „dobrá ošetrovateľská péče není ve slově sesterská vizita.“ Z hlediska přínosů pro sestry, tatáž sestra uvedla, že by sestra musela provádět sesterskou vizitu vždy, když je u pacienta/klienta, protože při každé jeho návštěvě vnímá jeho pocity a pátrá po neuspokojených potřebách. Ze zbylých odpovědí nám vyvstalo, že přínosem sesterské vizity pro samotné sestry je dostatečná kontrola pacienta/klienta, díky sesterským vizitám vnímáme aktuální stav nemocných. Dále usnadňuje vzájemnou komunikaci, sestry mají možnost sledovat ošetrovateľský proces a jeho plnění a v neposlední řadě, stejně jako u přínosů pro nemocné, vnímají sestry užívání sesterských vizit ve zvýšení kvality ošetrovateľskej péče.

Druhá část dotazníku se týkala hlášení sester. V této oblasti jsme od hlavních sester a náměstkyň pro ošetrovateľskou péči získali takovéto informace. 2 sestry uvedly, že hlášení sester je písemné a ústní předání informací následující směně sester. 1 sestra uvedla, že se jedná o ústní referování informací o pacientech/klientech mezi jednotlivými sestrami a to u lůžka nemocných. Pokud tvrzení srovnáme se skutečnostmi, které nám jsou již známé, dojdeme k názoru, že pouze 1 ze sester zvolila správnou odpověď. Hůsková sice uvádí, že hlášení sester je, jak uvádějí sestry, předávání informací o pacientech/klientech písemnou i ústní formou, a to mezi jednotlivými směňami sester (8). Avšak, jak již dobře víme, sesterské hlášení není pouze ústní a písemná forma předání, ale v současné době je velice důležité také zapojení samotného pacienta/klienta do procesu hlášení, což zajistíme tím, že hlášení sester přesuneme k lůžku nemocného. Dnešní moderní podobu hlášení sester uvádí především zahraniční literatura, z čehož můžeme usoudit, že toto moderní pojetí není v České republice ještě příliš běžné. Poslední odpovědí, kterou jsme o sesterském hlášení dostali, byla odpověď od 1 sestry, která uvedla, že se jedná o písemné předání informací o stavu opiátů, nikoliv informace o zdravotním stavu nemocných. Pokud shrneme tuto odpověď, dojdeme k názoru, že sestra, jenž uvedla předchozí odpověď, měla na mysli pouze písemné hlášení sester, čili záznamovou knihu hlášení. Opomněla ale na fakt, že hlášení sester není pouze písemná forma, ale také ústní, která je neméně důležitá a v žádném případě by neměla být opomenuta. Je tedy nutné odpovědět, že

respondenti nemají příliš informací o současném hlášení sester.

Z hlediska užívání sesterského hlášení bychom porovnali záznamy, kdy sestry odpovídaly na pohled důležitosti užívání sesterského hlášení v praxi s tím, zda se sesterské hlášení ve zdravotnickém zařízení, kde pracují, užívá. Z celkového počtu 4 sester vnímají 2 z nich, že je důležité, aby se hlášení sester užívalo, 1 sestra uvedla možnost nevím a 1 sestra dokonce zanesla, že užívání hlášení sester není důležité. Přesto, že 2 sestry nevedly kladnou odpověď, všechny následně zaznamenaly, že se hlášení sester v jejich zdravotnickém zařízení provádí. Nyní zůstává otevřenou otázkou, do jaké míry je v těchto zařízeních hlášení sester účinné a nakolik probíhá správnou a účinnou formou. Pokud sestry nemají podporu ani z vedoucích pozic, ba dokonce, pokud uvedeme, že ani sestry ve vedoucích pozicích nemají dostatečné informace o současném pojetí sesterského hlášení, je diskutabilní, jak moc efektivní bude toto hlášení na jednotlivých odděleních.

Poslední, také trochu zarážející výsledky, jsme získali, když jsme sestrám položili otázku, zda by zaměnily hlášení sester za sesterskou vizitu. 3 sestry správně uvedly, že záměna není možná, protože sesterská vizita a hlášení sester obsahuje odlišné činnosti. 1 sestra však uvedla, že by hlášení sester za sesterskou vizitu zaměnila.

Závěrem lze určit, že sestry, jenž byly k výzkumu oslovené znají pojem sesterská vizita a hlášení sester pouze z dřívějších let. Posun, který v této oblasti nastal, zpozorovalo jen minimum z nich. Z hlediska dotazovaných hlavních sester a náměstkyň pro ošetrovatelskou péči, lze zhodnotit, že sestry buď nevnímají důležitost užívání sesterských vizit a hlášení sester, nebo jsou zaneprázdněné současnými akreditacemi nemocnic. I když v tomto případě je tato odpověď poněkud diskutabilní. Protože v rámci akreditací nemocnic a tím zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče, se setkáváme s hlášením sester i sesterskou vizitou, jako nezbytným prvkem, je tedy otázkou, z jakého důvodu nemají hlavní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči informace, které by se týkaly obou zmíněných oblastí.

6 Závěr

Během posledních let prodělalo hlášení sester i sesterská vizita podstatné změny. Ve většině zdravotnických zařízení sestry sice užívají sesterské vizity i hlášení sester, avšak forma těchto činností je podstatně zastaralá. Provádění sesterských vizit i hlášení sester bez zapojení samotného pacienta/klienta není v současné době považováno za účinné. Proto je nutné, aby se sestry seznamovaly s novými metodami a změnami v oblasti ošetrovatelské péče.

Cílem práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem se užívá sesterská vizita v praxi. Dále, zda sestry pociťují rozdílnost mezi sesterskou vizitou a hlášením sester. Cíle práce byly splněny.

Pro práci jsme sestavili následující hypotézy. Hypotéza 1 Sesterská vizita je součástí standardní ošetrovatelské péče. Tato hypotéza byla potvrzena. Sestry užívají sesterskou vizitu na oddělení, kde pracují.

Hypotéza 2 V praxi sesterská vizita splňuje požadavky profesionálního ošetrovatelství. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Sestry pouze pozitivně vnímají užívání sesterských vizit, avšak jejich použití v praxi, jak vyplynulo z výzkumu, nesplňuje současnou představu sesterských vizit.

Hypotéza 3 Sesterská vizita je efektivním elementem pro saturaci individuálních potřeb pacienta/klienta. Hypotéza 3 byla potvrzena. Sestry vnímají a aplikují sesterské vizity s cílem vyhledávání a saturování individuálních potřeb pacienta/klienta.

Hypotéza 4 Sestry nevnímají rozdíl mezi sesterskou vizitou a hlášením sester. Tuto hypotézu nepotvrzujeme. Sestry pociťují rozdíl mezi sesterskou vizitou a hlášením sester. Avšak, je nutné také uvést, že přesto, že větší část sester vnímá rozdílnost v jednotlivých činnostech, bylo zarážející, kolik sester tyto rozdíly nepociťuje.

Hypotéza 5 Sestry nevnímají efektivitu sesterské vizity. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Sestry vnímají efektivitu sesterských vizit jak pro pacienty/klienty, tak pro sestry samotné.

Hypotéza 6 Hlášení sester je nedílnou součástí ošetrovatelské profese. Hypotézu 6 potvrzujeme. Sestry v praxi užívají hlášení sester a považují tuto činnost jako nezbytnou součástí jejich profese.

Význam diplomové práce spočívá v předložení informací sestřám o modernizaci sesterských vizit a hlášení sester, jako nedílné součásti ošetrovatelské profese. Cílem by mělo být zkvalitnění ošetrovatelských činností a především, ze sesterských vizit vyplývajících, přínosy pro pacienty/klienty a také sestry.

Možným řešením by mohlo být proškolení jednotlivých pracovníků v rámci nemocnic. Školení by se týkalo samotné problematiky sesterských vizit a hlášení sester, kdy vzdělávat v této oblasti by se měly především sestry, kterých se hlášení sester a sesterská vizita týká. Je nutné uvést nejen sestry směnné, ale také staniční, vrchní a hlavní sestry, které mají v oblasti této problematiky také nedostatečné informace. Následně zavést jednotný systém jejich aplikace na všech odděleních v dané nemocnici.

Sesterské vizity by také upravily problém, který pociťují sestry v praxi. Vnímají, že jsou zahrnuty administrativními činnostmi a čas na pacienty/klienty jim nezbyvá. Díky aplikaci sesterských vizit, které probíhají přímo u lůžka pacientů/klientů, by sestry měly zajištěný kontakt s nemocnými a zároveň by se mohly zaměřit na plnění ošetrovatelského procesu v praxi. Při kontaktu s nemocnými by sestry stanovovaly vhodné intervence, které by navíc konzultovaly s nemocnými, dále by společně hodnotili výsledky, kterých pacient/klient během hospitalizace dosáhl. Těmito i dalšími činnostmi, které by probíhaly při aplikaci sesterských vizit i hlášení sester, by došlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BENISKOVÁ, L. *Ošetrovatelské vizity a jejich dôležitosti z pohledu sestry a pacienta*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB. Zdravotně sociální fakulta, 2007. Vedoucí práce: Hudáčková Andrea
2. ČONDLOVÁ, S. *Vizita-stresová situace a ošetrovatelský proces*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2005. Vedoucí práce: Trešlová Marie
3. DAVINA, A. *The changing shape of nursing practice: The role of nurses in the hospital division of labour*. 1.vyd. London: Routledge, 2001. ISBN 0-415-21648-6
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství-teorie*. 1.vyd. Osveta, 2006. 211str. ISBN 80-8063-182-4
5. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vyd. Brno:NCO NZO, 2005. 414str. ISBN 80-7013-427-5
6. FILAUSOVÁ, D. Vizita in: *Ošetrovatelské postupy- e-learningová výuka*. [13.2.2007]. Dostupný z: http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=11&kod_kuru=rzu=kos392
7. HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství-ošetrovatelské postupy pro zdravotní asistenty I/1.díl*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 104str. ISBN 978-80-247-2852-0
8. HŮSKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství- ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty II/2.díl*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 88str. ISBN 978-80-247-2854-4

9. JANÁČKOVÁ, L. *Praktická komunikace pro každý den*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 112str. ISBN 978-80-247-2479-9
10. JANÁČKOVÁ, L. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 136str. ISBN 978-80-7367-477-9
11. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: TIRA, 2000. ISBN 80-85866-55-2
12. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 288str. ISBN 80-247-0629-6
13. KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 244str. ISBN 978-80-247-2830-8
14. KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 135str. ISBN 978-80-247-2831-5
15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, 1996. 366str. ISBN 80-90-1647-8-1
16. KOVÁČIKOVÁ, M. a kol. *Naše zkušenosti s ošetrovatel'ským procesom v klinickom pracovnom lékařstve*. České pracovní lékařství. Praha:2006, ročník VII, č. 3, str. 143, ISSN 1212-6721
17. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
18. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 209str. ISBN 80-8063-160-3

19. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatelské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804str. ISBN 80-8063-087-9
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2.vyd. Brno, 1995. 155str. ISBN 80-7013-187-X
21. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176str. ISBN 978-80-247-2713-4
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 164str. ISBN 978-80-2472069-2
23. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152str. ISBN 978-80-247-1784-5
24. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156str. ISBN 80-247-1024-2
25. NIGHTINGALE, F. *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. 1.vyd. New York, 1860
26. ODBOR 22. *Práva pacientů ČR*. [27-4-2005]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>
27. ONDERKOVÁ, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra. Praha:2007, ročník XVII, č. 12, str. 17. ISSN 1210-0404
28. PODSTATOVÁ, R. a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 144str. ISBN 978-80-247-1997-9

29. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno, 2006. 86str. ISBN 80-7013-440-2
30. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 224str. ISBN 978-80-247-2358-7
31. QUINN, M. F. *The principles and practice of nurse education*. 1.vyd. London University, 2000. 568str. ISBN 0-7487-3895-9
32. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 240str. ISBN 978-80-2471613-8
33. SMITH, G. *Get Set For Nursing*. Edinburgh University, 2004. ISBN 0-7486-1956-9
34. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství II, Sestra- reprezentant profese*. 1.vyd. Brno, 2002. 79str. ISBN 80-7013-368-6
35. STAUNTON, J. a kol. *Nursing & the law*. Australia:Southwood Press, 2003. ISBN 0-7295-3676-9
36. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353str. ISBN 80-246-1091-4
37. ŠKRLA, P. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 200str. ISBN 978-80-247-2616-8
38. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 104str. ISBN 978-80-247-2698-4

39. ŠTEFAN, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1.vyd. Praha:Grada, 2005, 264str. ISBN 80-247-0931-1
40. ŠTOLLOVÁ, R. *Naše sesternské vizity*. Sestra. Praha:1997, ročník VII, č. 5, str. 31. ISSN 1210-0404
41. TATE, P. *Komunikace pro lékaře*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 164str. ISBN 80-247-0911-2
42. TOMEK, V. *Je předávání směny dobou pracovní?* Sestra. Praha:2008, ročník XVIII, č. 06, str. 14. ISSN 1210-0404
43. TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestern- pacient*. Sestra. Praha:2007, ročník XVII, č. 1, str. 22. ISSN 1210-0404
44. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. 184 str. ISBN 978-80-247-2658-8
45. VAŠKOVÁ, Z. *Lékaři a sestry...mámě v sobě empatii?* Sestra. Praha:2006, ročník XVI, č. 11, str. 23. ISSN 1210-0404
46. VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144str. ISBN 80-247-1262-8
47. VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 68str. ISBN 80-247-1919-3
48. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 95str. ISBN 978-80-247-3132-2

49. VONDRÁČEK, L. a kol. *Sestra a její dokumentace*. 1.vyd. Praha:Grada, 2008. 88str. ISBN 978-80-247-2763-9
50. VONDRÁČEK, L.a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 72str. ISBN 80-247-0704-7
51. WORKMAN, B.A. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha:Grada, 2006. 259str. ISBN 80-247-1714-X

8 Klíčová slova

Sesterská vizita

Hlášení sester

Ošetřovatelství

Sestra

Pacient/klient

Kvalita péče

9 Přílohy

Příloha 1- Dotazník pro směnné sestry

Příloha 2- Dotazník pro hlavní sestry

Příloha 3- Příklady formulářů pro písemné hlášení sester

Příloha 4- Příklad formuláře pro sesterskou vizitu

Příloha 5- Práva pacientů

Příloha 6- Zápis o kontrole vedení ošetrovatelské dokumentace

Příloha 7- Pohled na hlášení sester dříve a dnes

Příloha 8- Pohled na sesterskou vizitu

Příloha 1 Dotazník pro směnné sestry

Vážená sestro,

dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká mé diplomové práce s tématem Hlášení sester a sesterská vizita v praxi. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro zpracování této práce. Otázky v dotazníku jsou otevřené i uzavřené, pokud není uvedeno jinak, je možné označit pouze jednu možnou odpověď. Děkuji za kladné vyřízení.

Studentka 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích

Bc. Jana Nováková

1. Kolik Vám je let?

- a) Do 20-ti let
- b) 21-30let
- c) 31-40
- d) 41-50
- e) 50let a více

2. Na jakém oddělení pracujete?

.....

3. Co si představíte pod pojmem sesterská vizita?

.....

.....

.....

4. Vnímáte rozdíl mezi lékařskou vizitou a sesterskou vizitou?

- a) Ano, lékařská vizita je zaměřena na problematiku onemocnění, ne na potřeby člověka
- b) Ne, lékařská a sesterská vizita probíhají současně
- c) Ne, lékařská vizita se zabývá stejnými problémy jako vizita sesterská
- d) Nevím
- e) Jiné:.....

5. Myslíte si, že je pravdivé tvrzení: „Lékařská vizita neumožňuje pacientovi/klientovi vstupovat do průběhu vizity, kdežto sesterská vizita takové omezení nemá.“

a) Ano

Proč:.....
.....
.....

b) Ne

Proč:.....
.....
.....

6. Provádí se na Vašem oddělení sesterská vizita?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

Pokud jste na otázku č. 6 odpověděli NE, pokračujte, prosím, otázkou č. 8

Vysvětlení k následujícím otázkám:

Sesterská vizita se podobně, jako lékařská vizita, dělí na malou a velkou. Malá sesterská vizita probíhá každý den na pokoji pacientů/klientů. Účastní se jí jedna nebo dvě sestry. V průběhu malé sesterské vizity si sestry mohou předávat informace o pacientech. Velké sesterské vizity se účastní staniční sestra, vrchní sestra a ošetřující sestry.

7. Jaký druh sesterské vizity užíváte na Vašem oddělení?

a) Malou sesterskou vizitu

b) Velkou sesterskou vizitu

c) Malou i velkou sesterskou vizitu

8. Jaký druh sesterské vizity je v ošetrovateľskej praxi, dle Vašeho názoru, nejefektívnejší?

- a) Malá sesterská vizita
- b) Velká sesterská vizita
- c) Kombinace malé i velké sesterské vizity
- d) Žádná ze zmíněných
- e) Nevím
- f) Jiné:.....

V případě, že jste u otázky č. 8 označili možnost D-F, pokračujte na otázku č. 10

9. V čem se Vám zdá efektivní zvolený druh sesterské vizity?

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

10. Myslíte si, že je důležité, aby se sesterská vizita v praxi užívala?

- a) Ano
Proč
.....
.....
- b) Ne
Proč.....
.....
.....
- c) Nevím

U následujících otázek- č. 11. a 12. je možné označit více odpovědí.

11. Jaké vidíte přínosy sesterské vizity pro PACIENTY/KLIENTY?

- a) Usnadňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem/klientem
- b) Dává pacientovi/klientovi prostor pro otevřenou komunikaci
- c) Pacient/klient vidí zájem ze strany sester, tudíž se prohlubuje důvěra pacienta/klienta k sestřám
- d) Umožňuje pacientovi/klientovi ventilovat aktuální problémy sestřám
- e) Pacienti/klienti vnímají sestry, jako partnery péče o jejich zdraví- mnohem více se otevřou, nežli je tomu u lékaře
- f) Sesterskou vizitu nevnímám pro pacienty/klienty jako přínosnou
- g) Jiné:.....

12. Jaké vidíte přínosy sesterské vizity pro SESTRY?

- a) Umožňuje sestřám kontrolu pacienta/klienta
- b) Ukazuje aktuální stav pacienta/klienta
- c) Usnadňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem/klientem
- d) Umožňuje sestřám sledovat ošetrovatelský proces a jeho plnění
- e) Vyhrazuje sestřám prostor věnovat se pacientům/klientům
- f) Sesterskou vizitu nevnímám jako přínosnou
- g) Sesterskou vizitu vnímám, jako ztrátu času pro sestry
- h) Zvyšuje kvalitu péče o pacienty/klienty
- i) Jiné:.....

13. Je podle Vás důležité, aby se sesterské vizity na oddělení prováděly?

a) Ano

Proč

b) Ne

Proč.....

c) Nevím

U otázky č. 14 je možné označit více odpovědí

14. Jaký je podle Vašeho názoru pohled lékařů na provádění sesterských vizit?

a) Lékaři se k provádění sesterských vizit staví negativně

b) Lékaři podporují provádění sesterských vizit

c) Lékaři se o činnosti sester nezajímají

d) Lékaři nedávají prostor pro uskutečňování sesterských vizit

e) Lékaři nevěnují informacím získaným při sesterské vizitě žádnou pozornost

f) Lékaři pracují s informacemi, které byly získány při sesterské vizitě

g) Lékaři neznají pojem „sesterská vizita“

h) Jiné.....

15. Co si představíte pod pojmem „Hlášení sester“?

.....

.....

.....

.....

16. Obsahuje sesterská vizita a hlášení sester ty samé činnosti?

- a) Ano, hlášení sester a sesterská vizita je jedna a tatáž činnost
- b) Ne, hlášení sester a sesterská vizita jsou dvě zcela odlišné činnosti
- c) Nevím, nejsem si jistá
- d) Jiné:.....

17. Jaká forma hlášení sester je v ošetrovatelské praxi, dle Vašeho názoru, nejefektivnější?

- a) Písemná forma
- b) Ústní forma
- c) Kombinace písemné i ústní formy
- d) Nevím
- e) Jiné:.....

18. Provádí se na Vašem oddělení hlášení sester?

- a) Ano, každý den
- b) Ano, někdy
- c) Nevím
- d) Ne, téměř neprovádí
- e) Ne, neprovádí se nikdy

19. Jakou formou hlášení sester na Vašem oddělení provádíte?

- a) Písemnou formou
- b) Ústní formou
- c) Kombinace písemné i ústní formy
- d) Nevím
- e) Jiné:.....

U následujících otázek- č. 20. a 21. je možné označit více odpovědí.

20. Jaké informace, podle Vašeho názoru, obsahuje kniha hlášení?

- a) Plán ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů/klientů
- b) Informace o chodu oddělení
- c) Předávání návykových látek
- d) Předávání přístrojů, nástrojů
- e) Osobní vzkazy
- f) Pozorování pacientů/klientů
- g) Jiné:.....

21. Kdo podle Vás provádí kontrolu hlášení sester?

- a) Staniční sestra
- b) Vrchní sestra
- c) Směnné sestry mezi sebou
- d) Primář oddělení
- e) Lékař ve službě
- f) Zdravotničtí pracovníci- specialisté (nutriční terapeut, RHB pracovník, apod.)
- g) Jiné:.....

22. Je důležité, aby se ústní hlášení sester na oddělení užívalo?

- a) Ano, sestry si tak mohou předat informace o pacientech/klientech
- b) Nevím
- c) Ne, hlášení sester nemá žádný přínos

23. Kde provádíte hlášení sester?

a) Na vyšetřovně

b) Na inspekci

c) V pracovně sester

d) Na sesterně

e) Ne denní místnosti sester

f) U lůžka pacienta/klienta

g) Jiné:.....

Příloha 2 Dotazník pro hlavní sestry

Vážená sestro,

dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který se týká mé diplomové práce s tématem Hlášení sester a sesterská vizita v praxi. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit pouze pro zpracování této práce. Otázky v dotazníku jsou otevřené i uzavřené, pokud není uvedeno jinak, je možné označit pouze jednu možnou odpověď. Děkuji za kladné vyřízení.

Studentka 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích

Bc. Jana Nováková

1. Co pro Vás znamená pojem „sesterská vizita“?

.....

.....

.....

.....

2. Myslíte si, že se sesterská vizita užívá na odděleních ve Vašem zdravotnickém zařízení?

- a) Ano, na všech odděleních
- b) Ano, na některých odděleních
- c) Nevím
- d) Ne, neuvžívá se

U otázky č. 3 můžete označit více odpovědí.

3. Pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a NE, uveďte důvod, proč se, podle Vašeho názoru sesterská vizita ve Vašem zdravotnickém zařízení neužívá:

- a) Sestry vnímají sesterskou vizitu jako ztrátu času
- b) Sestry neznají pojem „sesterská vizita“
- c) Sestry neumí používat sesterskou vizitu
- d) Na odděleních se užívá lékařská vizita, která má stejný přínos, jako by měla vizita sesterská
- e) Sestry nemají dostatek času, aby mohly sesterskou vizitu používat
- f) Sesterská vizita není ve zdravotnickém zařízení zavedena
- g) Jiné:.....

4. Myslíte si, že je důležité, aby se sesterská vizita ve zdravotnickém zařízení používala?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

5. Jaké vidíte přínosy sesterské vizity pro pacienta/klienta a pro sestry?

U otázky č. 6.1 a 6.2 je možné označit více odpovědí.

6.1. Pro PACIENTA/KLIENTA:

- a) Usnadňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem/klientem
- b) Dává pacientovi/klientovi prostor pro otevřenou komunikaci
- c) Pacient/klient vidí zájem ze strany sester, tudíž se prohlubuje důvěra pacienta/klienta k sestřím
- d) Umožňuje pacientovi/klientovi ventilovat aktuální problémy sestřím
- e) Pacienti/klienti vnímají sestry, jako partnery péče o jejich zdraví- mnohem více se otevřou, nežli je tomu u lékaře
- f) Sesterskou vizitu nevnímám pro pacienty/klienty jako přínosnou
- g) Zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče
- h) Jiné:.....

6.2. Pro SESTRY:

- a) Umožňuje sestřám kontrolu pacienta/klienta
- b) Ukazuje aktuální stav pacienta/klienta
- c) Uspodňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem/klientem
- d) Umožňuje sestřám sledovat ošetrovatelský a jeho plnění
- e) Vyhrazuje sestřám prostor věnovat se pacientům/klientům
- f) Sesterskou vizitu nevnímám jako přínosnou
- g) Sesterskou vizitu vnímám, jako ztrátu času pro sestry
- h) Zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče
- i) Jiné:.....

6. Co si představíte pod pojmem „hlášení sester“?

.....

.....

.....

7. Myslíte si, že se hlášení sester užívá ve Vašem zdravotnickém zařízení?

- a) Ano, na všech odděleních
- b) Ano, na některých odděleních
- c) Nevím
- d) Ne, neuvžívá se

8. Vidíte rozdíl mezi sesterskou vizitou a hlášením sester?

- a) Ano, jedná se o dvě odlišné činnosti
- b) Nevím
- c) Ne, hlášení sester a sesterská vizita jsou stejné činnosti
- d) Jiné:.....

9. Myslíte si, že je důležité, aby se hlášení sester užívalo ve Vašem zdravotnickém zařízení?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

10. Zaměnila byste hlášení sester za sestorskou vizitu?

.....

.....

.....

Příloha 3 Příklad formuláře pro hlášení sester

Hlášení užívané v počítačové formě na některých odděleních

NOČNÍ HLÁŠENÍ	03. 03.–04. 03. 2003
Večerní ordinace splněny. V noci na oddělení relativní klid.	
OPIÁTY	nepoužity
Klíče:	3x
Předala:	Převzala:

V jiných zařízeních užívají formulář

HLÁŠENÍ SESTER		
Příjmení:	Jméno:	
pac. NOVÁK: rtg. plic		
Datum:	Denní služba:	Noční služba:

Zdroj: VONDRÁČEK, L.a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 72str. ISBN 80-247-0704-7, str. 16

Příloha 4 Příklad formuláře pro sesterskou vizitu

SESTERSKÁ VIZITA		
Datum:		Čas:
Denní služba	Předala:	
	Převzala:	
Noční služba	Předala:	
	Převzala:	
Číslo pokoje:	Jméno pacienta:	

Zdroj: VONDRÁČEK, L.a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 72str. ISBN 80-247-0704-7, str. 17

Příloha 5 Práva pacientů

Práva pacientů ČR

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 překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních 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> (26)

Příloha 6 Formulář kontroly vedení ošetrovatelské dokumentace

Zápis o kontrole vedení ošetrovatelské dokumentace

Dne byla na chirurgickém oddělení nemocnice
.....
provedena kontrola vedení ošetrovatelské dokumentace.

Kontrolu provedla:

.....
vrchní sestra chirurgického oddělení

.....
hlavní sestra

Ošetrovatelská dokumentace je vedena v souladu se směnicí
č. 11/2002, vedení ošetrovatelské dokumentace.

Některé záznamy sester psané rukou jsou však špatně čitelné.
Ojedinele nejsou záznamy podepsané sestrou, která záznam pro-
vedla. Pokud je uváděno datum, je třeba uvádět i rok.

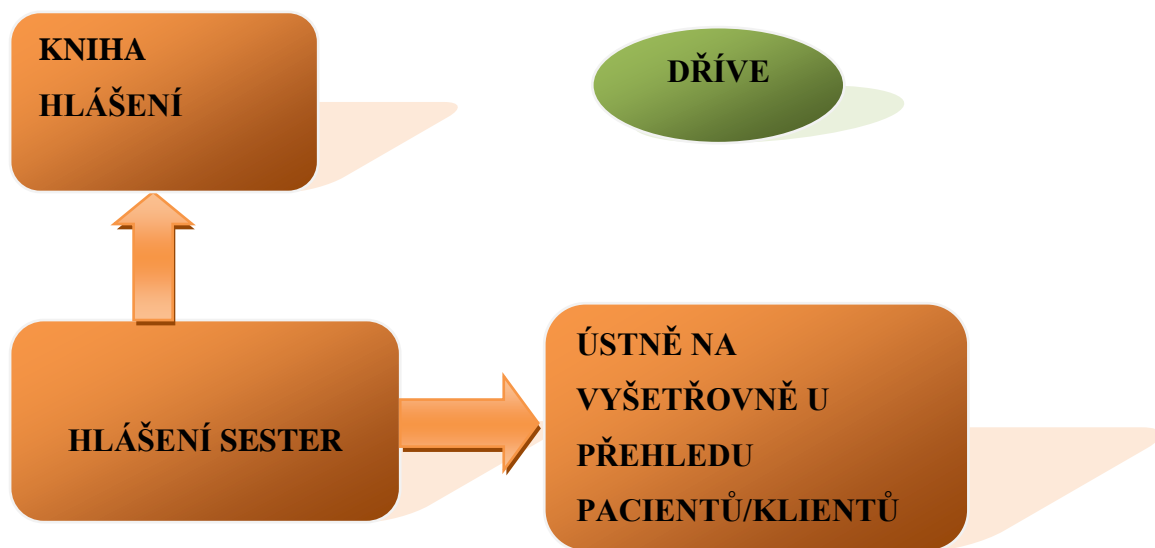
Nebyly zjištěny opravy ordinací opravným bílým korekčním la-
kem nebo opravy bez autorizace.

Datum

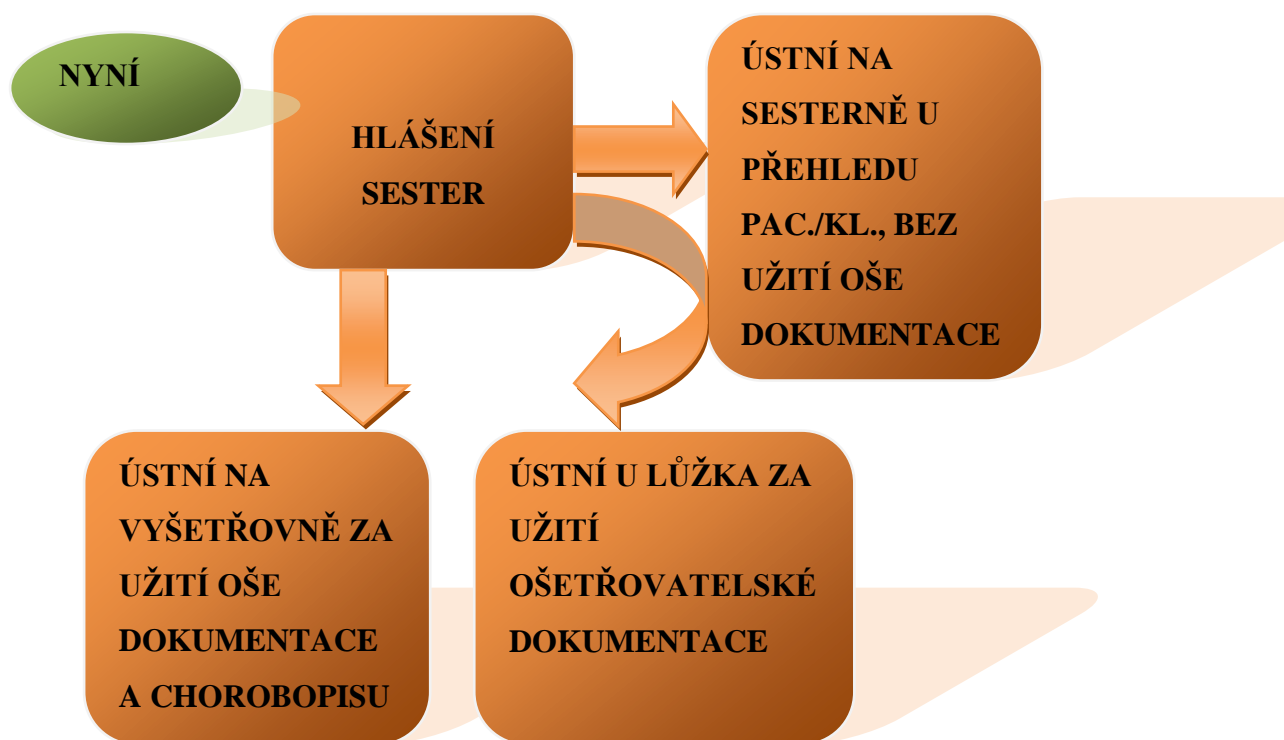
Podpis

Podpis

Příloha 7 Pohled na hlášení sester dříve a dnes



SESTERSKÁ VIZITA NEBYLA



**+ PŘEDÁNÍ OPIÁTŮ + ZÁZNAM O PŘEDÁVÁNÍ PŘÍSTROJŮ
+ PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ O CHODU ODDĚLENÍ**

Příloha 8 Pohled na sesterskou vizitu

