

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

# PROPUŠTĚNÍ PACIENTA A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Věra Stasková

2009

Autor:

Milena Špůrová

## **DISCHARGE OF A PATIENT AND NURSING CARE**

Nursing care in connection to the discharge of a patient is an everyday activity of nurses working at in-patient departments of healthcare institutions. Topicality of these problems lies in a current difficult situation when healthcare institutions deal with the lack of personnel, especially nurses. This problem might result in worsening informedness of patients and also corresponding risk of insufficient saturation of the certainty and safety needs.

In the research these aims were determined: to find out what is the nurse time plan devoted to a patient before the discharge, if the patients have necessary information in connection to the discharge, what information the patients lack after the discharge into domiciliary nursing and what patients' questions are often answered by nurses.

In the theoretical part the information acquired by the study of current materials is introduced. This data is sorted into blocks: nursing care, a patient in hospital environment, the discharge of a patient.

The second part focuses on the solution of the problems. It was carried out by a qualitative method. On the basis of non-standardized interviews with ten informants discharged after an operation into domiciliary nursing casuistic was created on the basis of answer analysis. For the comparison of results this procedure was used also at data collection and information evaluation in six nurses working at the standard surgical department in Ústřední vojenská nemocnice (Central military hospital) in Prague.

In the discussion the interview results were analysed and research questions were answered. Hypothesis 1: The nurses devote thirty minutes to the process of the patient discharge into domiciliary nursing. Answer 1: The patients have necessary information in connection to the discharge into domiciliary nursing. Hypothesis 2: The patients do not see any obstruction at the transmission of information. Answer 2: The patients do not require any general information at the discharge into domiciliary nursing, the patients require specialized information in the connection with free time activities. Answer 3: The nurses answer the patients' questions regarding their actual health state before the discharge.

The aim fulfilment is evaluated in the final part. The results of the thesis will be provided to the senior nursing officer of surgical clinic with the recommendation to create educational material with the information for the patients before the discharge into domiciliary nursing.

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Propuštění pacienta a ošetrovatelská péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích ..... 2009

.....

## **Poděkování:**

Chtěla bych touto cestou poděkovat Mgr. Věře Staskové za motivaci, odborné vedení a vzácné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování patří Mgr. Petře Mrkvanové za jazykovou úpravu bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav dané problematiky .....	4
1.1 Ošetrovatelská péče .....	4
1.1.1 Historie ošetrovatelské péče .....	4
1.1.2 Metody poskytování ošetrovatelské péče.....	6
1.1.3 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgickém a interním oddělení .....	8
1.2 Pacient v nemocničním prostředí.....	10
1.2.1 Role pacienta.....	10
1.2.2. Postavení pacienta v nemocnici .....	11
1.2.3 Potřeby pacienta a jejich uspokojování.....	12
1.2.4 Význam rodiny pro pacienta .....	14
1.2.5 Interakce sestra - nemocný .....	15
1.3 Propuštění pacienta .....	17
1.3.1 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče.....	18
1.3.2 Význam dokumentace při propuštění pacienta .....	20
1.3.3 Možnosti poskytování péče po propuštění.....	22
1.3.4 Některé ošetrovatelské problémy pacienta při propuštění .....	23
1.3.5 Aplikace poznatků ze zahraničí při propuštění v našich podmínkách.....	26
2. Cíl práce a výzkumné otázky .....	29
2.1 Cíl práce .....	29
2.2 Výzkumné otázky .....	29
3. Metodika .....	30
3.1 Použité metody.....	30
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	30
4. Výsledky .....	32
4.1 Výsledky rozhovorů - pacientů .....	32
4.2 Výsledky rozhovorů - sester.....	42

4.3 Grafické znázornění odpovědí pacientů.....	48
4.4 Grafické znázornění odpovědí sester .....	59
5. Diskuze.....	71
6. Závěr.....	78
7. Seznam použité literatury.....	80
8. Klíčová slova.....	84
9. Přílohy.....	85
9.1 Seznam příloh.....	85

## ÚVOD

Ošetrovatelská péče v souvislosti s propuštěním pacienta je každodenní činností sester pracujících na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení. Oproti minulosti se značně zkrátil pobyt pacientů v nemocnicích a zároveň se zvýšila obloženost lůžek. Pacienti jsou nejčastěji propuštěni do domácí péče, výjimkou nejsou ani domovy seniorů či na oddělení následné péče. Aktuálnost této problematiky spočívá především v současné obtížné situaci, kdy se zdravotnická zařízení potýkají s nedostatkem zdravotnického personálu, zejména sester. Tento problém pak může mít za následek i zhoršenou informovanost pacientů a s tím související riziko nedostatečné saturace potřeby jistoty a bezpečí. Za zmínku stojí i problematika následné péče, která ne vždy bývá zajištěna dostatečně.

Cílem této práce je zmapovat samotný proces propouštění pacientů z nemocničního zařízení z hlediska ošetrovatelské péče, a to jak z pohledu sester, tak i samotných pacientů. Součástí kvalitně poskytnuté péče je nejenom uspokojování všech potřeb pacientů během samotné hospitalizace, ale i zajištění plynulého přechodu do domácí péče pomocí činnosti všech členů multidisciplinárního týmu.

V teoretické části práce jsou předloženy informace získané studiem aktuálních materiálů. Tato data jsou seřazena do bloků : ošetrovatelská péče, pacient v nemocničním prostředí a propuštění pacienta.

Toto téma jsem si vybrala, protože se domnívám, že se jedná o velmi důležitou součást poskytované ošetrovatelské péče. Pokud by nebyla vykonávána v souladu s potřebami pacienta či v souladu s etickým a právním kodexem, mohla by poškodit pacienty, zdravotnické pracovníky či nemocniční zařízení. Je proto potřebné zabývat se tímto každodenním procesem a v případě nutnosti jej upravovat ke spokojenosti všech zainteresovaných.



# 1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

## 1.1 Ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelství, to je věda a umění zároveň. Vyžaduje pochopení a aplikaci vědomostí a dovedností, specifických pro tuto disciplínu. Staví na poznacích a technikách, které vycházejí z humanitních věd, ale i z fyziologie, sociologie, medicíny a biologie. Vyžaduje chápat a aplikovat své specifické znalosti a dovednosti. Sestra přejímá odpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a je v tomto směru výhradní autoritou. Je samostatnou pracovnící zodpovědnou za péči, kterou poskytuje. Zodpovídá za své další vzdělávání v řízení, pedagogice, klinické praxi a výzkumu (31, s.25).“

### 1.1.1 Historie ošetrovatelské péče

Propuštění nemocných bylo odedávna součástí ošetrovatelské péče. Základy ošetrovatelství jsou spjaty především s šířením křesťanství. Postupně vznikaly první křesťanské řády, jejichž poslání mělo charitativní a ošetrovatelské zaměření péče o nemocné, postižené, chudé a trpící.

Původní zdravotnická zařízení na našem území byly útulky. Zřejmě prvním byl útulek pro matky pod Petřínem v Praze. Historicky doložená je existence útulku pro kupce z roku 980. Později byl rozšířen a přijímal chudé a nemocné obyvatele Prahy.

V roce 1234 byly z iniciativy dcery Přemysla Otakara I. Anežky České založeny v Praze Na Poříčí a u sv. Františka špitály pro chudé a nemocné. Na základě bohatých zkušeností s ošetrovatelskou prací vypracovala Anežka účelný systém a konkrétní pravidla pro ošetřování nemocných. Péče poskytovaná klášterními špitály byla ve své době na vysoké úrovni. Svatá Anežka Česká je pokládána za zakladatelku a patronku českého ošetrovatelství.

Další významnou osobností středověku je Svatá Zdislava z Lemberka, která je dodnes uctívána jako příklad laskavé charitativní péče a jako patronka rodinného a manželského života. Zdislava vstoupila jako laická spolupracovnice do apoštolského řádu dominikánů. Žila velmi skromně a často navštěvovala chudé, nemocné lidi. Zmínka v Dalimilově kronice poukazuje na údajnou zázračnou moc. Zemřela přibližně

v Kristových letech roku 1252, vyčerpána rodinnými starostmi, péčí o postižené, nemocné, chudé a pocestné. Svatořečena byla v roce 1995.

V pozdním středověku byla na území českých zemí poměrně hustá síť klášterních a městských špitálů. Byly dokonce zřizovány specializované špitály k hospitalizaci osob s infekčními nemocemi. Kromě těchto zařízení sloužily i lékárny, veřejné lázně a domy ranhojičů.

K nejznámějším církevním ošetrovatelským řádům patřili Milosrdní bratři, kteří roku 1620 založili nemocnici Na Františku původně určenou pouze pro mužské pacienty. Roku 1722 byl Řádem sv. Alžběty založen klášter Na Slupi, který naopak přijímal pouze ženy. Na svoji dobu se jednalo o moderní zařízení, kde byl kladen důraz na čistotu, u každé pacientky byl sepsován podrobný chorobopis, těžce nemocným se denně čistily zuby, vyplachovala ústa a vymývaly oči. Nemocniční pokoje se denně větraly a u těžce nemocných seděla nepřetržitě sestra. Významným řádem byly také Boromejky, které se zasloužily o vznik nemocnice Pod Petřínem v roce 1848.

Uplatnění pokrokových prvků ve zdravotnictví se výrazně projevilo až v osvěcenském období tereziánskými a josefínskými reformami. Od poloviny 18. století byly na našem území zakládány první všeobecné nemocnice – v Brně, Olomouci a Praze. Ošetřování nemocných měli na starosti opatrovníci a opatrovnice.

Až do poloviny 19. století bylo naše ošetrovatelství směsí praktik převzatých z lidového léčitelství, vyzkoušených pracovních postupů a tradovaných zkušeností (25, 44).

Profesionalizaci českého ošetrovatelství ovlivňovaly společenské, ekonomické, sociální a kulturní podmínky, stav zdraví, demokracie, úroveň zdravotní péče, ale i práva národa na vzdělání. V tomto období vznikla první ošetrovatelská škola. Ošetrovatelky se zde vzdělávaly v teorii i praxi pod vedením českých lékařů. Po roce 1948 se změnila politická a sociální podmínky a ošetrovatelství se dostalo do složité situace. Vzdělávání sester se změnilo. Pozitivním prvkem byla možnost pokračování ve studiu na vysoké škole. V roce 1960 bylo otevřeno vysokoškolské studium sester na Filozofické a Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze. Bylo určeno pro vyučující ošetrovatelských předmětů.

Transformace vzdělávání v ošetrovatelství byla zahájena začátkem 90. let. Cílem bylo přispět ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče a zajistit kompatibilitu vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie. Došlo ke změnám v ohledu na pacienta, ke kterému se začalo přihlížet jako na celistvou osobnost. Byly rovněž vytýčeny základní metody ošetrovatelské péče (podrobněji bude popsáno v kapitole 1.1.2). Podmínky k výkonu povolání jsou právně zakotveny v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Zákon upravuje získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (9, 2).

Ošetrovatelství jako profese se vyvíjela po staletí. Jeho tradičními předměty byla humanistická péče, ošetrování a poskytování útěchy a podpory. K nim je třeba ještě řadit profesionální techniky včetně vzdělání, etického kodexu, odbornosti, aktivní členství v profesních organizacích a zodpovědnost za výkon povolání (20).

### ***1.1.2 Metody poskytování ošetrovatelské péče***

V úsilí zracionalizovat a zvýšit úroveň zdravotní péče hledají odborníci optimální metody ošetrovatelské péče. V současné době se používají především tyto metody: funkční systém ošetrování, systém primární sestry, systém skupinové péče, ošetrovatelský proces.

Předpokladem realizace individualizované péče je skupinový systém péče, kdy v ošetrovatelském týmu pracuje ošetrovatelský personál s různou úrovní kvalifikace a kompetencí. Realizace ošetrovatelské péče je rozdělena do základních oblastí a sestra může provádět průběžné záznamy při ranních, odpoledních a nočních službách. Do dokumentace může zaznamenávat své výkony i nižší ošetrovatelský personál, ale globálně je za veškeré vykonané činnosti zodpovědná sestra, která je stvrzuje svou parafou či podpisem.

Funkční systém klade důraz na přidělování úkolů, které je potřeba splnit při poskytování ošetrovatelské péče. Úkoly se přidělují sestřám a ošetrovatelskému personálu. Metoda je zaměřená prioritně na úkony, nikoliv na pacienta.

Metodu primární sestry je možné charakterizovat jako individualizovanou, poskytnutou přidělenou sestrou během hospitalizace pacienta. Na péči se podílejí i jiné sestry a pomocný ošetrovatelský personál, ale primární sestra koordinuje jejich činnost u pacienta a postupuje metodou ošetrovatelského procesu (8).

Metodologií oboru ošetrovatelství je ošetrovatelský proces. Z praktického hlediska jde o způsob myšlení, systematickou metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní změna zdravotního stavu pacienta (27).

Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích. Jedná se o zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Jednotlivé fáze na sebe navazují a například ve třetí fázi se lze vrátit do první.

V první fázi ošetrovatelského procesu je sestra povinna získat co nejvíce potřebných informací o pacientovi, na jejichž základě rozhodne o nejvhodnějším způsobu ošetrování. Sestra získává potřebné identifikační údaje, informace o současném zdravotním stavu a anamnestické údaje z oblasti zdravotní, psychologické i sociální zajišťující běžný způsob života pacienta. Již v této fázi zjišťuje informace o pacientovi, které jsou cenné v souvislosti s jeho propuštěním. Lze tedy říci, že propuštění pacienta je záležitostí celého období hospitalizace.

Druhá fáze procesu (tzv. diagnostika) je výsledkem zpracování informací o nemocném. Vztahuje se k potřebám pacienta, jeho problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetrovatelskou intervencí. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou nemocí narušeny nebo je porucha zdravotního stavu vyvolá. Diagnózy jsou řazeny podle naléhavosti jejich řešení.

Plánování je v pořadí třetí fází ošetrovatelského procesu. V této části sestra stanovuje cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče a poté navrhuje sesterské intervence (činnosti), kterými chce stanovených cílů dosáhnout – vypracuje individuální plán ošetrovatelské péče.

V průběhu realizace plánu plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění prospěchu nemocného. Současně získáváme o nemocném další poznatky, které umožňují lépe specifikovat ošetrovatelskou diagnózu a operativně přetvářet další ošetrovatelskou péči.

Závěrečná fáze představuje zhodnocení efektu poskytované péče. Znamená to především zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Pokud cíle nebylo úplně dosaženo, je potřebné získání dalších informací o nemocném a plánování další péče (5, 4).

„Úspěch poskytované péče závisí na lidských a materiálních faktorech. Mezi lidské faktory ovlivňující kvalitu poskytované péče patří zejména šíře a hloubka odborných znalostí sester, interpersonální problémy v rámci ošetrovatelského týmu, kvalita řízení a samozřejmě počet personálu a jeho motivace k individualizované adresné péči (6, s. 64).“

### ***1.1.3 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgickém a interním oddělení***

Práce na interním či chirurgickém oddělení je velmi náročná na znalosti, zručnost i psychiku zdravotníka. V některých bodech se charakter ošetrovatelské péče shoduje, v některých naopak odlišuje.

Interní lékařství představuje základní obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, komplexním léčením, ošetrováním a rehabilitací vnitřních chorob postihujících populaci. Mezi dílčí obory interny patří kardiologie, gastroenterologie, revmatologie, endokrinologie, diabetologie a nefrologie. Tyto obory jsou doplňovány ještě dalšími nastavbovými obory, které rovněž vyšly z vnitřního lékařství, například klinická hematologie, infekční nemoci, lékařská genetika, gerontologie. Péče o interní pacienty probíhá v rámci ambulantního provozu či lůžkové části. Pacienti přicházejí na oddělení z důvodu diagnostických, léčebných nebo preventivních. Ambulantní sestra zajišťuje mnoho různorodých činností, pro její činnost je důležitá specializace v oboru, technické znalosti a dovednosti, komunikativní dovednosti. Přesná náplň práce závisí na zaměření ordinace – gastroenterologické, revmatologické, diabetologické, kardiologické apod. Péče o pacienty na lůžkové části probíhá podle charakteru onemocnění na standardní jednotce či na jednotce intenzivní péče. Náročnost ošetrovatelské péče na standardním interním oddělení je vysoká. Často se zde léčí starší a dlouhodobě chronicky nemocní lidé. Sestry zde často zabezpečují komplexní základní ošetrovatelskou péči včetně polohování, péče o inkontinentní, zajištění veškeré

obsluhy, a k tomu zajišťují náročnou odbornou činnost. Akutní péče o interní nemocné je poskytována na JIP, metabolických jednotkách, koronárních jednotkách. Jednotka je vybavena podle specializace a sestry zde poskytují péči pacientům v ohrožení základních životních funkcí, při náhlé změně zdravotního stavu či po plánovaných výkonech s nutností monitorace (34, 28, 15).

Chirurgie jako obor se zabývá prevencí, diagnostikou a operačním řešením nemocí, poranění, vrozených a získaných vad. Základní jednotku tvoří všeobecná chirurgická pracoviště, která zajišťují základní diagnostickou a léčebnou péči s akutním nebo chronickým onemocněním. K dalším chirurgickým oborům řadíme neurochirurgii, hrudní chirurgii, kardiovaskulární chirurgii, dětskou chirurgii, plastickou a rekonstrukční chirurgii, transplantační chirurgii, traumatologii, popáleninovou medicínu, urologii a ortopedii. K chirurgickému oboru neodmyslitelně patří spolupráce s anesteziology a jednotkami intenzivní péče. Předpokladem práce sestry na chirurgických ošetrovacích jednotkách je stálá pohotovost ke zvládnutí aktuálních potřeb nemocných v souvislosti s nutností operačního výkonu, pooperační péče a rekonvalescence. Chirurgické ošetrovatelství je složitý proces, který podmiňuje nejenom preventivní, diagnostické a terapeutické principy a východiska chirurgických oborů, ve kterých je poskytována ošetrovatelská péče, ale i psychická, sociální, etická, organizátorská, technická a jiná hlediska a podmínky péče o zdraví. Chirurgické oddělení je členěno do ambulantní části, standardních ošetrovacích jednotek, operačního traktu a jednotek intenzivní péče. Ambulantní oddělení poskytuje základní chirurgické ošetření a diagnostiku akutních, případně chronických onemocnění. Standardní ošetrovací jednotka je určena pro pacienty, kteří se mají podrobit operačnímu zásahu, jsou po operaci, případně jejich stav vyžaduje chirurgickou konzervativní péči. Důležitou součástí chirurgického oddělení jsou jednotky intenzivní péče, které poskytují léčebnou a ošetrovatelskou péči pacientům po náročných operačních výkonech a pacientům s potencionálním selháním základních životních funkcí (16, 45, 38, 24).

## **1.2 Pacient v nemocničním zařízení**

„Pacient je trpící člověk, který má obavy a strach, a který přichází do zdravotnického zařízení proto, že hledá pomoc (11, s. 5).“

Hluboké změny v oblasti zdravotní péče se odrážejí v jazykových termínech slova „pacient“ jako posun ve struktuře společnosti. Nejstarším objektem péče v nemoci je již v antice člověk chápáný jako trpící jedinec, jemuž je poskytovatel péče (občan, instituce, jedinec) zavázán podporou. Termín klient se začal používat později, rozhodně pak v padesátých a šedesátých letech minulého století z důvodu lepší výstižnosti probíhajících změn ve vztahu mezi jedincem a poskytovatelem péče. Nový termín má v sobě důležitý moment vzájemného vztahu obou komunikujících stran. V moderní společnosti historicky následuje změna jazykově vyjádřená proměnou pacienta v zákazníka. Všechny proměny se týkají především terminologie. K plnění své sociální funkce je potřebný nejenom čas, ale i institucionální a administrativní podmínky (17).

### **1.2.1 Role pacienta**

Role je chápána jako soubor normativně vymezeného, v této pozici očekávaného, dovoleného i vyžadovaného chování. Každý člověk se během svého života stává členem různých sociálních skupin. Všechny tyto skupiny vyžadují převzetí a plnění určité role, která odpovídá jeho pozici. Jeho chování v určitém sociálním postavení se projeví v hodnocení a akceptaci skupinou. Představa o konkrétní náplni každé role je výsledkem interakce mezi jedincem a skupinou (41).

V případě hospitalizovaného pacienta dochází k radikální změně v sociální situaci následkem změny prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Pacient je vyřazen ze společnosti zdravých a ocitá se v podřízeném postavení v oblasti psychické i společenské. Jde o zásadní a podstatné změny oproti normálnímu životu. Vstup do nemocničního prostředí znamená nutnost osvojit si novou roli. Je známé, že ne všichni jedinci si osvojují novou roli stejně snadno. Výrazné rozdíly způsobuje především věk. Starší člověk zastával ve svém životě řadu rolí. Tato skutečnost mu na jedné straně v souvislosti s nabytými zkušenostmi pomáhá v překonání životních situací, na druhou stranu však pro něho může být vážnou překážkou. Proces osvojování

si reakcí na očekávání, z nichž se role skládá, nutně také vede k určité stereotypizaci myšlení a jednání. Vytvoření stereotypů, které představují v každodenním životě dobrou pomůcku, se ve výjimečných situacích způsobených neočekávanou událostí, stává často vážnou překážkou. Do nemocničního ošetření vstupují lidé nejrůznějšího věku a sociálního původu, není proto možné řešit problém přizpůsobení pacienta univerzálně (1).

### ***1.2.2 Postavení pacienta v nemocničním zařízení***

V současné době je v nemocnici jako v sociálním prostředí pociťován rozpor mezi technickými vymoženostmi naší doby a skutečnými možnostmi důstojně a přiměřeně uspokojovat potřeby pacientů. To je dnes považováno za jednu z hlavních příčin všeobecné nespokojenosti se stavem a úrovní lékařské péče. Zdá se, že bouřlivý vývoj techniky a její aplikace v medicíně nebyly provázeny dostatečně přiměřenými pokroky v oblasti organizace poskytování lékařské a ošetrovatelské péče.

Jinou stránkou je, že pro zdravotnický personál je nemocnice důvěrně známým a z hlediska jejich osobního života relativně neutrálním prostředím. Pro pacienta má však nemocniční prostředí zcela jiný význam. Pacient se v nemocnici dostává do situace, v níž jiní manipulují s jeho jednáním i myšlením, má omezený styk s vnějším okolním světem. Je závislý na ošetřujícím personálu, který má často úplnou kontrolu nad jeho jednáním.

V nejobecnější poloze je nemocnice pro pacienta, pokud je hospitalizován, vlastně dvojím prostředím – jednak je zařízením, do něhož vstoupil, aby zde našel pomoc, jednak pro něho znamená dočasný domov. Tato nová pacientova situace se prosazuje trojím způsobem. Jednak dochází ke značné reglementaci (úpravě) v každodenním životě pacienta, jednak pacient figuruje jako příjemce bez vlastní kontroly nad zdroji uspokojení svých potřeb. A v neposlední řadě přítomnost pacienta v nemocničním zařízení vede k posilování soustředěnosti na vlastní chorobu.

V průběhu vývoje došlo ke změně základního psychologického postoje pacientů vůči nemocnici jako instituci. Každý občan očekává, že péče o něj bude přiměřená potřebám současné generace, a že bude při jeho léčení s maximální účinností využito



vědy a techniky na takové úrovni, která je pokládána za běžnou v současném světě. Pacient také více přemýšlí a je informovanější než v dřívějších dobách. Ví, že hodně záleží na něm, a chce také, aby se s ním počítalo, jedná-li se o něho. Nestojí o to být pasivním objektem (1).

### ***1.2.3 Potřeby pacienta a jejich uspokojování***

„Potřeba se většinou chápe jako nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy. Na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody (1, s. 90).“

Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, emoce, myšlení, či volní procesy. Tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojování potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň – tzv. psychologická odezva. V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního světa s vnějším. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se ( na rozdíl od pudů, které jsou biologicky dané). V průběhu života se tedy potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby. Tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí ani nám, ani jiným a jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak, za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které jsou opakem těchto charakteristik (37).

V současné etapě společenského vývoje lze charakterizovat vývoj potřeb jako stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách, pramení jak z biologických, tak psychických a společenských determinant. Specifická podoba potřeb je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na samotném pacientovi a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Každé onemocnění ovlivňuje sociální situaci. Pacient je v určitém ohledu neschopen plnit své běžné společenské funkce, jeho sociální svět se egocentruje. Potřeby můžeme členit pro lepší orientaci do třech základních skupin – potřeby, které se nemocí nemění, nemocí se modifikovaly nebo nemocí vznikly.

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jak u zdravého, tak u nemocného člověka. Zahrnuje se sem zejména potřebu vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, potřebu vyprázdnit se, být čistý, v pohodlí a bezpečí apod. V průběhu nemoci si člověk může tyto potřeby uvědomovat intenzivněji. U nemocného dochází ke specifické situaci tím, že se většinou nemůže aktivně účastnit na získávání předmětu k uspokojování potřeby a jen částečně se podílí na vlastním procesu uspokojování. Hospitalizovanému nemocnému většinou při plnění těchto základních potřeb pomáhá sestra nebo jiný zdravotnický pracovník.

Mezi nejsložitější skupinu potřeb, které se nemocí modifikovaly, tvoří biologicky modifikované potřeby (např. dietní strava). Složitost vyplývá ve velké variabilitě. Jsou ovlivněny onemocněním samotným, to je druhem, fází onemocnění, jeho závažností atd. Významnou úlohu hrají i společenské faktory. Značnou pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním. Ty se v průběhu nemoci nejprve redukují, později opět vracejí. Změny sociálních potřeb se nejčastěji projevují v potřebě tvořivé práce, poznání světa a sebe samého, potřebě sociálních styků či vytváření kulturního prostředí.

Součástí léčebného procesu se stávají potřeby, které nemocí vznikly. Nové potřeby mohou vznikat změnou vnějšího prostředí (např. pobytem v nemocnici), změnou materiálních i společenských podmínek života, ale i postupnými změnami osobnosti pod vlivem poznávání, zkušeností apod. Jejich vznik závisí na mnoha okolnostech. Jednotlivé potřeby se promítají do subjektu pacienta v obecných rovinách potřeby navrácení zdraví, zbavit se nebo zmírnit bolest, obnovit a udržet schopnost plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové (1).

V souvislosti s potřebami je rovněž nutné alespoň krátce se zmínit o právech pacientů. Práva pacientů vznikla jako nárok pacientů na poskytování definovaných a vymahatelných služeb ze stran zdravotnických zařízení, garantující dodržování lidských práv a svobod. Pacientům přináší ochranu v jejich právu na rozhodování o své osobě a ochraně osobních údajů (29).

#### ***1.2.4 Význam rodiny pro pacienta***

Rodina je nejstarší základní společenská skupina, ve které probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince. V jednom ze svých hlavních poslání poskytuje člena rodiny péči a ochranu, a to zvláště v období, kdy není schopen se o sebe postarat (13).

Funkce rodiny se vyvíjely v souvislosti se společenskými změnami, které ovlivňovaly postavení rodiny ve společnosti. Moderní rodina pozbyla některé ze svých dřívějších funkcí, jiné funkce pouze ztratily nebo získaly na důležitosti. Mezi základní funkce řadíme funkci reprodukční, materiální, výchovnou a emocionální. Aby rodina plnila uvedené úkoly, je třeba přítomnosti všech jejích členů (18).

Úloha rodiny v účasti péči o nemocného člena rodiny se v průběhu doby změnila. Dříve bylo zvykem pečovat v rodině o ty jedince, kteří ztratili schopnost se o sebe postarat ve zdraví a nemoci. Během historického vývoje se zodpovědnost v péči o nemocné přenesla ve větší míře na zdravotnická zařízení. Zkušenosti však dokazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné a postižené členy rodiny nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce.

Ochota rodinných příslušníků pečovat o své nemocné členy se nesnižuje i přes měnící se sociální strukturu rodiny, ale měnící se podmínky mění charakter a možnosti rodin v poskytování péče. V našich podmínkách má rodinná péče relativně malou podporu státu, její ekonomická hodnota je podceněna a pečující členové nejsou morálně doceněni.

Onemocnění jedince ovlivňuje celou rodinu. Záleží na tom, který člen rodiny onemocní, jak závažné je jeho onemocnění, délka a trvání nemoci. V rodině dochází nejčastěji ke změnám rolí mezi rodinnými příslušníky.

Schopnost vyrovnávat se s nemocí je u pacienta a jeho rodiny rozdílná. Pokud se postižení projeví náhle, probíhá zvládání situace komplikovaně. Relativně nejhůře se zvládají vážné úrazy či náhlá zhoršení stavu po operačních zákrocích nebo při nástupu nového onemocnění komplikující původní chorobu. V rámci rodiny musí nemocný i jeho rodina přehodnotit stávající životní styl, celá funkce rodiny se může podstatně změnit nejen v rámci své vlastní struktury, ale i ve vztahu k vnějšímu prostředí. Při

propuštění pacienta do domácího ošetření bývá častým problémem bariérový přístup, stavební členění bytu, nevyhovující lůžko či další nábytek, časová zaneprázdněnost rodiny a v neposlední řadě i finanční náročnost vzniklé situace.

Rodina sehrává významnou úlohu v otázce zdraví a nemoci jedince. V případě nutnosti hospitalizace nemocného je vhodné vytvářet takové podmínky, které umožňují co nejširší kontakt s rodinou i s okruhem těch, kteří mohou kladně působit na stav pacienta. Musí být překonána bariéra pouze přísně profesionálního pojetí léčebné péče, ve kterém je rodina často chápána jako bezvýznamný faktor. V případě hospitalizace jsou styky nemocného s rodinou nuceně přerušeny na určité časové období, jehož délku podmiňuje stupeň závažnosti choroby. Psychické vazby však přetrvávají. Kontakt pacienta s rodinnými příslušníky formou návštěv by neměl být zpřetrhán především při dlouhodobějších onemocněních s upoutáním na lůžko. Nemocný potřebuje v době svého vyřazení z dosavadního způsobu života povzbuzení, protože se cítí velmi osamocen, nepotřebný pro své nejbližší. Dobré rodinné zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoli onemocnění.

Rodinní příslušníci mohou na druhé straně zdravotní stav pacienta ovlivňovat v mnoha dalších směrech. Především vlastní neukázněností, ve smyslu donášení zakázaných jídel, nápojů, cigaret, nevhodné četby, sdělování nepříjemných zpráv či vzbuzování nedůvěry ke způsobu léčení. Vzniká pak zde jisté napětí mezi pacientem a chorobným stavem, které neprospívá léčebnému procesu (1).

### ***1.2.5 Interakce sestra – pacient***

Interakcí, tedy vzájemným působením mezi dvěma a více lidmi, se zabývá sociální komunikace. Tu je možno vnímat jako proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek.

Vzájemné působení mezi sestrou a pacientem lze označit jako komunikaci, která současně probíhá na úrovni slovní a mimoslovní.

Dobře verbálně komunikovat neznamená jen volit slova. Je nutné věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu či intonace. Pokud sestra předává informace nemocnému, musí hovořit

jednoduše, stručně, zřetelně a s vhodným načasováním. V úvodu rozhovoru je potřeba nejprve ověřit aktuální schopnost porozumět a zvážit formu rozhovoru s ohledem na věk, vzdělání či současný zdravotní stav. Podmínkou pro sdělování informací je klidné prostředí, soukromí, dostatek času.

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním. V terapeutickém rozhovoru hrají ústřední roli pocity nemocného. Důležité je, aby sestra nehodnotila pocity druhých a také je nebagatelizovala. Ani chlácholení a dávání rad není na místě. Pokud se jí podaří pocity akceptovat, bude pacient v jejich sdělování pokračovat a zmírní se tak jeho napětí. Cílem informačního rozhovoru je sdělování informací. Vždy se jedná o rozhovor, nikoliv monolog. Nestačí na pacienta informace pouze vychrlit, sestra se o správném pochopení musí zpětně přesvědčit. Účelem edukativního rozhovoru je aktivně zapojit pacienta do své léčby. Z tohoto důvodu je kvalitní edukace ze stran sestry nesmírně důležitou součástí pracovních povinností. Základním předpokladem úspěšné výchovy je dokonalé zvládnutí dané problematiky samotnou sestrou – edukátorkou. Ta také musí disponovat uměním znalost a dovednost předat. V rozhovoru je kladen důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Edukace je doplněna názorně – není nad příklad, prezentaci činnosti, nebo ukázkou toho, co chceme naučit. Snažíme se zapojit co nejvíce smyslů pacienta. Naprosto nepřijatelné je odbytí pacienta brožurkou nebo návodem bez předchozího vysvětlení. Základem edukace je trpělivost a ochota podpořit a pochválit pacienta v jeho snažení. Na závěr je nutné všechny informace ještě shrnout a ověřit, zda pacient vše pochopil. Důležitou součástí edukativního rozhovoru je práce s motivací. Rovněž schopnost empatické podpory může pomoci problém vidět a následně řešit. Vhodné je při tomto typu rozhovoru používat otázky. Jsou lepší než věty oznamovací. Je známo, že to, co člověk sám vysloví, si mnohem lépe zapamatuje.

Slovní komunikace je spjata s řečí těla, tedy komunikací mimoslovní neboli neverbální. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, nebo ty, kterými řeč doprovázíme. Vyvážená komunikace nastává tehdy, jestliže sestra udržuje alespoň z poloviny rozhovoru oční kontakt, oči obou komunikujících jsou ve stejné

výši. Posilující účinek mají pozitivní projevy haptiky – přátelské dotyky. Zvláštním problémem v práci sester je porušování tzv. osobní zóny a dotýkání se intimních míst pacienta. Vždy je potřeba na tuto nevyhnutelnost pacienta předem upozornit. Specifickou formou neverbální komunikace je i vzhled a úprava zevnějšku. Osobní upravenost sestry pozitivně působí nejen na ní samotnou, ale ovlivňuje i postoj, chování a jednání pacienta ve vztahu k ní. Upravená sestra prezentuje nejenom sebe, ale i pracoviště, ve kterém působí (21, 42, 23, 14, 35, 3).

V nemocničních zařízeních zastupují významnou skupinu hospitalizovaných starší pacienti. Zvláště z tohoto důvodu je nutné vyzdvihnout specifičnost komunikace nejenom v průběhu pobytu v nemocnici, ale také v přípravě na propuštění. Období stáří trvá 30-40 let a zaslouží si proto pozornost a zájem nejenom ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí.

Ještě před začátkem komunikace je potřebné vymezit si délku času na rozhovor a sdělit ji seniorovi při zahájení hovoru. Starý člověk má dostatek času, nikam nechvátá. Je důležité naučit se říci ne nespílitelnému požadavku. Stanovit tak limity profesionální pozice a zároveň seniora, že zájem o jeho osobu trvá. Rituál pozdravení a oslovení má v rozhovoru zásadní význam. V případě snížení zraku, sluchu a kognitivních poruch je nutný tělesný dotyk, nejlépe vždy na stejném místě – rameno, loket. Užitečné informace se předávají postupně a v takovém rozsahu, aby byl starší pacient schopen jim porozumět. Optimální je ověřit si, zda senior informacím rozuměl a následně ho požádat, aby je svými slovy zopakoval. Je vhodné předat informace i písemnou formou. Další rozhovor by měl být naplánován na pozdější dobu. Problémy se lépe řeší ve spolupráci s rodinou. Rodina má pro starého člověka nesmírný význam, a to i v případě, že není ochotna mu nějakým způsobem pomoci (17).

### ***1.3 Propuštění pacienta***

Propuštění je poslední fází pobytu pacienta v nemocničním zařízení. Proces propouštění pacienta si vyžaduje týmovou spolupráci, v jejímž rámci je potřeba i dobrá koordinace práce jednotlivých členů týmu. Protože nejbližší pacientovi stojí sestra, bývá ona nejčastěji koordinátorem procesu propouštění. Nejúčinnější metodou propouštění je

tzv. „case management“. Každý pacient je hodnocen jako individualita a pro každého je stanovován individuální plán činností k zajištění jeho propuštění. Proces předávání pacienta do péče v domácím prostředí je mnohdy náročný. Situace v organizaci domácí péče nebývá jednoduchá. Jednání s blízkými pacienta naráží na nečekané obtíže, také stav pacienta se během hospitalizace vyvíjí a je potřeba určitého odhadu do nejbližší budoucnosti. K zajištění optimálního přechodu do domácí péče je proto potřeba i určitých zkušeností, a tedy i určité specializace zdravotníků, kteří se zde angažují. Současný trend kratších hospitalizací znevýhodňuje zejména starší nemocné, u kterých probíhá podstatně pomaleji rekonvalescence, rehabilitace a nácvik nových dovedností. Mnohé z toho, co ještě nedávno bylo zajišťováno v době hospitalizace, je nutné ponechat na péči v domácím prostředí (36).

### ***1.3.1 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče***

„S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Vynucuje si to nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější (32, s. 11).“

Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání. Role sestry jsou určeny objektivními skutečnostmi společnosti a jsou historicky podmíněné. Pouze málo profesí překonalo v posledním období takové změny jako sesterské povolání. Již v minulosti role sestry přešla složitým vývojem, ke změnám však dochází i dnes. Dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče vyžaduje od sester nové vědomosti a širší spektrum poznatků. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou vzájemně propojené (8).

Sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možno definovat jako chorého. Je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Není ani jednoduché osvojit si emocionální neutralitu, která se

nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnání citů. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se (1).

V současnosti plní sestra nejčastěji roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn a výzkumnice. Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče je charakterizována holistickým chápáním jedince a skupiny zohledňující jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb. Sestra pečuje a ošetřuje pacienta v průběhu celé hospitalizace a svoji činnost dovršuje právě při propouštění pacientů, kde se kvalitní péče o pacienta zúročuje. Sestra – manažerka působí v řízení a organizaci na různých úrovních. Plní rovněž úkoly manažerské ošetrovatelské péče přímo u jednotlivců. Organizační role by měla být jednou ze samozřejmostí práce sester. V maximální míře se uplatňuje právě při propuštění nemocného, kdy je potřeba sladit všechny aktivity a připravit nemocného na bezproblémový návrat do domácího prostředí. Sestra – edukátorka je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovení zdraví. Edukace neboli vzdělávání zahrnuje vyučování a studium specifických vědomostí. Latinské slovo educare pochází z kořenů znamenajících „vedení ven“ nebo „vedení vpřed“ s možnými implikacemi vývoje vrozených schopností a rozšíření horizontů. Cílem edukace je tedy přenos myšlenek z jedné osoby na druhou. Výchovná a vzdělávací úloha má význam tehdy, když pacient neví, jak se o vlastní zdraví starat, má chybné nebo nedostatečné vědomosti, případně neovládá základní zručnosti v péči o zdraví. Trendem současné doby je aktivně zapojit pacienta do své léčby. Z tohoto důvodu je kvalitní edukace ze stran sestry nesmírně důležitou součástí pracovních povinností. Základním předpokladem úspěšné výchovy je dokonalé zvládnutí dané problematiky samotnou sestrou – edukátorkou. Ta také musí disponovat uměním znalost a dovednost předat (více v kapitole 1.2.5). Sestra – advokátka je obhájkyň pacienta, reprezentuje jeho práva a vysvětluje mu je, předkládá a tlumočí jeho názory a požadavky, obhajuje jeho zájmy. Uplatňování této role sestry je projevem zájmu sestry o pacienta. Sestra – nositelka změn by měla být představitelkou rozvoje v zájmu dalšího pokroku, aby se nestalo ošetrovatelství stagnující profesí. Role sestry – výzkumnice předpokládá



přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství (8, 42, 10).

Z praktického hlediska je povinností sestry před propuštěním u pacienta provést některé činnosti, které lze pro snadnější popis rozdělit na úkony prováděné při plánování propuštění a na úkony prováděné v den propuštění. Při plánování propuštění je povinností sestry informovat se u pacienta či příbuzných o podmínkách návazné péče o pacienta (podrobněji bude popsáno v kapitole 1.3.3), informovat o postupech stravování, užívání léků a potřebné ošetrovatelské péči, nabádat pacienta ke spolupráci (podrobněji popsáno v kapitole 1.2.5). V den propuštění sestra kontroluje osobní a cenné věci pacienta a odevzdává mu je, kontroluje ordinované léky a připravuje dávku na tři dny, kontroluje obvaz či drén. Vede rozhovor s doprovázející osobou či příbuznými, poskytuje informace v souvislosti s další ošetrovatelskou péčí. Uzavírá ošetrovatelskou dokumentaci a vypracovává ošetrovatelskou propouštěcí zprávu (podrobněji popsáno v kapitole 1.3.2) (22).

### **1.3.2 Význam dokumentace při propuštění pacienta**

Dokumentace hraje ve zdravotnické praxi důležitou roli. Znamená způsob komunikace mezi zdravotnickými zařízeními, lékaři, ošetrovatelským personálem a jinými odborníky, pojišťovny. Cílem je sběr a záznam informací o léčbě a ošetřování, individuálně o každém pacientovi. Vedení záznamů musí být věcné a přehledné, chronologicky, racionálně a aktuálně prováděné (40).

„Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace (43, s. 9).“

Ve většině zdravotnických zařízení tvoří součást ošetrovatelské dokumentace ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán, záznam realizace a jeho hodnocení, průběžný a klinický záznam, šokový záznam, záznam o polohování pacienta, záznam o ošetřování ran, dekubitní záznam a záznamy hodnocení bolesti. Všechny tyto záznamy

jsou pro sestru důležité pro čerpání informací k vypracování překladové nebo propouštěcí ošetrovatelské zprávy. Sestra tak předává vyčerpávající a přesné informace o vykonané ošetrovatelské péči v průběhu hospitalizace.

Ošetrovatelská anamnéza ( příloha 6 ) je jakési ošetrovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta, které by mělo být provedeno nejpozději do 24 hodin po přijetí pacienta. Sestra ve spolupráci s lékařem zde shromažďuje základní identifikační údaje, informace o současném zdravotním stavu pacienta a celkové anamnestické informace, kde se zaměřuje na oblast zdravotní, psychologickou a sociální. Již zde sestra sbírá informace, které se přímo vztahují k propuštění nemocného – dotazuje se, zda je pacient v péči manželky či rodiny, jaká je jeho sociální situace. Na základě vyhodnocení údajů kontaktuje sociální pracovníci. Kromě základních předtištěných okruhů získávaných informací může sestra shromažďovat další údaje, které pak zaznamená do volného místa vztahujícího se k dané informaci. Na některých ošetrovacích jednotkách nemocnic je součástí anamnézy bodové zhodnocení stavu nemocného dle Nortonové.

Ošetrovatelský plán představuje řadu aktivit sestry, které vycházejí ze stanovených ošetrovatelských diagnóz (více v kapitole 1.1.2). Charakteristická je i písemná forma plánu péče, která je rozdělena na dvě části. V první části se stanovuje konkrétní cíl. Očekávané výsledky jsou měřitelné kroky směrem ke zlepšování stavu pacienta a k jeho propuštění do domácího ošetrování, příp. agentury domácí péče. Druhá část obsahuje plán navrhovaných intervencí a jejich frekvence. První ošetrovatelské diagnózy, cíl, plán a jejich realizace jsou zaznamenány do 8 hodin od přijetí pacienta na oddělení, sestra je potvrzuje svým podpisem. Dále pak provádí další průběžné zápisy během celé hospitalizace pacienta.

Hodnocení péče poskytuje zpětnou vazbu o tom, co sestra vykonala. Hodnotí účinnost péče a porovnává získané informace s minulým hodnocením, sleduje vývoj stavu nemocného. Vždy zaznamenává hodinu záznamu a své hodnocení stvrzuje podpisem.

Průběžný a klinický záznam neboli dekurz a teplotní tabulka je zaměřen na základní údaje. První částí dokumentace jsou ordinace lékařské. Grafické údaje týkající se tělesné teploty, krevního tlaku a pulsu může sestra zaznamenat a spojit křivkou. Další

záznamy se týkají výšky, hmotnosti pacienta, dietního opatření, příjmu a výdeje tekutin, specifické váhy moči, stolice. Formuláře se mohou různit dle specifiky oddělení. Veškeré lékařské ordinace musí být zaznamenány v příslušných kolonkách a potvrzeny podpisem. Také sestra splněné ordinace na každé službě stvrzuje svým podpisem. Druhou částí je lékařská vizita a rozvaha. Před propuštěním je jednou z povinností sestry zkontrolovat, zda byly ordinace splněny a důležitá fakta zaznamenat do propouštěcí zprávy.

Překladová a propouštěcí ošetrovatelská zpráva ( příloha 5 ) se vypisuje vždy při překladu pacienta do jiného zdravotnického zařízení, případně oddělení v rámci nemocnice a propuštění do péče agentury home care. Souhrnná zpráva pak dle specifiky oddělení obsahuje každý aktuální či potenciální problém nemocného. Zprávu sestra vyplňuje označením na předem připravených formulářích. Sestra se vyjadřuje o charakteru, frekvenci, hodině posledního užití léků, injekcí, inzulínu, stravovacích návycích, alergiích, spánku, vylučování, aktivitě, hygieně, schopnosti sebezpeče, změnách na kůži, bandážích, převazech, kompenzačních pomůckách, podpůrné síti (sociální situaci, informovanosti a edukaci rodiny). Není zapomenuto ani na cennosti, doklady a jiná důležitá sdělení. Součástí ošetrovatelské překladové zprávy může být dodatek k propouštěcí zprávě, jenž se podrobně zmiňuje o dalším průběhu naplánovaných opatření, nutnosti dané kompenzační pomůcky, obvazového materiálu apod. Propouštěcí zprávu sestra vypisuje 2-3x, podle potřeby rozeslání jednotlivým zainteresovaným odborníkům. Jedna zpráva se zakládá do dokumentace, druhá se zasílá podle důležitosti zprávy ošetřujícímu lékaři, agentuře home care, popřípadě rodině nemocného. Zaznamenané informace pak sestra stvrzuje svým podpisem. Výměna informací je důležitá pro zajištění kontinuity péče o zdraví pacienta (40, 19).

### ***1.3.3 Možnosti poskytování péče po propuštění***

Pacient opouštějící nemocniční zařízení se dostává do dalších typů péče – sebezpeče, rodinné péče, agentur či jiných institucí. Rozhodujících je několik faktorů, mezi něž řadíme věk pacienta, jeho současný zdravotní stav, prognózu onemocnění, sociální situace a postoj rodiny či blízkých. Významnou roli v pomoci pacientům hraje

multidisciplinární spolupráce, jejíž činnost je koordinována v závislostech na potřebách pacienta.

Provázanost systému péče o pacienta po propuštění je zajištěna poskytováním komunitní péče. Komunitní péče tvoří souhrn zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných občanům, rodinám či skupinám.. Cílem je poskytovat péči v domácím prostředí a umožnit co nejdéle setrvání v komunitě. Do konceptu komunitní péče patří poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb. Představiteli zdravotní péče v komunitě jsou praktičtí lékaři, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci nebo stacionáře a centra pro specializovanou péči. Sociální službou rozumíme například pečovatelskou službu, osobní asistenci, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby či domovy pro seniory. Většinu primárních zdravotních služeb tvoří služby a aktivity ošetrovatelské péče.

V rámci komplexní domácí péče je poskytována zejména odborná zdravotní péče, sociální péče a laická pomoc v oblasti sebepéče. Základem péče je princip subsidiarity (aktivní péče a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů klienta). V České republice je domácí péče poskytována v pěti základních formách: akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a jednorázová domácí péče (13).

„V rámci zdravotnické soustavy se domácí ošetrovatelská péče stala v posledních desetiletích nejdůležitějším poskytovatelem terciární zdravotní péče (poskytuje také primární i sekundární péči). Domácí péče je poskytována v rámci komplexní komunitní péče (13, s. 68).“

#### ***1.3.4 Některé ošetrovatelské problémy pacienta při propuštění***

Propuštění pacienta z nemocničního zařízení nemusí vždy znamenat ukončení ošetrovatelských problémů – některé z nich nadále trvají. Někdy naopak mohou v souvislosti s touto situací vyvstat nové ošetrovatelské diagnózy - problémy, které si žádají řešení. S těmito problémy musí sestra počítat při propuštění a směřovat intervence tak, aby pacient či jeho rodina neodcházeli neinformovaní. V následujícím

textu jsou uváděny některé aktuální o potencionální ošetrovatelské problémy, které mohou u pacienta v souvislosti s propuštěním nastat.

Velmi často bývají hospitalizováni pacienti v souvislosti s příjmem nadměrné stravy a zde stanovujeme problém *nadměrná výživa*. Po odeznění akutního stavu se propouštějí do domácího ošetřování. Ve spolupráci ošetřujícího lékaře, sestry a nutričního terapeuta je nutné poradit pacientovi, jak se příště vyvarovat komplikacím, jak optimalizovat svoji hmotnost a vytrvat v dodržování režimových opatření v oblasti výživy. Jedná se o dlouhodobý problém vyžadující od zdravotníků kvalitní, dostatečnou a zároveň důraznou edukaci. Souvisejícím ošetrovatelským problémem je *oslabené přizpůsobení*. Nastává u pacienta, který v souvislosti se změnou zdravotního stavu není schopen upravit svůj životní styl. Úkolem sestry je optimálně informovat pacienta a pečující rodinu o nutnosti spolupráce a péče, upozornit na možná rizika při odmítání spolupráce, nabídnout kontakt na psychologa. *Porušená energie* může být důsledkem dlouhodobé hospitalizace či nepříznivého vývoje uzdravování. Sestra by měla dle individuální situace doporučit návštěvu u psychologa či spolu s fyzioterapeutem informovat o vhodných cvičích, informovat rodinu o vytvoření optimálního domácího prostředí. U pacientů, kteří opouštějí nemocnici s trvalými následky či se závažným onkologickým onemocněním může dojít z těchto důvodů k *poškozené sociální interakci*. Sestra by měla rodinu motivovat k trpělivému přístupu a nabídnout kontakty na psychologickou pomoc. Rodina, která nemocnému poskytuje neúčelnou nebo ohrožující péči či nevytváří dostatečné zázemí, pomoc a péče neodpovídá tomu, co pacient potřebuje, představuje ohrožení adaptace zdravotního stavu. Sestra může *ohrožující zvládání zátěže rodinou* určit na základě pozorování či rozhovoru a poskytnout rodině informace o správné podpoře rodiny, popřípadě dle individuálních potřeb nabídnout pomoc psychologa nebo sociálního pracovníka. Ošetrovatelský problém *zhoršená pohyblivost* se při propuštění v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem vyskytuje často. Úkolem sestry je posoudit funkční schopnost pacienta a spolu s fyzioterapeutem doporučit optimální pohybový plán, informovat o posilování zdraví, zajištění kompenzačních pomůcek, poskytnout kontakty na agentury domácí péče, ortoservis a zapojit do aktivity blízké. *Chronická bolest* je stav člověka, který prožívá nepříjemný

smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo potencionálním poškozením tkání. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita bolesti od mírné až po závažnou, nelze předpokládat vymizení bolesti do šesti měsíců. Pacient i rodina by měla být sestrou poučena o bezpečném užívání léků, o nefarmakologických postupech zvládnutí bolesti, o poradnách zabývajících se touto problematikou či možnostech využití místních podpůrných zdrojů (např. péče o dům, domácnost).

Ošetrovatelský problém *riziko infekce* se dotýká pacientů, kteří mohou být z různých důvodů zvýšeně ohroženi vstupem patogenních organismů do těla. Příkladem jsou invazivní vstupy, malnutrice, poraněná kůže, chronické onemocnění či operační výkon. Úkolem sestry je pacienta řádně poučit o prevenci – péči o vstupy, hygieně rukou, posilování zdraví. Vlivem změny prostředí, zhoršenými fyzickými předpoklady, slabostí břišních svalů či sníženou motilitou trávicího traktu je možné předpokládat *riziko zácpy*. Sestra by měla nabídnout pacientovi pomoc v podobě dostatku informací o prevenci tohoto stavu – vhodná dietní opatření s ohledem na zdravotní stav pacienta, dostatečnou hydrataci a optimální pohybovou aktivitu. S rizikem zácpy může souviset i *riziko deficitu tělesných tekutin*. Zejména u seniorů, kteří mívají snížený pocit žizně, musíme počítat s rizikem dehydratace. Sestra musí řádně poučit nejenom samotného pacienta, ale také pečující rodinu. V důsledku fyzické imobility by mohlo dojít k porušení kožní integrity. Předcházet a počítat s diagnózou *riziko porušení kožní integrity* je povinností každého zdravotníka, který tak činí na základě prostudované dokumentace (podrobněji bylo popsáno v kapitole 1.3.2) a pozorování samotného pacienta. Pacient a pečující rodina by měla být s tímto rizikem sestrou seznámena a poučena o hygieně kůže, polohování, optimální výživě. U starších pacientů, kde z nejrůznějších důvodů nefunguje rodina či při fyzické izolaci můžeme předpokládat *riziko osamělosti*. Již na začátku hospitalizace sestra v rámci ošetrovatelské anamnézy zjišťuje, v čí péči se pacient nachází. V nepříznivém případě ještě v průběhu pobytu je možné kontaktovat sociální pracovníci a řešit možnost sociální pomoci. *Riziko intolerance aktivity* je ošetrovatelským problémem u člověka, který je ohrožen nedostatkem fyzické nebo psychické energie k vykonávání nebo dokončení požadované nebo zamýšlené denní činnosti. Zde je pak na místě, aby sestra pacienta a pečující

blízké poučila o vytvoření optimální domácí atmosféry, střídání aktivity a odpočinku, postupném zvyšování zátěže a zdravém životním stylu. Při zvýšené náchylnosti pacienta k pádům, které mohou navodit zranění, zakládá sestra ošetřovatelskou diagnózu *riziko pádů*. Mezi intervence sestry patří řádné poučení pacienta a rodiny o možnosti pádu, o vhodnosti bezpečného prostředí, použití kompenzačních pomůcek a nutnosti zvyšování či udržování fyzické aktivity pacienta (26, 7).

Kromě těchto příkladů mohou nastat i další ošetřovatelské problémy u pacienta, které sestra musí rozpoznat a účinně na ně intervenovat v úzké spolupráci s pacientem a jeho rodinou.

### ***1.3.5 Aplikace poznatků ze zahraničí při propuštění v našich podmínkách***

Současná situace v západoevropských zemích je v různých nemocnicích různá. Obecně lze říci, že poznatky ze zahraničních nemocnic jsou velmi blízké a podobné situaci v našich zdravotnických zařízeních. Kupříkladu v nemocnici The Doudley Group of Hospitals NHS Trust nedaleko Birminghamu je proces propouštění rozdělen do čtyř fází. Plánování propouštění začíná obvykle již při příjmu, někdy se zahajuje dokonce již před přijetím. Důležitou roli v procesu hraje sestra. Sestra vyplní formulář, který je společným pro ošetřovatelskou i pro sociální péči. Pokud je předpoklad, že propuštění pacienta by mohlo být problematictější, předávají se pacienti propouštěcím koordinátorům. V případech propuštění do domu s pečovatelskou službou nebo do léčebny pro dlouhodobě nemocné se angažuje sociální pracovnice. Druhým krokem je multidisciplinární zhodnocení pacienta, které koordinuje sestra. Pacienta hodnotí kromě sestry a lékaře i další specialisté jako fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped. V úvahu se berou i názory a připomínky nemocného a jeho příbuzných a zjišťují se všechna potencionální rizika. V případě nutnosti je možné zhodnocení provádět opakovaně. Důležitou součástí je dokumentace, kde se zaznamenávají všechny informace vztahující se k propuštění. Následuje konkrétní nabídka péče a plán její realizace. Klíčovým faktorem je zde komunikace, všechny informace musejí být předány všem zainteresovaným. Těsně před propuštěním dostává pacient léky na 14 dní, informace o svém zdravotním stavu a léčbě a kontakty na pracovníky v terénu. Poslední fází je

kontrola proběhlého procesu propuštění. Lidé, kteří se zabývají monitorací, si všímají zájmu zdravotnických pracovníků o určité části procesu propuštění, zabývají se stížnostmi na propuštění a jejich příčiny, sledují rehospitalizace a konečně i spokojenost nemocných (36).

I v německých nemocnicích je problematice plynulému propouštění pacientů do domácí péče věnována náležitá pozornost. Sestra zodpovědná za propuštění pacienta plní důležité úkoly. V rámci interdisciplinární porady se rozhoduje o propuštění pacienta z hlediska lékařského, terapeutického a ošetrovatelského. Sestra s ohledem na deficit sebepéče a pacientovo prostředí zajišťuje vhodnou péči. Podpora při hledání nejvhodnější nabídky je základním úkolem při přechodu do domácího prostředí. Na základě potřeby péče se vytvoří plán péče. Pacient je doprovázen domů, aby se posoudilo, zda a jak se mají v bytě provést změny a zda rodinní příslušníci potřebují podporu. Převezmou-li po propuštění pacienta péči příbuzní, mají možnost o něj pečovat už během hospitalizace a nacvičit si speciální techniky. Pokud pacient souhlasí s vytvořeným plánem péče, postará se sestra o nutná povolení, zkontaktuje lékaře, kteří se budou o pacienta dále starat, lékárny a sestry domácí péče, zařídí pomůcky, léky, zdravotnický materiál a zkoordinuje předání informací institucím, které budou dál o pacienta pečovat. Sestra doprovází v den propuštění pacienta domů. Během poskytování péče se pravidelně kontrolují úkony a mezioborový tým hodnotí plán péče, aby se zjistilo, zda bylo dosaženo cíle (30).

Se zajímavým řešením problematiky „informačního vakua“ a zapojením pacienta a příbuzných do spoluúčasti na plánování blížícího se propuštění se setkáváme v nemocnici Virginia Mason Medical Center v Seattlu. Zde má každý pacient před lůžkem umístěnu velkou informační tabuli s názvem „Lístek domů“. Laminátová deska je dělena na tři části. Pravou část tvoří korková nástěnka, kam si pacient a rodina může pověsit rodinné fotky či dětské kresby. V této části tabule jsou také hodiny. Prostřední část tabule obsahuje velkým černým písmem předtištěné kategorie relevantní k bezpečnému propuštění. Zde se vpisuje plánovaný den propuštění, pokroky pacienta v oblasti příjmu potravy, schopnosti vylučování, bezpečné mobility, stavu kontroly bolesti pomocí perorálních léků a splnění cílů léčby. V dolní části se vpisují cíle či



potřeby pro propuštění a hodnotí schopnost pacienta bezpečně se pohybovat v domácím prostředí, zda došlo k vyřešení bezpečnostních rizik, k uspokojení edukačních potřeb a k zajištění transportu z nemocnice. Poslední část nástěnné tabule je volná plocha určená otázkám pacientů a příbuzných. Tato sekce má předtištěnou pouze kategorii na datum, jméno sestry, ošetřovatelky a lékaře. Vše je smazatelné a snadno přizpůsobitelné aktuálnímu stavu pacienta. Díky své formě, velikosti a řešení tento „Lístek domů“ pozitivně působí na pacienty, jejich přirozeností je dosahovat vytyčeného cíle (39).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

V souvislosti s tématem byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaký je časový plán sester, který věnují pacientovi před propuštěním.

Cíl 2: Zjistit, zda mají pacienti potřebné informace v souvislosti s propuštěním.

Cíl 3: Zjistit, jaké informace postrádají pacienti po propuštění do domácího ošetřování.

Cíl 4: Zjistit, na jaké dotazy pacientů sestry nejčastěji odpovídají.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Kolik sестry věnují času pacientovi před propuštěním?
2. Mají pacienti potřebné informace v souvislosti s propuštěním do domácího ošetřování?
3. Jaké překážky vnímají pacienti při předávání informací?
4. Jaké informace pacienti postrádají po propuštění do domácího ošetřování?
5. Jaké dotazy sestry pacientům nejčastěji zodpovídají?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použité metody**

Pro získání informací k této práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Sběr dat od pacientů a sester byl proveden na základě metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru. Byly sestaveny otázky pro pacienty a sestry (příloha 1 a 2). Otázky pro pacienty se týkaly především vlastních zkušeností získaných při propuštění – jaké informace pacient vyžadoval, zda byly srozumitelné, co mu chybělo v domácí péči, jak hodnotí proces propuštění z ošetrovatelského hlediska. Otázky pro sestry se zaměřovaly na postupy při propuštění, ověřování poskytnutých informací, nejčastější dotazy pacientů či osobní hodnocení procesu při propuštění. Zařazovacím kritériem pro sběr dat u pacientů byla doba od propuštění, která byla plánována třicet dnů po propuštění. V průběhu šetření v rámci předvýzkumu, díky kterému byly některé otázky vyřazeny nebo doplněny, však bylo zjištěno, že tato doba je pro dotazování respondentů příliš dlouhá, odpovědi byly mlhavé a neurčité. Z tohoto důvodu se nestandardizované rozhovory konaly již při první kontrole od propuštění, tedy po prvním týdnu od propuštění. Rovněž z důvodu přehlednosti a možnosti srovnání odpovědí pacientů – respondentů byly k rozhovorům vybíráni pacienti pouze po chirurgickém odstranění žlučníku. Informace získané ze záznamového archu od sester i pacientů byly pro větší přehlednost přepsány do kazuistik, následně zpracovány do tabulek a vyhodnoceny metodou rámcové analýzy podle výzkumníků Ritchieho a Spencera.

### **3.2 Charakteristika sledovaného souboru**

První výzkumný soubor tvořilo 10 ambulantních pacientů, propuštěných do domácího ošetřování po předchozí hospitalizaci na chirurgické klinice v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Pro možnost uskutečnění šetření byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestra chirurgické kliniky (příloha 3 a 4). Při výběru respondentů - pacientů byl zvolen záměrný výběr – pacienti byli po operaci žlučníku. S rozhovorem souhlasilo celkem deset pacientů, z toho šest žen a čtyři muži

ve věku od 28 do 71 let. Údaje od respondentů byly získány během prosince 2008, v průběhu ledna a února 2009.

Druhým výzkumným souborem byly sestry pracující na standardním chirurgickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Pro získání potřebných údajů pro tuto práci bylo osloveno celkem šest sester ve věku od 24 do 51 let. Zařazovacím kritériem byl čas a ochota sester. Informace byly získány v průběhu měsíce ledna 2009.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky rozhovorů respondentů - pacientů

Výsledky rozhovorů s pacienty byly pro přehlednost zpracovány do kazuistik.

#### *Kazuistika pacienta č. 1*

Prvním respondentem byl 62-letý muž. Přestože je již ve starobním důchodu, příležitostně vypomáhá ve sportovním klubu jako masér.

Informace o propuštění prvotně dostal *od lékaře den před propuštěním*. Tento časový úsek považuje za optimální – zavolal dceři, která si vzala v zaměstnání dovolenou, vše doma připravila a pro otce druhý den přijela. V souvislosti se svým „občasným“ povoláním se zajímal zejména o otázky *možné fyzické námahy* v pooperačním období. Dále se dotazoval na *dietní opatření* - zda je nutné ještě dodržovat dietu, „když mu žlučník vyřízli“. Vzhledem k tomu, že je pacient plně lucidní a soběstačný, nabídka předání informací příbuzným *nebyla nutná*. Všechny informace sestry předávaly *srozumitelně*, překážky v komunikaci nejuje. Možnost zeptat se na nejasné informace nevyužil, všemu rozuměl. Všechny informace podané sestrou byly pouze v *ústním* podání. Na dotaz, zda může po týdnu od propuštění říci, jestli předané informace byly *kompletní*, uvádí, že ano. Ze svého pohledu by rozhodně nic v souvislosti s ošetrovatelskou péčí před propuštěním *neměnil*. Sestřičky byly moc hodné a příjemné. Zároveň by chtěl vyjádřit svou spokojenost se stravou, veškerými službami i úklidem. Za celou dobu pobytu byli všichni moc příjemní a profesionální.

### ***Kazuistika pacienta č. 2***

Druhým dotazovaným pacientem byl *čtyřiapadesátiletý* muž, povoláním truhlář.

Respondent uvádí, že informace o propuštění získal na pokoji pacientů *od lékaře den před* propuštěním. Vzhledem k tomu, že bydlí až za Jičínem a manželka se nemohla uvolnit ze zaměstnání, využil k transportu objednaný sanitní vůz. V souvislosti s výkonem svého povolání má více dotazů, ale zatím „je v klidu“ a využije prostor až *při druhé kontrole*, kdy už se bude blížit nástup do zaměstnání. Teď se šetří, protože by nechtěl jít znovu na operaci, tentokrát s kýlou v jizvě. Předání informací příbuzným před propuštěním *nebyly* vzhledem k věku a dobrému psychickému stavu nutné. Žádné překážky při předávání informací *nepociťoval*, vše bylo v pořádku. Udává, že byl velmi mile překvapen vstřícným přístupem. V minulosti byl již několikrát hospitalizován v různých zdravotnických zařízeních, ale s tak profesionálním přístupem a pěkným prostředím se ještě nestkal. Všechny poskytnuté informace byly sděleny *ústně* a byly *srozumitelné*. Zpětně srovnává poskytnuté informace a myslí si, že byly vyčerpávající. Snad jich dostal ještě o trochu víc, než využil. Ošetrovatelská péče nejen před propuštěním, ale během celého pobytu byla podle respondentových slov *bezchybná*.

### ***Kazuistika pacienta č. 3***

Další dotazovanou byla *čtyřiačtyřicetiletá* žena. Provozuje podnikatelskou činnost s uměleckým zaměřením.

Na dotaz pacientky oznámil datum propuštění ošetřující lékař *den před* vlastní dimisí. Vzhledem k fyzicky nenáročné profesi se dotazy respondentky týkaly především *zálib a sportovních aktivit, úklidu domácnosti*. Všechny informace byly podány pouze jí, později je osobně předala manželovi a mamince, která se zatím stará o chod domácnosti a dvě děti. Při předávání informací *nevnímala žádné překážky*, sestry byly velmi milé a dokonce prý pacientku pochválily za její aktivní přístup. Většinu informací získala *ústně*, k dietě byl přidán *letáček*. Zde by chtěla dotazovaná poznamenat, že by bylo potřeba vytvořit nový materiál, který by byl mnohem jednodušší, bez odborných výrazů a barevně vylepšený. Pokud by zbyly finance, navrhovala by pro pacienty po operaci žlučníku vytvořit „rychlý manuál první pomoci“ psaný ve srozumitelných bodech, kde by si pacient mohl ověřit postup při nenadálých stavech, jako je utrhlý žlučovod, pád na břicho, virózy či dietní chyba. Možnosti zeptat se na nesrozumitelné informace pacientka *využila*. Sester se ptala na *pohybový režim*, lékaře na anatomii a fyziologii trávicího traktu. Zpětně může říci, že jí *byly podány* všechny potřebné informace. V souvislosti s ošetrovatelskou péčí by nic *neměnila*. Změnila by některé maličkosti týkající se organizace a načasování některých aktivit lékařů. Delší dobu totiž čekala na lékařskou překladovou zprávu a objednanou taxislužbu musela přesunout na pozdější dobu. Celkově je však z poskytnuté ošetrovatelské a lékařské péče nadšená. Přestože trávila většinu času na nadstandardním pokoji, zaznamenala oproti minulosti výrazný posun k lepšímu.

#### ***Kazuistika pacienta č. 4***

Čtvrtou respondenkou - pacientkou byla *71-letá* žena. V minulosti pracovala jako pokladní, řadu let je již ve starobním důchodu.

Informaci o propuštění dostala na pokoji pacientů *od ošetřujícího lékaře dva dny* před samotnou dimisí. Na tomto časovém úseku byla domluvena s lékařem, protože její syn, u kterého žije, se nemohl v tak krátké době uvolnit ze zaměstnání. Informace, které dostala pacientka, si ještě při rozhovoru s lékařem jednou ověřil syn. Paní totiž nedoslýchá na levé ucho, nosí naslouchadlo a bála se, aby nepřeslechla důležitou informaci. Žádné informace v souvislosti s výkonem povolání *nepotřebovala* – je ve starobním důchodu. Doma ale vypomáhá s vnoučaty a vaří pro celou rodinu, takže otázky směřovala tímto směrem. Na otázku, zda při podávání informací vnímala nějaké překážky, odpověděla, že *špatně slyší a používá naslouchadlo*. Sestry musely mluvit hlasitě. Byly však velmi milé a informace ochotně opakovaly. Kromě *ústního podání* dostala i *brožurky* o dietě, protože je „k tomu všemu ještě cukrovkářka“. O dodržování diety se dozvěděla i od nutričního terapeuta. Nerozuměla příliš tomu, jak má *pečovat o ránu*. Sestřička, která prováděla převaz jí vše ale ukázala a poradila i synovi. Toho pro informace pacientka poslala, aby „náhodou na něco nezapomněla.“ Po týdnu v domácím ošetřování si myslí, že měla před odchodem domů *dostatek informací*. Ošetrovatelskou péčí by *neměnila*. Setkala se samými hodnými, milými a usměvavými sestřičkami. Musí ale také pochválit i lékaře a ostatní personál. V minulosti měla špatné zkušenosti s komunikací, kvůli své nedoslýchavosti. Na tomto oddělení však byli trpěliví a všem moc děkuje.



### ***Kazuistika pacienta č. 5***

Další dotazovanou ženou byla 28-letá pacientka. V současné době je se svým ročním synem na mateřské dovolené, předtím pracovala na prvním stupni základní školy jako učitelka.

Informace o propuštění se dozvěděla *den předem od ošetřujícího lékaře* na pokoji. Vše probíhalo bez komplikací a tak i ona již dopředu s datem propuštění počítala. Příbuzným *nebylo nutné* informace předávat – manželovi vše sdělila sama. Informace, které získala od sester, byly předány *ústně*. Žádné komunikační překážky *nenastaly*. *Měla možnost se zeptat* na to, čemu nerozuměla, ale prý nebylo potřeba. Ještě před nástupem do nemocnice si sehnala všechny dostupné materiály o nemoci, operaci a pooperačním období. Většina věcí jí tedy byla jasná. Vzhledem k tomu, že má doma malého chlapečka, chtěla pouze znát názor sester na případné *chování dítěte a další tělesnou námahu spojenou s péčí o dítě*. S odstupem týdne se domnívá, že podané informace byly *dostačující*. Nevzpomíná si, že by jí chyběla nějaká konkrétní informace. Ošetrovatelská péče byla podle slov respondentky na vysoké úrovni, *nic by na systému neměnila*. Pouze drobné výhrady má k delší čekací době na lékařskou zprávu. Na druhou stranu však chápe, že všichni personál je značně pracovně vytížen a musí prioritně plnit jiné povinnosti.

### ***Kazuistika pacienta č. 6***

Šestým respondentem byl *48-letý* muž, který pracuje u soukromé firmy jako technický manažer.

O tom, že bude propuštěný, se dozvěděl *den před* odchodem domů od ošetřujícího *lékaře* na ranní vizitě. Informace mu byly předány *ústně*, dietní opatření poskytla sestra i *formou letáku*. Žádné překážky při rozhovoru *nepocítoval*. Měl možnost ptát se na nejasné informace, ale vše mu *bylo zřejmé*. Sám se aktivně zajímal o to, *kdy se bude moci vrátit do zaměstnání a zda bude moci cestovat*. Často totiž jezdí na delší služební cesty po naší republice nebo i do zahraničí. Rodině žádné informace poskytnuty *nebyly*, pacient si nepřál, aby se komukoliv podávaly informace týkající se zdravotního stavu. V tomto smyslu také podepsal prohlášení v dokumentaci. S týdenním odstupem si myslí, že žádné další informace *nepotřeboval*. S ošetřovatelskou péčí včetně propuštění, byl spokojen, *nic by neměnil*.

### ***Kazuistika pacienta č. 7***

Respondentkou číslo sedm byla 58-letá žena, v současné době nezaměstnaná. Příležitostně si vydělává jako brigádnice úklidem kanceláří.

Informaci o propuštění do domácí péče získala pacientka od ošetřujícího *lékaře den před odchodem* na pokoji pacientů. Podle slov dotazované byly informace související s propuštěním předávány od sestry *ústně* a k tomu dostala „*nějaké papírky*, které ještě ani neměla čas přečíst.“ *Informací prý bylo hodně*, takže je musela sestra na žádost pacientky několikrát opakovat a některé informace zapsat na „kus papíru“. Vzhledem k tomu, že je nezaměstnaná, na žádné dotazy v této souvislosti *se neptala*. Ani příbuzným *nebyly* informace předány – žije prý po rozvodu jen s dcerou a všechny záležitosti zařizuje sama. Na otázku, zda si myslí, že jí *byly podány* všechny potřebné informace, odpovídá kladně. Jen si „nebyla úplně jistá“ péčí o operační ránu. Sousedka jí poradila, aby jí mazala sádlem. Rána však byla ještě krytá obvazem, proto se rozhodla nic nepodnikat a počkat, až „co tomu řekne pan doktor.“ Ošetřovatelskou péčí by *neměnila*, sestřičky byly milé a trpělivé. V televizi prý ukazují, jak jsou sestry přísné a pacienti jsou jim na obtíž. To tady ale nebyla pravda. Kdyby byla ministryně zdravotnictví, hned by jim přidala „nějakou korunu.“

### ***Kazuistika pacienta č. 8***

Další dotazovanou byla *67-letá* žena. Dříve pracovala na středisku jako dětská sestra, nyní je ve starobním důchodu.

O propuštění se dozvěděla *den před odchodem* domů. Prvotní informace jí sdělil *lékař*, později přišla i sestřička. Vzhledem k tomu, že je respondentka důchodkyně, informace související s výkonem povolání *nepožadovala*. Ani příbuzní nedostali žádné informace – nebylo potřeba, vše si zařídí sama, nebude prý děti obtěžovat svými starostmi. Informace sestry předávaly *ústně*, k tomu ještě přidaly *letáček* o dietě. Možnosti zeptat se na nejasné informace *využila*, když chtěla podrobněji vysvětlit některá dietní opatření. Sestra vše vysvětlila a ještě problém telefonicky konzultovala s nutriční terapeutkou. Žádné překážky se při předávání informací *nevyskytly*. Pokud si zpětně vzpomíná, informace byly plně *dostačující*. Ošetrovatelská péče probíhala *podle jejich představ*, kolektiv sester byl milý. Oceňuje jejich vysoké pracovní tempo, perfektní práci a dobré zvládnutí komunikace s některými „obtížnými“ pacienty. Od dob, kdy ona pracovala ve zdravotnictví se mnoho změnilo. Je ráda, že je již v důchodu, ale všem mladým prý drží palce.

### ***Kazuistika pacienta č. 9***

Předposlední respondentkou byla *dvaadvacetiletá* žena, povoláním úřednice ve státní správě.

O propuštění se dozvěděla *od ošetřujícího lékaře den před* plánovaným propuštěním při ranní vizitě na patientském pokoji. O problematice spojené s výkonem povolání prozatím *neuvažovala*, v současné době zůstává v pracovní neschopnosti a podrobnosti hodlá řešit až při další kontrole. Předání informací příbuzným *nebylo nutné*. Většinu informací sdělovaly sestry *ústně*. Použily rovněž *pomůcky* při ukázce, jak pečovat o ránu. Veškeré informace byly *jasné a srozumitelné*, žádné nesrovnalosti při rozhovoru nezaznamenala. Zpětně si uvědomuje, že *nevěděla, zda může navštěvovat plavecký bazén a jestli neškodí ráně chlorovaná voda*. Dostala totiž od syna permanentní vstupenku a nerada by jí nechala propadnout. Zdraví je však přednější a nechtěla by do rány „dostat infekci“. Ošetrovatelskou péčí nejenom v souvislosti s propuštěním, ale jako kompletní službu, *hodnotí kladně*. Děkuje za vzornou péči všem sestřičkám a lékařům.

### ***Kazuistika pacienta č. 10***

Posledním dotazovaným byl *49-letý* muž, pracující jako obchodní zástupce soukromé firmy.

O termínu propuštění se dozvěděl *od lékaře den předem* na patientském pokoji. V souvislosti s výkonem svého povolání se dotazoval, *zda a za jakou dobu může řídit automobil a cestovat*. Patří to mezi důležitou součást jeho práce a rád by brzy nastoupil do zaměstnání. Pracuje na živnostenský list a nemůže si prý dovolit dlouhou absenci. Předání informací příbuzným *nebylo nutné*, vše si řídí sám, on je „hlava rodiny“. Informace od sester získal především *ústně*. Byl mu však předán *leták* o dietě a na žádost pacienta také informace o chorobách slinivky břišní. Tuto nemoc „mají v rodině“ a tak by si o tom rád přečetl něco podrobnějšího. Při předávání informací se žádné překážky *nevyskytly*. Na nejasné informace *měl možnost* se zeptat, ale *nevyužil* toho – vše bylo podáno jasně a dostatečně. Na otázku, zda by mohl zpětně říci, jestli postrádal v domácí péči určité konkrétní informace, *odpověděl záporně*. Poté dodal, že se ještě na žádost manželky musí zeptat na svoji možnou účast na plese zaměstnanců. Manželka má již koupené vstupenky, šaty a bez něho prý nikam nepůjde. Rád by jí udělal radost, ale neví, zda je to tak brzy po operaci dobrý nápad. Zcela fyzicky dobře se ještě necítí. Ošetřovatelskou péči hodnotí jako *vyhovující*. Oceňuje také, že se odstranění žlučníku podařilo laparoskopickou metodou a pobyt v nemocnici se zkrátil na minimum

## 4.2 Výsledky rozhovorů respondentek- sester

Výsledky rozhovorů se sestrami byly pro přehlednost zpracovány do kazuistik.

### ***Kazuistika sestry č. 1***

První respondentkou byla čtyřicetiletá sestra pracující na standardním chirurgickém oddělení. Jejím nejvyšším vzděláním je *střední zdravotnická škola*, udává celkem *čtyři roky praxe*. Předchozím pracovištěm bylo kojenecké oddělení a anesteziologicko – resuscitační oddělení ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze. Domnívá se, že předchozí praxi na ARO *využila* i na nynějším pracovišti, zejména v souvislosti s nabytými zkušenostmi, jistotou v jednání a znalostí nemocničního prostředí.

Podle respondentky se první informace o propuštění dozvídá pacient na pokoji *vždy od ošetřujícího lékaře, nejčastěji den před odchodem*. Delší časový úsek je volen především u „mimopražských“ pacientů, kde je doprava do místa bydliště a další organizace mnohem složitější. Naopak informace o dimisi v den propuštění označila za mimořádnou situaci, která běžně nenastává. Pacienti nejčastěji vyžadují *informace o pohybovém režimu, dietních opatřeních a další kontrole u lékaře*. Na otázku, které výkony v souvislosti s propuštěním provádí, odpověděla, že se zabývá *poskytováním informací o dietě, ráně a pohybových opatřeních, samotným ošetřováním rány a administrativou*. Případný kontakt se sociální pracovníci zajišťuje pouze staniční sestra. Podané informace podle stavu a věku pacienta několikrát *opakuje*, a tak se zároveň ujistí, zda pacient správně pochopil. Podle názoru respondentky se propuštění plánuje až *od oznámení propuštění* pacientovi. Přípravě podkladů věnuje asi *patnáct minut* a dalších patnáct minut provádí ostatní výkony nutné k propuštění. Vždy pracuje *v souladu s ošetřovatelským standardem* a proces propuštění z ošetřovatelského hlediska považuje za *vyhovující*. Problém vidí v delší době, kterou musí pacienti absolvovat při čekání na lékařskou propouštěcí zprávu.

## ***Kazuistika sestry č. 2***

Druhá dotazovaná sestra má rovněž *dvacet čtyři roků*. Na standardním chirurgickém oddělení začala pracovat po ukončení *střední zdravotnické školy* a pracuje zde již *šest let*. Vzhledem k tomu, že se jedná o její první zaměstnání, na otázku využití předchozí praxe odpovídá zamítavě.

Informace o propuštění podle názoru respondentky podává jako první vždy *lékař*, později mohou být doplněny sestrou. Nejčastěji se tak stává *den před* vlastním odchodem na *patientském pokoji*, někdy také *na převazovně*. Pacienti se zajímají o problematiku dalšího *dietního omezení*, *o podávání farmak*, *o kontrole u lékaře*. Ptají se ale i na *pohybový režim* po operaci, *jak pečovat o operační ránu*, *zda smějí řídit motorové vozidlo*, *vést pohlavní život či sportovat*. Většinu informací sestra podává sama na základě znalostí, v některých případech volí konzultaci s ostatními členy týmu. V souvislosti s propuštěním provádí *administrativní úkony*, *péči o ránu a edukaci*. Edukace je prováděna nejčastěji verbálně, v některých případech se rozdávají i letáčky či brožury. O tom, zda pacient informace správně pochopil, se přesvědčuje na základě *zpětné vazby*, *sledováním mimiky a reakcí*. Propuštění pacienta začíná plánovat již *v době sběru ošetřovatelské anamnézy* a dále pokračuje v této činnosti během celé hospitalizace. Při samotném propuštění se věnuje administrativní práci *do patnácti minut*, ostatní činnosti probíhají asi další čtvrt hodinu. Celkově tedy se jedná asi o *půl hodiny*. Vždy pracuje *v souladu s ošetřovatelským procesem*. Zavedený postup práce v této oblasti se jeví respondentce jako *vyhovující*. Přesto by navrhovala zlepšení – vytvoření vlastní edukační místnosti, kde by bylo zajištěno naprosté soukromí pacienta a všechny informace soustředěny na jednom místě.



### ***Kazuistika sestry č. 3***

Čtyřiačtyřicetiletá zdravotní sestra je již zkušenou pracovnící, od ukončení střední zdravotnické školy uběhlo více než dvacet pět let. V jiných zdravotnických zařízeních pracovala vždy na lůžkové části. Zkušenosti posbírané na dětském oddělení a chirurgii využila především v praktických činnostech, které již bez problémů na tomto pracovišti zvládala. Proces propuštění však byl na předchozích pracovištích zcela odlišný a v budoucnu jej nikdy nevyužila.

Informace o propuštění dostávají pacienti vždy od lékaře. Časový předstih bývá různý – standardem je den předem, ale při nutnosti dlouhodobějšího zařizování je možné určit datum i více než dva dny dopředu. Naopak na přání pacienta či při nedostatku lůžek se výjimečně z rozhodnutí lékaře může uskutečnit dimise tentýž den. Informace jsou vždy podávány na patientském pokoji. Podle názoru respondentky se pacienti nejvíce zajímají o další podávání léků, o dietu, jak pečovat o ránu a kdy se dostavit ke kontrole na chirurgii a ke svému praktickému lékaři. Při propuštění musí sestra vykonat administrativní činnosti, převaz rány, edukovat pacienta a v mnoha případech provést sociální zajištění. Zda pacient porozuměl podaným informacím, sestra kontroluje podle stavu pacienta - zejména u starších lidí informace několikrát opakuje. Nejčastěji plánuje propuštění pacienta v době, kdy je mu oznámen termín odchodu z nemocnice. Maximální dobu, kterou věnuje sestra kompletnímu propuštění je prý půl hodiny, ze kterých asi polovinu věnuje přípravě podkladů. Postup propuštění probíhá vždy v souladu s ošetrovatelským standardem nemocnice a celý proces hodnotí jako vyhovující, za celou dobu praxe se zde nesetkala s problémem.

#### ***Kazuistika sestry č. 4***

Nejstarší respondentkou z řad sester je *51-letá* žena, která udává více než *třicet let praxe* ve zdravotnictví. Dosažené vzdělání získala absolvováním *střední zdravotnické školy*. Na současném oddělení pracuje tři roky, předtím byla zaměstnaná na lůžkovém dětském oddělení a zubní ambulanci. Předchozí praxi oceňuje zejména v tom, že získala správný přístup k lidem. Vzhledem k odlišnosti práce *nemá žádné poznatky* k propuštění pacientů z minulého období, které by mohla využít dále.

Informace o propuštění se pacienti dozvídají vždy *od lékaře* při ranní vizitě *na pokoji*. Časový úsek bývá rozdílný – u „mimopražských“ pacientů se datum propuštění z důvodu obtížnějšího dojezdu zpravidla oznamuje *dva dny předem*, u ostatních *jeden den* před odchodem domů. Vzhledem k tomu, že informace sestra nejprve podává a teprve poté nechává prostor na dotazy, většinou už pacienti mají dost informací a nemají potřebu se dále dotazovat. Pokud tato situace nastává, nejčastěji chtějí informace *o dietě a jak pečovat o operační ránu*. Vše, co pacientovi říká, několikrát v různých variantách *opakuje, kontrolní otázky nedává*. Před propuštěním je podle slov dotazované nutné *zakočit administrativu, řádně pacienta edukovat, odstranit identifikační náramek, převázat ránu a na další tři dny pacienta vybavit pomůckami a léky*. Celkově věnuje procesu propuštění *maximálně půl hodiny*, z toho na administrativní úkony se počítá asi polovina času. Plánování propuštění se podle jejích slov věnuje až v době, kdy je oznámeno *přesné datum odchodu*. Vždy *postupuje* podle stanoveného ošetřovatelského standardu. Proces propuštění ze strany sester vnímá za *vyhovující*. Problém vidí na straně lékařů, kteří jsou často odvolávání mimo oddělení na ambulanci či operační sál. Psaní propouštěcích lékařských zpráv se tak prodlužuje a pacient musí déle čekat.

### ***Kazuistika sestry č. 5***

Pátou dotazovanou byla *čtyřiatřicetiletá* sestra. Zdravotnické vzdělání nabyla absolvováním *střední zdravotnické školy* a od té doby získala *patnáct let* praxe. V minulosti pracovala v jiném zdravotnickém zařízení na anesteziologicko – resuscitačním oddělení a na chirurgické klinice. Své předchozí zkušenosti využila především v praktických dovednostech. V souvislosti s propuštěním udává, že se jí na současném pracovišti „hodily“ zejména *vědomosti, které využívá při edukaci pacientů*.

To, že budou pacienti propuštěni, se dozívají výhradně *od lékaře*. Časový předstih je prý individuální. Ve většině případů se jedná o *jeden den dopředu*. V situacích, kdy je nutné zajistit sociální návaznost, bývá tato doba *dva dny a více*. Ve většině případů podává informace pacientům lékař *na jejich pokoji*. Pokud se však řeší vážnější problém, který si vynucuje soukromí, odvádí si pacienta na volnou *převazovnu*. Pacienti vyžadují různé informace, většinou podle věku a onemocnění. Ptají se na *dietu*, kde se podle slov respondentky poskytují nejen ústní informace, ale také předtištěné letáčky. Další dotazy směřují k *podávání léků* - nejčastěji v případě, kdy dochází k úpravě terapie. Ptají se i na *péči o ránu*, kde sestra většinou ústní informace doplňuje praktickou ukázkou. Pacienty zajímá i *termín další kontroly* na chirurgické ambulanci. Zda byly informace dobře pochopeny, zjišťuje *zpětnou vazbou* zejména v případě péče o ránu. Při dalších úkonech se většinou pacienti dotazují sami. Některé důležité informace si odnášejí napsané v překládové lékařské zprávě. Při propuštění se sestra zabývá *administrativou, převazem rány, odstranění kanyl a katétrů, edukací a popřípadě podáním analgetik před transportem*. Propuštění plánuje u pacientů po lehčích výkonech až v době, kdy je pacientovi oznámeno *datum odchodu*. Ve složitějších případech, kdy je nutná sociální návaznost nebo potřeba naučit pacienta či jeho rodinu určitému nácviku ( například péče o stomii), plánuje propuštění již *v průběhu hospitalizace*. Přípravě podkladů věnuje asi *čtvrt hodiny*, celý akt je hotový u jedné osoby asi *do půl hodiny*. Vždy *postupuje* podle ošetřovatelského standardu. Nastavený ošetřovatelský proces propuštění hodnotí jako *vyhovující*. Přála by si však, aby administrativa byla vyžadována v menší míře a tak zbylo více času na praktickou péči.

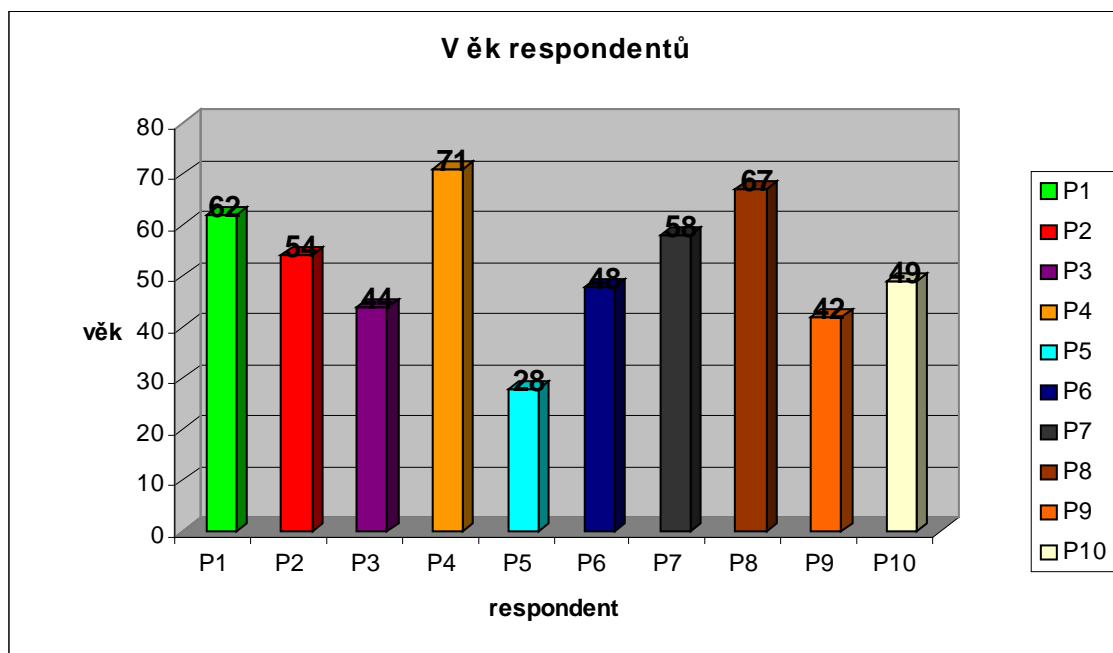
### ***Kazuistika sestry č. 6***

Poslední respondentkou byla *24-letá* sestra, absolventka *mostecké střední zdravotnické školy*. Nynější práce na chirurgické klinice je jejím prvním zaměstnáním, kde je již *šestým rokem*.

Pacienti jsou o propuštění informováni vždy ošetřujícím *lékařem na pokoji*, nejčastěji *den předem*. Tato zpráva je ještě v den propuštění potvrzena při ranní vizitě. Pacienti se sestry zpravidla dotazují *na dobu*, kdy budou muset zůstat v domácím ošetřování, *na dietu, pohybový režim a na informace spojené s kontrolou lékaře* – kdy mají přijít a zda se musí předem objednávat. Sestra před propuštěním provádí *převaz rány, administrativní činnost, poučuje pacienta a podává potřebné informace*. Zda pacient dobře porozuměl, zjišťuje *kontrolními dotazy*. V souvislosti dietou poskytuje připravené *letáčky*. Propuštění podle slov dotazované plánuje až v době, kdy je *oznámeno propuštění* pacienta. Zpracování administrativních podkladů zabere sestře asi *patnáct minut, ostatní činnosti asi stejnou dobu*. Vždy *postupuje* podle ošetřovatelského standardu. Proces propuštění z ošetřovatelského hlediska by *neměnila*. Někdy však dochází k organizačnímu problému, kdy je vyvíjen k tlaku na lůžka v souvislosti s příjmem nových akutních či plánovaných pacientů a pozdržením odchodu propuštěných pacientů. Přestože se tato situace neopakuje často, pacienti i personál mohou být zbytečně pod tlakem.

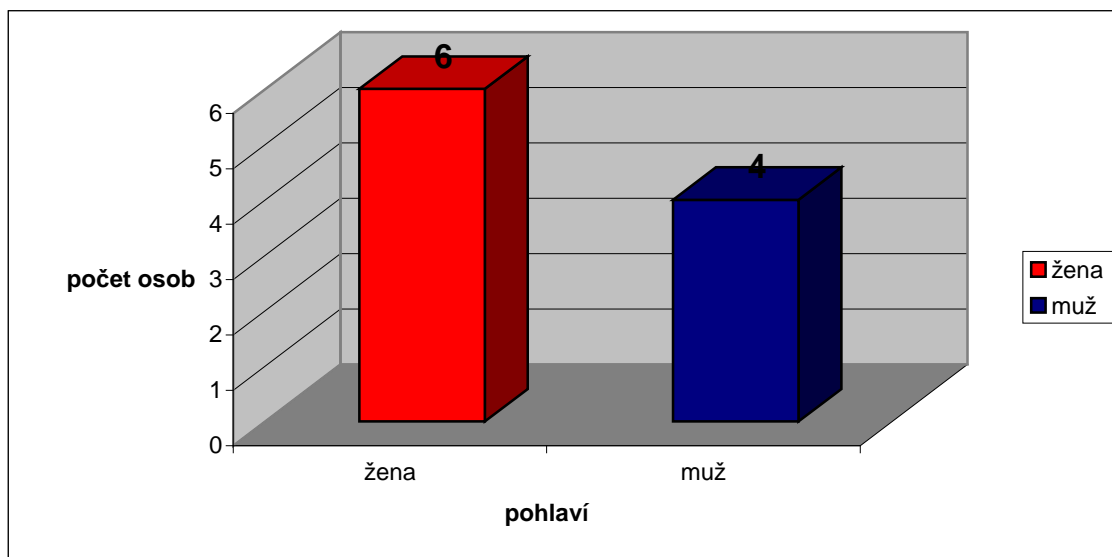
### 4.3 Grafické znázornění odpovědí pacientů

**Graf 1** Věk respondentů – pacientů



Graf ukazuje, jaký byl věk dotazovaných pacientů. P1 měl 62 let, P2 54 let, P3 44 let, P4 71 let a P5 28 let. P6 udává věk 48 let, P7 58 let, P8 67 let, P9 42 let a P10 49 let.

**Graf 2 Pohlaví respondentů - pacientů**



Graf informuje o pohlaví respondentů. Šetření se zúčastnilo 6 žen a 4 muži.

**Tabulka 1 Povolání respondentů - pacientů**

Jaké je vaše povolání?	Σ	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
starobní důchod	3	1			1				1		
masér příležitostně	1	1									
truhlář	1		1								
podnikatelka s uměleckým zaměřením	1			1							
v minulosti pokladní	1				1						
mateřská dovolená	1					1					
v minulosti učitelka	1					1					
technický manažer	1						1				
nezaměstnaná	1							1			
uklízečka brigádně	1							1			
v minulosti dětská sestra	1								1		
úřednice	1									1	
obchodní zástupce	1										1
<b>celkem</b>	<b>15</b>										

Tabulka informuje o povolání respondentů, přičemž P1, P4 a P8 udávají starobní důchod. P1 příležitostně provádí masérské povolání, P2 je truhlář. Podnikatelkou s uměleckým zaměřením je P3. P4 byla v minulosti pokladní. P5 je nyní na mateřské dovolené, v minulosti vykonávala povolání učitelky. Technickým manažerem je P6. P7 je nezaměstnaná, ale zároveň vykonává brigádně práci uklízečky. Dětskou sestrou v minulosti byla P8. Úřednicí je P9 a obchodním zástupcem P10.

**Tabulka 2 Kdo sdělil pacientům informaci o propuštění z pohledu pacienta**

<b>Kdo Vám sdělil, že budete propuštěn?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
lékař	<b>10</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
doplnění informací sestrou	<b>1</b>								1		
<b>celkem</b>	<b>11</b>										

Tabulka znázorňuje informace o tom, kdo poskytl respondentům informaci o propuštění. Všechny deset respondentů shodně uvádí, že se o propuštění dozvěděli od lékaře. P8 udává, že prvotní informace byly doplněny sestrou.



**Tabulka 3 Potřeba informovanosti pacientů v souvislosti s výkonem povolání či volnočasovými aktivitami**

<b>Potřebovali jste nějaké informace</b>											
<b>při propuštění v souvislosti</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
<b>s výkonem vašeho povolání či zálibami?</b>											
o fyzické námaze	1	1									
dotazy ponechány na další kontrolu	2		1							1	
o zálibách	1			1							
o sportovních aktivitách	1			1							
o domácnosti	2			1	1						
o hlídání vnoučat	1				1						
o péči o dítě	1					1					
doba návratu do zaměstnání	1						1				
možnost cestování	2						1				1
nezaměstnaná	1							1			
důchodkyně	1								1		
možnost řízení automobilu	1										1
<b>celkem</b>	<b>15</b>										

Tabulka popisuje, zda respondenti potřebovali informace týkající se jejich povolání. O fyzické námaze se informoval P1. P2 a P9 budou informace vyžadovat až při dalších kontrolách. P6 se dotazoval na dobu návratu do zaměstnání a možnost cestování, P10 chtěl informace o možnosti řízení automobilu. Ostatních pět respondentů se v souvislosti s povoláním nedotazovali - P7 je nezaměstnaná a P8 důchodkyně. P3 se ptala na otázky týkající se zálib, sportovních aktivit a domácnosti. O informace spojené s domácností se zajímala i P4, která měla i otázky na možnost hlídání vnoučat. P5 se ptala na informace v souvislosti s péčí o dítě.

**Tabulka 4 Časový úsek sdělení propuštění z pohledu pacienta**

<b>Kdy Vám bylo sděleno, že budete propuštěný/á ?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
den před propuštěním	9	1	1	1		1	1	1	1	1	1
dva dny před propuštěním	1				1						
<b>celkem</b>	<b>10</b>										

Tabulka znázorňuje časový úsek, ve kterém bylo respondentům sdělena informace o propuštění. Pouze P1 bylo určeno datum dva dny před propuštěním, devět respondentů se informací dozvědělo den před propuštěním.

**Tabulka 5 Poskytnutí informací o propuštění příbuzným pacienta**

<b>Byly informace předány i příbuzným ?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
nebylo nutné	8	1	1	1		1		1	1	1	1
ano - synovi	1				1						
zákaz podávání informací na žádost pacienta	1						1				
<b>celkem</b>	<b>10</b>										

Tabulka demonstruje potřebu předání informací příbuzným pacientů. Pouze P4 potvrzuje, že bylo potřebné podat informace synovi. U devíti respondentů vzhledem k věku, lucidnosti a typu výkonu nebylo nutné předávat informace o propuštění rodinným příslušníkům. P6 zakázal podávání informací.

**Tabulka 6 Vnímání překážek při předávání informací ze strany pacienta**

Vnímá/a jste nějaké překážky při předávání informací?	Σ	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
nevnímá/a překážky	8	1	1	1		1	1		1	1	1
nedoslýchavost pacienta	1				1						
hodně informací	1							1			
<b>celkem</b>	<b>10</b>										

Tabulka znázorňuje, zda pacienti vnímali překážky při předávání informací. P4 vidí jako překážku svoji nedoslýchavost, P7 se domnívá, že bylo podáno hodně informací. Osm respondentů překážky při předávání informací negovali.

**Tabulka 7 Způsob sdělení informací pacientům**

<b>Jakým způsobem byly informace sděleny ?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
ústně	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
předáním letáku o dietě	5			1	1		1		1		1
ukázka péče o ránu	2				1					1	
zajištění konzultace s nutričním terapeutem	2				1				1		
písemné shrnutí informací	1							1			
písemné informace o jiné chorobě na žádost pacienta	1										1
<b>celkem</b>	<b>21</b>										

Tabulka informuje o způsobech, jakým byly sdělovány informace. Všechny deset respondentů se shoduje na ústním předání informací. Respondentům P3, P4, P6, P8 a P10 byl předán leták o dietě. Jak se pečuje o ránu bylo demonstrováno P4 a P9. Respondentky P4 a P8 měly zajištěnou konzultaci s nutričním terapeutem. Písemné shrnutí informací získala P7 a na žádost P10 byly poskytnuty informace i o jiné chorobě.

**Tabulka 8 Možnost pacientů zeptat se na nesrozumitelné informace**

<b>Měl/a jste možnost zeptat se na nesrozumitelné informace?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
ano, ale nebylo potřeba	6	1	1			1	1			1	1
ano - dotazy na sestru o pohybovém režimu	1			1							
ano - dotazy na lékaře o anatomii a fyziologii	1			1							
ano - jak pečovat o ránu	1				1						
ano - potřeba zopakování všech informací	1							1			
ano - podrobnější informace o dietním opatření	1								1		
<b>celkem</b>	<b>11</b>										

Tabulka ukazuje, zda měl respondent možnost zeptat se na nesrozumitelné informace. Ve všech deseti případech zde tato možnost byla. Šest respondentů uvádí, že nebylo třeba se dotazovat (P1, P2, P5, P6, P9 a P10). P3 se dotazovala sestry na pohybový režim a lékaře na dotazy týkající se anatomie a fyziologie. O péči o ránu se zajímala P4. Všechny informace byly zopakovány P7. P8 vyžadovala podrobnější informace o dietním opatření.

**Tabulka 9 Postrádání konkrétních informací pacienty v domácí péči po propuštění**

<b>Můžete zpětně říci, zda jste postrádal/a</b>											
<b>konkrétní informace</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
<b>po propuštění do domácí péče?</b>											
nepostrádal/a informace	<b>8</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		
obdržel informací více, než mohl využít	<b>1</b>		1								
o možnosti návštěvy plaveckého bazénu	<b>1</b>									1	
o účincích chlorované vody na operační ránu	<b>1</b>									1	
o možnosti účasti na plese	<b>1</b>										1
<b>celkem</b>	<b>12</b>										

Tabulka informuje o tom, zda respondenti po propuštění do domácí péče postrádali konkrétní informace. Osm respondentů uvádí, že žádné informace nepostrádali (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8). P2 měl více informací, než využil. Informace o možnosti návštěvy plaveckého bazénu a o účincích chlorované vody na operační ránu postrádala P9. P10 nevěděl, zda se může zúčastnit plesu.

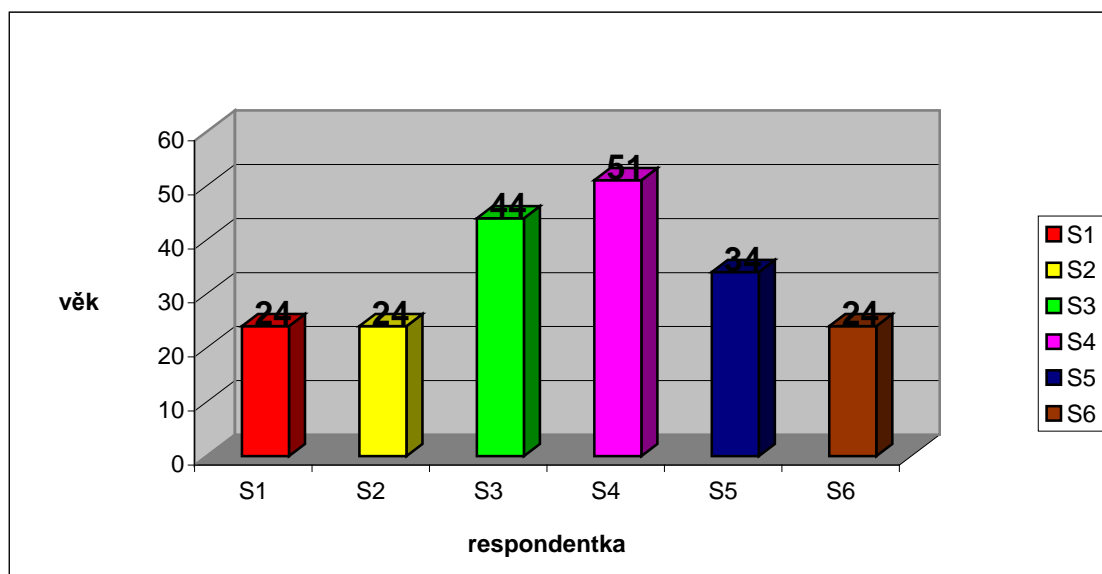
**Tabulka 10 Změny v souvislosti s ošetrovatelskou péčí při propuštění z pohledu pacienta**

<b>Co byste ze svého pohledu změnil/a v souvislosti s ošetrovatelskou péčí před propuštěním?</b>	<b>Σ</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>
ošetrovatelská péče v pořádku	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
dlouhá čekací doba na lékařskou zprávu	2			1		1					
<b>celkem</b>	<b>12</b>										

Tabulka informuje o postoji respondentů k poskytnuté ošetrovatelské péči. Všechny deset respondentů hodnotí ošetrovatelskou péči kladně, říkají, že je v pořádku a změny by neprováděli. P3 a P5 upozorňují v souvislosti s propuštěním na dlouhou čekací dobu na lékařskou zprávu.

#### 4.4 Grafické znázornění odpovědí sester

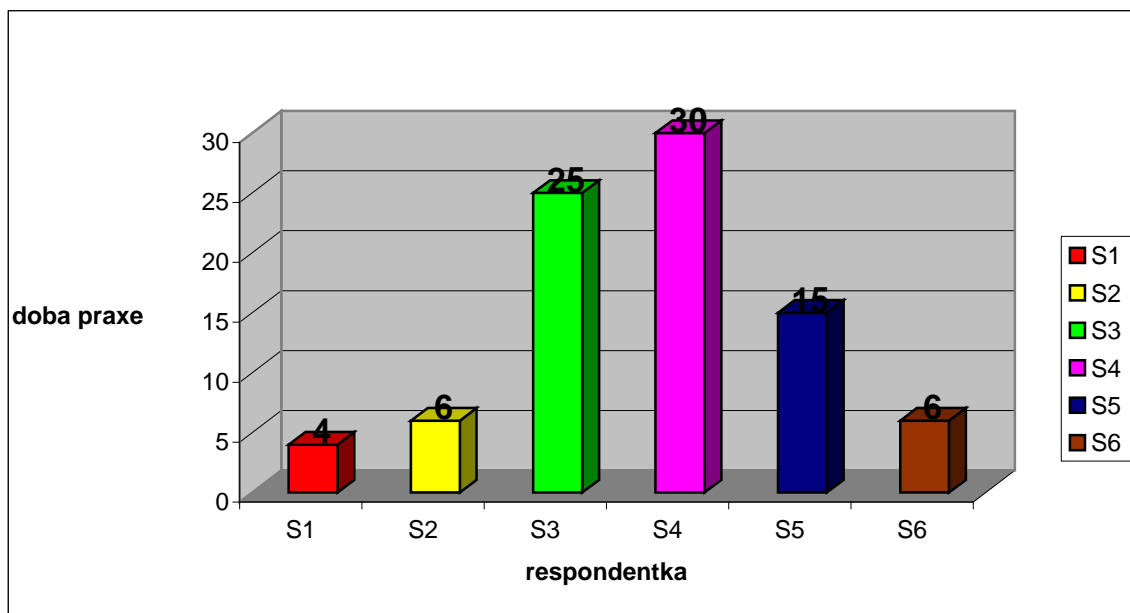
Graf 3 Věk respondentek – sester



Graf představuje věk sester, které se šetření zúčastnily. S1, S2 a S6 udaly věk 24 let, S3 má 44 let, S4 51 let a S5 34 let.



**Graf 4 Počet let praxe sester**



Graf informuje o počtu let praxe jednotlivých sester. S1 udává v praxi 4 roky, S2 a S6 shodně 6 let, S3 25 let, S4 30 let a S5 15 let.

**Tabulka 11 Nejvyšší dosažené vzdělání sester**

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	$\Sigma$	S1	S2	S3	S4	S5	S6
střední zdravotnická škola	6	1	1	1	1	1	1
<b>celkem</b>	<b>6</b>						

Tabulka informuje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentek – všech šest sester shodně udává absolvování střední zdravotnické školy.

**Tabulka 12 Využití dosavadních zkušeností z předchozích pracovišť**

Využila jste praxi z předchozích pracovišť?	$\Sigma$	S1	S2	S3	S4	S5	S6
jistota jednání s pacienty	1	1					
znalost nemocničního prostředí	1	1					
nevyužito - první zaměstnání	2		1				1
praktická činnost	2			1		1	
správný přístup k lidem	1				1		
využití vědomostí v edukaci	1					1	
<b>celkem</b>	<b>8</b>						

Tabulka popisuje využití praxe z předchozích pracovišť. Jistotu v jednání a znalost nemocničního prostředí udává S1. S2 a S6 vzhledem k jejich prvnímu zaměstnání odpověděly negativně. S3 si do dalšího zaměstnání přinesla praktické činnosti, S4 správný přístup k lidem. S5 kromě zmíněné praktické znalosti přidává využití vědomostí v edukaci.

**Tabulka 13 Kdo sděluje pacientům informace o propuštění z pohledu sester**

<b>Kdo oznamuje pacientovi informace, že bude propuštěn?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
lékař	6	1	1	1	1	1	1
pozdější doplnění informací sestrou	1		1				
<b>celkem</b>	<b>7</b>						

Tabulka informuje o tom, kdo sděluje informace pacientovi o propuštění. Všechny šest sester shodně uvádí, že sdělení provádí lékař. S2 přidává informaci o tom, že další informace později doplňuje sestra.

**Tabulka 14 Časový úsek oznámení propuštění pacienta z pohledu sestry**

<b>V jakém časovém předstihu se pacienti o propuštění dozvídají?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
den před odchodem	6	1	1	1	1	1	1
delší časový úsek u "mimopražských" pacientů	2	1			1		
mimořádně v den propuštění	2	1		1			
dva dny dopředu a více - nutnost náročné přípravy propuštění	1			1			
dva dny dopředu a více - nutnost sociální návaznosti	1					1	
potvrzení rozhodnutí v den propuštění při ranní vizitě	1						1
<b>celkem</b>	<b>13</b>						

Tabulka uvádí, v jakém předstihu se pacienti dozvídají o propuštění. Všech šest sester popisuje, že se jedná o dobu jeden den před odchodem. Delší časový úsek je volen u „mimopražských“ pacientů podle S1 a S4. S1 a S3 se domnívají, že informování v den propuštění se děje mimořádně. Při nutnosti sociální návaznosti se pacienti dozvídají podle S5 dva dny dopředu a více. O potvrzení rozhodnutí v den propuštění při ranní vizitě se zmiňuje S6.

**Tabulka 15 Místo podávání informací pacientům sestrami**

<b>Kde jsou informace pacientům podávány?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
na pokoji pacienta	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1
převazovna	<b>2</b>		1			1	
<b>celkem</b>	<b>8</b>						

Tabulka informuje o místě, kde jsou informace pacientům podávány. Všechny šest respondentek shodně uvádí, že se jedná o pokoj pacientů. S2 a S5 určují jako další místo předávání informací převazovnu.

**Tabulka 16 Nejčastější dotazy pacientů v souvislosti s propuštěním z pohledu sester**

<b>Do jaké oblasti pacienti směřují nejčastěji své dotazy v souvislosti s propuštěním?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
pohybový režim	3	1	1				1
dietní opatření	6	1	1	1	1	1	1
kontrola u lékaře	5	1	1	1		1	1
podávání farmak	3		1	1		1	
péče o operační ránu	4		1	1	1	1	
řízení motorového vozidla	1		1				
pohlavní život	1		1				
sport	1		1				
časový úsek domácího ošetřování	1						1
<b>celkem</b>	<b>25</b>						

Tabulka uvádí, jaké jsou podle respondentek nejčastější dotazy pacientů v souvislosti s propuštěním. Šest respondentek uvádí zájem o informace týkající se dietních opatření. S1, S2 a S6 udávají pohybový režim, S1, S2, S3, S5 a S6 zdůrazňují potřebu získat informace související s kontrolou u lékaře. O péči o operační ránu se zajímají pacienti podle S2, S3, S4 a S5. S2 doplňuje výčet ještě o informace - sportovní aktivity, pohlavní život a řízení motorového vozidla. O časový úsek domácího ošetřování se kromě jiného zajímají pacienti podle S6.

**Tabulka 17 Prováděné výkony sester v souvislosti s propuštěním pacienta**

<b>Jaké výkony v souvislosti s propuštěním vykonáváte?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
poskytování informací	2	1					1
ošetřování rány	6	1	1	1	1	1	1
administrativní činnost	6	1	1	1	1	1	1
edukace	4		1	1	1	1	
sociální zajištění	1			1			
odstranění identifikačního náramku	1				1		
zajištění pomůcek	1				1		
zajištění léků na další 3 dny	1				1		
odstranění kanyl	1					1	
odstranění katétrů	1					1	
podání analgetik před transportem při potřebě pacienta	1					1	
poučení pacienta	1						1
<b>celkem</b>	<b>26</b>						

Tabulka komentuje výkony sester prováděné před propuštěním pacienta. Všechny šest respondentek uvedlo, že provádějí administrativní činnost a ošetřování rány. S1 a S2 poskytují informace, S2, S3, S4 a S5 edukují. S3 se zmiňuje o sociálním zajištění pacientů a S4 přidává výkony - odstranění identifikačního náramku, zajištění pomůcek a léků na další 3 dny. S6 zakončuje výčet výkonů poučením pacienta.

**Tabulka 18 Plánování propuštění pacientů sestrami**

<b>Od kdy plánujete u pacienta propuštění?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
od oznámení data propuštění	<b>5</b>	1		1	1	1	1
od doby sběru ošetrovatelské anamnézy	<b>1</b>		1				
<b>celkem</b>	<b>6</b>						

Tabulka informuje o skutečnostech respondentek na dobu, od které začínají plánovat propuštění. Kromě S2, která určila začátek při sběru ošetrovatelské anamnézy, ostatních pět respondentek udává dobu, kdy je oznámeno datum propuštění.

**Tabulka 19 Čas věnovaný sestrami k přípravě podkladů při propuštění pacienta**

<b>Kolik času věnujete přípravě podkladů ?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
15 minut	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1
<b>celkem</b>	<b>6</b>						

Tabulka ukazuje, že šest respondentek shodně uvedlo, že přípravě podkladů věnují 15 minut.



**Tabulka 20 Čas věnovaný sestrami celému procesu propuštění pacienta**

<b>Kolik času věnujete celému procesu při propuštění?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
30 minut	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1
<b>celkem</b>	<b>6</b>						

Tabulka demonstruje shodnost šesti respondentek v udání časového údaje, který se týká celého procesu propuštění - sestry věnují tomuto procesu 30 minut.

**Tabulka 21 Postup sester při propuštění podle ošetřovatelského standardu**

<b>Postupujete při propuštění podle ošetřovatelského standardu?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
ano – postupuje dle standardu	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1
<b>celkem</b>	<b>6</b>						

Tabulka ukazuje shodu v odpovědi sester na postup propuštění – šest respondentek pracují v souladu s ošetřovatelským procesem.

**Tabulka 22 Pohled sester na proces propuštění**

<b>Jak vnímáte vy sama proces propuštění?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
vyhovující z ošetřovatelského hlediska	<b>6</b>	1	1	1	1	1	1
problém čekací doby na lékařskou propouštěcí zprávu	<b>2</b>	1			1		
návrh zlepšení - vytvoření edukační místnosti	<b>1</b>		1				
návrh zlepšení - omezení administrativní činnosti	<b>1</b>					1	
problém "tlaku" na lůžka	<b>1</b>						1
<b>celkem</b>	<b>11</b>						

Tabulka informuje o pohledu sester na proces propuštění. Všechny šest respondentek uvedlo, že je z ošetřovatelského hlediska vyhovující. S1 a S4 vidí problém v delší čekací době na lékařskou propouštěcí zprávu, S2 navrhuje zlepšení v podobě vytvoření edukační místnosti. S5 by zlepšila proces omezením administrativní činnosti. Problém „tlaku“ na lůžka uvádí S6.

**Tabulka 23 Zpětná kontrola podaných informací sestrou**

<b>Kontrolujete zpětně, zda podané informace byly pacientem dobře pochopeny?</b>	<b>Σ</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>
ano - opakování poskytnutých informací	3	1		1	1		
ano- zpětná vazba	3		1			1	1
ano - sledování mimiky pacienta	1		1				
ano - sledování reakcí pacienta	1		1				
podle stavu pacienta	1			1			
<b>celkem</b>	<b>9</b>						

Tabulka uvádí, zda a jakým způsobem respondentky kontrolují, zda byly poskytnuté informace pacientem dobře pochopeny. Všechny šest sester uvádí, že pochopení informací monitorují. S1, S3, S4 informace několikrát opakují. S2, S5 a S6 zjišťují stav na základě zpětné vazby. S2 sleduje mimiku a reakce pacienta. S3 doplňuje, že pochopení informací sleduje podle stavu pacienta.

## **5. DISKUZE**

Výzkum probíhal na chirurgické klinice Ústřední vojenské nemocnice od prosince 2008 do února 2009. Jako výzkumný soubor byli zvoleni pacienti po operačním odstranění žlučníku, kteří přišli sedmý den po výkonu na kontrolu do chirurgické ambulance. Pro přehlednost byli respondenti označeni zkratkami ( P – pacient, S – sestra). První skupinu tvořilo deset pacientů, z toho šest žen a čtyři muži (graf 2). Nejstarší respondentkou byla 71-letá žena, nejmladší respondentka uvedla věk 28 let (graf 1). Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardním chirurgickém oddělení, které běžně vykonávají proces propuštění pacienta. Jediným kritériem výběru byla ochota a čas. Soubor tvořilo šest sester. Jak vyplývá z analýzy odpovědí v grafu 3, respondentky S1,S2 a S6 shodně uvedly věk 24 let. Starší byla 34-letá S5, a 44-letá S3. Nejstarší dotazovanou sestrou byla jedenapadesátiletá S4. Na tento fakt pravděpodobně navazují údaje uvedené v grafu 4 o počtu let praxe. Nejkratší dobu uvádí S1 – čtyři roky praxe. Za ní se řadí shodně S2 a S6 s šestiletou praxí a S5 s patnáctiletou praxí v oboru. O nejdelší praxi informuje S3 s dvaceti pěti roky a S4 s třiceti roky ve zdravotnictví. S délkou praxe a věkem mohou souviset i odpovědi uvedené v tabulce 11 poukazující na nejvyšší dosažené vzdělání. Všech šest sester absolvovalo střední zdravotnickou školu. Podle tabulky 12 představuje Ústřední vojenská nemocnice pro S2 a S6 první zaměstnání. S1 využila praxi z předchozích pracovišť v jistotě jednání a znalostí nemocničního prostředí. S4 si do dalšího zaměstnání odnesla správný přístup k lidem, S5 využila vědomosti v edukaci a v praktických činnostech. Zlepšení praktických činností udává v souvislosti s předchozí praxí i S3.

Na výzkumnou otázku *Kolik sestry věnují času pacientovi před propuštěním?* odpovídalo všech šest sester - respondentek shodně. Jak ukazuje tabulka 19, přípravě podkladů se věnují přibližně patnáct minut. S tím souvisí i údaj v tabulce 20, kde pokračuje soulad v odpovědích šesti sester na celkovou dobu věnovanou celému procesu propuštění. Tato doba činí asi třicet minut. Při propuštění vykonávají sestry celou řadu aktivit, což dokazují odpovědi v tabulce 17. Všech šest dotazovaných uvádí,

že se zabývají administrativní činností a ošetřováním rány. S1 a S6 dále poskytují informace. Z dalších aktivit jmenuje S4 odstranění identifikačního náramku, zajištění pomůcek a léků na další tři dny. S5 k aktivitám přiřazuje odstranění kanyl a katétrů, sociální zajištění a podání analgetik při potřebě před transportem. Překvapivé informace byly získány na otázku týkající se začátku plánování propuštění u pacienta. Z výsledků tabulky 18 je zřejmé, že pět dotazovaných sester plánuje propuštění od oznámení data propuštění. Výjimku tvořila sestra S2, která propuštění plánuje již od sběru ošetřovatelské anamnézy. Tato skutečnost je zarážející, protože součástí dokumentace Ústřední vojenské dokumentace je rovněž Ošetřovatelské vyšetření (příloha 6), ve kterém se při příjmu, překladi z jiného oddělení či při změně stavu pacienta hodnotí ošetřovatelská anamnéza. Dokumentace obsahuje i rubriku Plánování propuštění. Zde sestra hodnotí, zda je pacient schopen vykonávat aktivity denního života, zda má onemocnění s dlouhodobými následky, je či není orientován v místě, čase a osobě. Dále se zaměřuje na hodnocení týkající se problémů s medikací, zda pacient vyžaduje následnou rehabilitaci, zda bydlí sám či je v péči jiné osoby.

Na základě analýzy výsledků můžeme odpovědět na první výzkumnou otázku hypotézou. *H1: Sestry věnují procesu propuštění pacienta do domácího ošetřování třicet minut.*

Výzkumná otázka č. 2: *Mají pacienti potřebné informace v souvislosti s propuštěním do domácího ošetřování?* Jak ukazuje tabulka 2 a 13, prvotní informace o propuštění získávají pacienti od lékaře. Na tomto faktu se shodlo všech deset dotazovaných pacientů a šest sester. P8 a S2 ještě přidávají, že později podané informace doplňuje sestra. V tabulce 4 a 14 se devět pacientů a šest sester shoduje na faktu, kdy je tato informace pacientovi předána - uvádějí termín den před propuštěním. Pouze P4 byl s touto situací obeznámen dva dny před odchodem do domácí péče. Sestry ve svých odpovědích tento fakt potvrzují. Podle S1 a S4 se delší časový úsek volí u „mimopražských“ pacientů. S3 dodává, že při nutnosti náročné přípravy propuštění či při potřebě sociální návaznosti se pacienti dozvídají o propuštění i více než dva dny předem. Propuštění v den oznámení je podle S1 a S3 označováno za mimořádnou situaci, která není v každodenním provozu běžná. Z výsledků dále vyplývá, že podle S6

bývá rozhodnutí o propuštění ošetřujícím lékařem potvrzeno ještě při ranní vizitě v den propuštění. V souvislosti s předáním informací je nutné zabývat se i otázkou podávání informací příbuzným. Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor tvořili ve většině soběstační pacienti po středně těžkém zákroku, nebylo nutné podávat informace jiným osobám. Výjimku tvořila P4, která vzhledem k nedoslýchavosti neměla dostatečnou jistotu (tabulka 5). Z hlubší analýzy rozhovoru vyplynulo, že byly předány informace jak pacientce, tak jejímu synovi, který o ní pečuje. Opačná situace nastala u P6, který učinil písemné prohlášení o zákazu podávání informací jiným osobám (tabulka 5). Toto prohlášení lze využít na základě novely zákona 20/1966 Sb., kdy pacient má právo vyslovit zákaz podávání informací o svém zdravotním stavu, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí, jak uvádí Podstatová a kol. (29).

Pro hlubší poznání problematiky je vhodné zabývat se rovněž otázkou informovanosti pacienta v souvislosti s výkonem povolání. Profesionální zaměření dotazovaných bylo podle tabulky 1 různorodé – truhlář, podnikatelka s uměleckým zaměřením, technický manažer, úřednice či obchodní zástupce. Respondenti P1, P4 a P8 jsou již ve starobním důchodu, přičemž v minulosti pracovali jako pokladní, masér a učitelka. P7 je nezaměstnaná, brigádně vypomáhá jako uklízečka. Nejmladší dotazovanou je P5 na mateřské dovolené, v minulosti vykonávala profesi učitelky. Odpovědi na otázku, zda respondenti potřebovali při propuštění nějaké informace v souvislosti s povoláním, byly rozmanité a měly vztah k současnému pracovnímu zařazení pacientů. Jak je patrné z tabulky 3, dotazy respondentů směřovali do oblasti fyzické námahy, doby návratu do zaměstnání, možnosti cestování či řízení automobilu. P2 a P9 si dotazy s touto problematikou ponechali až na dobu další kontroly. P3, P4 a P5 uvádějí, že se v souvislosti s povoláním nedotazovali, ale využili příležitosti, aby se zeptali na informace týkající se zálib, sportovních aktivit, domácnosti, hlídání vnoučat, péče o dítě. S podáváním informací úzce souvisí i dotaz směřovaný na sestry o zjišťování, zda podané informace pacienti správně pochopili. Jak vyplývá z tabulky 23, všech šest sester uvedlo, že monitorují, zda byly informace pacienty pochopeny. Dotazované sestry S1, S3, S4 informace několikrát opakují, S2, S5 a S6 zjišťují stav na základě zpětné vazby. S2 sleduje miminku a reakce pacienta. Zde se nemůžeme

ztotožnit s výsledky výzkumu Staňkové a Walter (33), které dospěly k závěru, že většina nemocných i jejich rodinných příslušníků zůstává poučena velmi málo, přestože většina z nich by informace ráda prospěšně využila.

Na základě analýzy odpovědí a jejich shrnutí odpovídáme na druhou výzkumnou otázku: *Pacienti mají informace související s propuštěním do domácího ošetřování, které využívají.*

Další výsledky se týkají výzkumné otázky č. 3 *Jaké překážky vnímají pacienti při předávání informací?* Výzkumné šetření, jak je patrné z tabulky 15, ukázalo, že informace jsou předávány podle všech šesti sester na pokoji pacientů. S2 a S5 uvádí, že v některých případech je volena převazovna. Informace se předávají, jak je zřejmé z tabulky 7, několika způsoby. Deset pacientů bylo seznámeno ústně, P3, P4, P6, P8 a P10 dostali leták o dietních opatřeních. Pacientům P4 a P9 byla poskytnuta ukázka péče o ránu. K doplnění dalších informací o dietě byla sestrou zajištěna konzultace s nutričním terapeutem v případě P4 a P8. Písemné shrnutí informací bylo poskytnuto P7. Ukázkou individuálního přístupu k pacientovi je skutečnost, ve které na žádost P10 sestra vydala obecné písemné informace ve formě letáku i o jiné chorobě. Všechny deset pacientů mělo podle tabulky 8 možnost ptát se na nesrozumitelné informace. Šest respondentů však další informace nepotřebovalo. P3 se ptala sestry na pohybový režim a lékaře na dotazy související s anatomií a fyziologií. Jedna otázka P4 směřovala i na péči o ránu a na podrobnější informace o dietním opatření. Pouze pacientka P7 nepochopila zcela výklad sestry a nechala si tak zopakovat všechny informace. Potěšující je fakt, že v tabulce 6 respondenti P1, P2, P3, P5, P6, P8, P9 a P10 jakékoliv překážky při předávání informací negují. Pouze P4 jako překážku udává svoji nedoslýchavost.

Jak vyplývá z předchozích výsledků, předávání informací je velmi důležitá součást procesu propuštění pacienta a proto se ztotožňujeme s názorem Haškovcové (11), která upozorňuje na podávání informací. Apeluje na zdravotníky, aby nepodceňovali význam informací, které se jim zdají být samozřejmé, ale pro pacienta jsou nové.

Výsledky šetření v rámci zjišťování informací na třetí výzkumnou otázku nás směřují k vytvoření hypotézy. *H2: Pacienti nevnímají překážky při předávání informací sestrami.*

Čtvrtá výzkumná otázka *Jaké informace pacienti postrádají po propuštění do domácího ošetřování?* přinesla potěšující informace. Jak popisuje Bártlová (1), pacient je mnohem informovanější, než byl v dřívějších dobách a nestojí o to být pasivním. Z výsledků tabulky 9 je zřejmé, že pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 a P8 byli s poskytnutými informacemi spokojeni a žádné další v domácí péči nepotřebovali. Dotazovaný P2 uvedl, že informací bylo tolik, že je všechny ani nevyužil. Pacientka P9 nevěděla, zda může navštívit v pooperačním období plavecký bazén a zda chlorovaná voda nebude mít škodlivé účinky na operační ránu. P10 netušil, zda může vyhovět přání manželky a účastnit se v pooperačním období podnikového plesu. Úzké propojení s problematikou postrádání informací v domácím ošetřování mají odpovědi v tabulce 3 vyjadřující potřebu informovanosti v souvislosti s výkonem povolání či volnočasovými aktivitami u pacientů. Z výsledků vyplývá, že oslovení pacienti P1, P3, P4, P5, P6 se v tomto ohledu dopředu aktivně informovali a tedy další informace v domácím ošetřování nepotřebovali. P2 si dotazy na povolání a záliby ponechal na další kontrolu a v domácím prostředí informace nepostrádal. Oproti tomu P9, která si otázky ponechala rovněž na další kontrolu, měla problémy v domácím prostředí se zodpovězením specifických otázek týkajících se volnočasových aktivit – návštěvy plaveckého bazénu a účinků chlorované vody na operační ránu.

Čtvrtá výzkumná otázka vede k vytvoření odpovědi: *Po propuštění do domácího ošetřování pacienti nevyžadují obecné informace, avšak vyžadují specifické informace v souvislosti s volnočasovými aktivitami.*

Poslední pátá výzkumná otázka zjišťovala, *jaké dotazy sestry pacientům nejčastěji zodpovídají?* Všech šest sester v tabulce 16 uvedlo, že informují o dietních opatřeních. S1, S2, S3, S5 a S6 odpovídají na dotazy o další kontrole u lékaře. S2, S3, S4, S5 odpovídají na otázky o péči o operační ránu, S2, S3 a S5 o podávání farmak. Sestry S1, S2, S6 informují o pohybovém režimu. S2 se setkává s otázkami směřujícími na možnost řízení motorového vozidla, na provozování sportovních aktivit či s dotazy



směřující do oblasti pohlavního života. S6 přidává ještě dotazy pacientů týkající se časového úseku domácího ošetřování. Zajímavé je porovnání těchto informací s daty uvedenými v již zmiňované tabulce 3. Zde P1 potvrzuje odpovědi sester S1, S2 a S6, kdy se před propuštěním zajímal o otázku fyzické námahy. Rovněž P10 se informoval o možnosti řízení automobilu a doložil tak slova S2, která tuto oblast uvedla za jednu z častých dotazů pacientů před propuštěním.

Sestra, která před propuštěním podává pacientovi potřebné informace, plní roli edukátorky. Jak uvádí Venglářová a Mahrová (42), jedná se o nesmírně důležitou součást pracovních povinností sester.

Z analýzy výsledků odpovědí sester můžeme formulovat odpověď na pátou výzkumnou otázku: *Sestry zodpovídají pacientům před propuštěním dotazy týkající se pohybového režimu, dietních opatření, dalších kontrol u lékaře, podávání farmak, péče o ránu, řízení motorového vozidla, pohlavního života, sportu a časového úseku domácího ošetřování.*

Pro zhodnocení kvalitní ošetrovatelské péče byli pacienti při výzkumném šetření dotazováni, zda by v souvislosti s propuštěním ošetrovatelskou péčí změnili. Odpovědi v tabulce 10 jsou více než potěšující – všech deset respondentů bylo s poskytnutou péčí sester spokojeno, nic by neměnili. Někteří z dotazovaných se dokonce vyjadřovali velmi pochvalně. Pouze pacienti P3 a P5 učinili drobnou výtku týkající se delší čekací doby na lékařskou zprávu. Rovněž z pohledu dotazovaných sester je proces propuštění nastaven optimálně, jak ukazuje tabulka 22. S1 a S4 také upozorňují na problém čekací doby na lékařskou propouštěcí zprávu a S6 se zmiňuje o občasném „tlaku“ na lůžka v souvislosti s příjmem nových akutních či plánovaných pacientů a pozdržením odchodu plánovaných pacientů. Personál i pacienti tak mohou být ve zbytečné tenzi. Dotazovaná S2 navrhuje v systému zlepšení v podobě vytvoření vlastní edukační místnosti a S5 v omezení administrativní činnosti ve prospěch kontaktu s pacientem. Uspokojující je i odpověď šesti sester na otázku, zda celý proces propuštění probíhá podle ošetrovatelského standardu (příloha 8). Respondentky odpověděly kladně. Zde je zcela na místě souhlasit s názorem (4), že ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, protože jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má

být poskytnuta. Není-li standard dodržen, péče se stává rizikovou, protože ohrožuje zdravotní stav pacienta.

## 6.ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda ošetrovatelská péče o pacienty, kteří jsou propuštěni do domácí péče, je optimální a vyhovuje jak pacientům, tak sestřám.

V této práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký je časový plán sester, který věnují pacientovi před propuštěním. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají pacienti potřebné informace v souvislosti s propuštěním. Třetím cílem bylo zjistit, jaké informace postrádají pacienti po propuštění do domácího ošetřování. Čtvrtým cílem bylo zjistit, na jaké dotazy pacientů sestry nejčastěji odpovídají. Cíle práce byly splněny.

K dosažení cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek. 1. Kolik sestry věnují času pacientovi před propuštěním? 2. Mají pacienti potřebné informace v souvislosti s propuštěním do domácího ošetřování? 3. Jaké překážky vnímají pacienti při předávání informací? 4. Jaké informace pacienti postrádají po propuštění do domácího ošetřování? 5. Jaké dotazy sestry pacientům nejčastěji zodpovídají?

Z analýzy odpovědí výsledků jsme formulovali tři odpovědi a dvě hypotézy. Hypotéza 1: Sestry věnují procesu propuštění pacienta do domácího ošetřování třicet minut. Odpověď 1: Pacienti mají informace v souvislosti s propuštěním do domácího ošetřování, které využívají. Hypotéza 2: Pacienti nevnímají překážky při předávání informací sestrami. Odpověď 2: Po propuštění do domácího ošetřování pacienti nevyžadují obecné informace, avšak vyžadují specifické informace v souvislosti s volnočasovými aktivitami. Odpověď 3: Sestry zodpovídají pacientům před propuštěním dotazy týkající se pohybového režimu, dietních opatření, dalších kontrol u lékaře, podávání farmak, péče o ránu, řízení motorového vozidla, pohlavního života, sportu a časového úseku domácího ošetřování.

V současné době se zdravotnictví potýká s nedostatkem sester. Výsledky výzkumu ukazují, že i přes tento celorepublikový problém je na chirurgické klinice Ústřední vojenské nemocnice poskytována kvalitní ošetrovatelská péče vycházející z potřeb pacientů. Tyto výsledky budou poskytnuty managementu chirurgické kliniky. Kroky, které by mohly vést ke zlepšení, vidíme ve vytvoření informačního letáku či

brožurky se základními informacemi pro pacienty před propuštěním do domácího ošetřování.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vzdělávání a profesionalizace sester v ČR (Srovnání s ostatními státy EU)*. Florence. Praha: 2006, roč. II, č. 1, s. 53 – 55. ISSN 1801-464X.
3. BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Sociální komunikace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 79 s. ISBN 80-244-1357-4.
4. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 47 s. Nemá ISBN.
5. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 49 s. Nemá ISBN.
6. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 66 s. Nemá ISBN.
7. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. FARKAŠOVÁ, D. A KOL. *Ošetrovatel'stvo – teória*.1. slov. vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
9. FARKAŠOVÁ, D., TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatel'ství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
10. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatel'ství*.1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. Nemá ISBN.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 9: Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 57 s. Nemá ISBN.

13. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
14. JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
15. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetřovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy. Část 1., vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 2. vyd. Uherské hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 226 s. Nemá ISBN.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. A KOL. *Ošetřovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy. Část 2., chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 234 s. nemá ISBN.
17. KAPR, J. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
18. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
20. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
21. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 164 s. ISBN 80-8063-160-3.
22. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. 235 s. nemá ISBN.
24. KUBICOVÁ, L. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2005. 151 s. ISBN 80-8063-176-X.

25. LEMON 1: Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Ošetrovatelský proces : klinická ošetrovatelská praxe : glosář. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1997.178 s. ISBN 80-7013-234-5.
26. MAREČKOVÁ, J. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
27. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetrovatelství I. díl – Systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
28. PACOVSKÝ, V. Vnitřní lékařství. 1. vyd. Martin: Osveta, 1993. 343 s. ISBN 80-217-0558-2.
29. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení. 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
30. REIBNITZ, von Christine. Přejít pacientů z nemocniční do ambulantní péče. Přel. Štrajtová Alena. Florence. Praha: 2008, roč. IV, č. 2, s. 51. ISSN 1801-464X.
31. SALVAGE, J. Ošetrovatelství v akci. WHO, 1993. 119 s. ISBN 92-890-1312-5.
32. STAŇKOVÁ, M. České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. Nemá ISBN.
33. STAŇKOVÁ, Marta, WALTER, Ilse Marie. Návaznost nemocniční a ponemocniční péče při ošetrování starších osob. Ošetrovatelství. Praha: 2000, roč. 2, č. 1/2, s. 14-19. ISSN 1212-723X.
34. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. Interní ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
35. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
36. ŠIMEK, Jiří, CHLUMECKÁ, J., KOLÍNOVÁ, M. Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice. Praktický lékař. Praha: 2003, roč. 83, č. 6, s. 334-335. ISSN 0032-6739.

37. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
38. VALENTA, J. A KOL. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
39. VALENOVÁ, Iveta. Lístek domů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 14. ISSN 1210-0404.
40. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 127 s. Nemá ISBN.
41. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: UK Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
43. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
44. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I. pro 1. ročník SZŠ*. Dotisk 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994. 72 s. ISBN 80-7168-151-2.
45. VYHNÁNEK, F. A KOL. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.



## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Propuštění

Ošetrovatelská péče

Pacient

Sestra

Komunikace

## **9. PŘÍLOHY**

### **9.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – Výzkumné otázky pro pacienty propuštěné z chirurgické kliniky ÚVN

Příloha 2 – Výzkumné otázky pro sestry pracující na standardním oddělení ÚVN

Příloha 3 – Souhlas vrchní sestry chirurgické kliniky ÚVN s výzkumným šetřením v rámci bakalářské práce

Příloha 4 – Souhlas náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese ÚVN s uveřejněním ošetrovatelské dokumentace ÚVN v bakalářské práci

Příloha 5 – Dokumentace ÚVN - Ošetrovatelská překladová zpráva

Příloha 6 – Dokumentace ÚVN – Ošetrovatelské vyšetření (přední strana)

Příloha 7 - Dokumentace ÚVN – Edukační list (zadní strana)

Příloha 8 – Všeobecný standard ošetrovatelské péče ÚVN – Příjem, překlad a propuštění pacienta

**Příloha 1 – Výzkumné otázky pro pacienty propuštěné z chirurgického kliniky  
ÚVN**

1. Kolik je Vám let?
2. Kdo Vám sdělil, že budete propuštěn?
3. Potřeboval/a jste nějaké informace při propuštění v souvislosti s výkonem vašeho povolání či zálibami?
4. Kdy Vám bylo sděleno, že budete propuštěný/á ?
5. Byly informace předány i příbuzným (v případě potřeby či zájmu)?
6. Vnímali/a jste nějaké překážky při předávání informací?
7. Jakým způsobem byly informace sděleny ?
8. Měl/a jste možnost zeptat se na informace, kterým jste nerozuměl/a?
9. Můžete zpětně říci, zda jste postrádal/a konkrétní informace po propuštění do domácího ošetřování?
10. Co byste ze svého pohledu změnil/a v souvislosti s ošetřovatelskou péčí před propuštěním?

## **Příloha 2 – Výzkumné otázky pro sestry pracující na standardním oddělení ÚVN**

1. Jaký je Váš věk?
2. Kolik máte let praxe?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Využíváte zkušenosti z praxe z předchozích pracovišť?
5. Kdo oznamuje pacientovi informace, že bude propuštěn?
6. V jakém časovém předstihu se pacient o propuštění dozvídají?
7. Kde jsou informace pacientovi podávány?
8. Do jaké oblasti směřují pacienti nejčastěji své dotazy v souvislosti s propuštěním?
9. Jaké výkony v souvislosti s propuštěním vykonáváte?
10. Od kdy plánujete u pacienta propuštění?
11. Kolik času věnujete přípravě podkladů a samotnému procesu propuštění?
12. Postupujete při propuštění podle ošetrovatelského standardu?
13. Jak vnímáte vy sama proces propuštění?
14. Kontrolujete zpětně, zda podané informace byly pacientem dobře pochopeny?

**Příloha 3 – Souhlas vrchní sestry chirurgické kliniky ÚVN s výzkumným šetřením v rámci bakalářské práce**

V Praze 6. 11. 2008

Adresát:

Vrchní sestra Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha  
Lucie Kubátová  
U Vojenské nemocnice 1200  
Praha 6  
169 02

Věc: Žádost o možnost uskutečnění šetření v rámci bakalářské práce

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o možnost provádět na vaší chirurgické klinice šetření v rámci bakalářské práce Propuštění pacienta a ošetrovatelská péče. Šetření bude probíhat formou rozhovorů s šesti sestrami standardního oddělení a deseti pacienty propuštěných do domácí péče z chirurgické kliniky v průběhu měsíce prosince 2008 až března 2009.

Děkuji předem za kladné vyřízení žádosti.



S přátelským pozdravem Milena Špůrová

6. 11. 2008 Souhlasím  Kubátová L.

06	Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha
051	U vojenské nemocnice 1200, Praha 6
951	chirurgický JIP 1
311	tel.: 973 202 894, fax: 973 202 898

**Příloha 4 – Souhlas náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese ÚVN  
s uveřejněním ošetrovatelské dokumentace ÚVN v bakalářské práci**

V Praze 15.12.2008

Adresát:

Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese  
Mgr. Lenka Gutová, MBA  
U Vojenské nemocnice 1200  
Praha 6  
Česká republika  
169 02

Věc: Žádost o svolení použití ošetrovatelské dokumentace ÚVN v bakalářské práci

Vážená paní magistro,

Dovoluji si Vás požádat o souhlas použít ošetrovatelskou dokumentaci nemocnice ve své bakalářské práci Propuštění pacienta a ošetrovatelská péče.

Děkuji předem za kladné vyřízení žádosti.


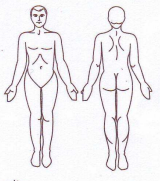
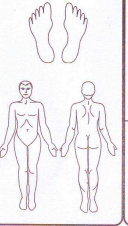
S přátelským pozdravem Milena Špůrová

Kontakt:


Milena Špůrová  
Chirurgie – JIP 1  
Tel. 202894

*Souhlasem*  
*Jan*  
*14.12.08*

## Příloha 5 – Dokumentace ÚVN - Ošetrovatelská překládová zpráva

Příjmení:		<b>Ošetrovatelská překládová zpráva</b>		 <b>ÚVN</b> ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA			
Jméno:		Oddělení:		Diagnóza:			
R.č.:		Alergie: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Alergen:			
Datum:		TK: / P: TT: D:		SaO <sub>2</sub> : CVP:			
čas překládu:		Fyziologické funkce:		Bilance tekutin/za předchozí den/:			
Dnes odebráno:		Dnes objednáno:					
<b>Stav vědomí</b> <b>vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat <b>Psychický stav:</b> <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> zmatený <b>Dýchání</b> potíže <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké:  <input type="checkbox"/> kuřák <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanoza <b>Kašel</b> <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expektorací <b>Spánek</b> narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>Bolest</b> bolest: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne lokalizace:  intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Soběstačnost/pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> polohován <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/> rehabilitace		<b>Výživa</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný enterální <input type="checkbox"/> enterální sonda zavedena dne: <input type="checkbox"/> parenterální kanyla zavedena dne: <input type="checkbox"/> diabetik defekt nohou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Dieta č.:  <b>Edukace</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne téma:  Rizika <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká:		<b>Vyprazdňování:</b> problém s močením: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné  problém se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne poslední stolice dne:..... <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	
<b>Kůže</b> změny na kůži <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné defekty <input type="checkbox"/> dekubity stupeň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost – nekroza 		<b>Kůže</b> <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> zevní fixátory <input type="checkbox"/> jiné Datum převazu: Materiál:		<b>Významný handicap</b> <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy s chůzí <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> cizinec  <b>Katétrý, drény</b> <input type="checkbox"/> periferní žilní katetr dat.zav.:..... dat.oš.:..... <input type="checkbox"/> centrální žilní katetr dat.zav.:..... dat.oš.:..... <input type="checkbox"/> arteriální katetr dat.zav.:..... dat.oš.:..... <input type="checkbox"/> epidurální katetr dat.zav.:..... dat.oš.:..... <input type="checkbox"/> močový katetr dat.zav.:..... dat.oš.:.....		<b>Pomůcky</b> <input type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> berle / hůl <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> jiné:	
Terapie: aplikovaná od 6.00, u časových léků (ABT, inzulin) čas poslední aplikace		Čas		Medikace			
				Způsob podání			
				Podpis sestry			
Osobní věci pacienta (cennosti vypsát, ostatní předat s Dokladem o úschově)		Cennosti:		Sepsal/a:			
Zvláštní upozornění:				Svědék			
Předala/a sestra:		Převzal/a sestra:					

# Příloha 6 – Dokumentace ÚVN – Ošetřovatelské vyšetření (přední strana)



**ÚVN**  
ÚSTŘEDNÍ VOLENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

## Ošetřovatelské vyšetření

vstupní     během hospitalizace     při překladiu

---

Příjmení: .....

Jméno: .....

R.č.: .....

**Příjem**

Datum: .....

Opakované přijetí:  ano  ne

Rodina informována:  ano  ne

**Fyziologické hodnoty při přijetí**

TK: ..... P: ..... TT: ..... D: .....

Hypertenze v anamnéze:  ano  ne

**Vědomí**

při vědomí     bez omezení

porucha vědomí     ztlžený

bezvědomí     nelze navázat

GCS: .....

**Alergie**

ano  ne

Alergen: .....

**Bolest**

ano  ne

Lokalizace: .....

Intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Výživa**

Váha / výška: ...../..... BMI

soběstačný

nesoběstačný

parenterální

kanyla zavedena dne: .....

enterální

sonda zavedena dne: .....

obezta / BMI 30 a vyšší:  ano  ne

informuj lékaře a volej NT

kontakt NT:  ano  ne

diabetik: defekt nohou  ano  ne

**Vyprazdňování**

Problémy s močením:  ano  ne

pálení     rezání

retence     inkontinence

moč.kateitr zaveden dne: .....

Problémy se stolicí:  ano  ne

pravidelná     nepravidelná

zácpa     průjem

inkontinence

**Kůže**

změny na kůži  ano  ne

otoky

dekubity

jiné

**Rizika**

riziko pádu

riziko dekubitů    N skóre: .....

riziko ICHS

riziko SDN

**Schopnost edukace**

nemocný  ano  ne

rodina  ano  ne

**Potřeba edukace**

ano  ne

téma/viz edukační záznam/.....

**Potřeba duchovních služeb:**

ano  ne

**Plánování propuštění**

není schopen vykonávat aktivity denního života a se péči

omezení s dlouhodobými následky

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medikací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

je v péči

**Kontakt se sociálním pracovníkem**

ano  ne

Podpis a razítko sestry: .....

Datum: .....

Čas: .....

Podpis a razítko lékaře: .....

---

Oddělení: .....

**Alergie**

ano  ne

Alergen: .....

**Bolest**

ano  ne

Lokalizace: .....

Intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Soběstačnost/pohyblivost**

**Hodnocení stupně závislosti**

0-40 vysoce závislý

45-60 závislost středního stupně

65-95 lehká závislost

96-100 nezávislý

**Významný handicap**

problémy se zrakem  brýle, čočky

problémy se sluchem  naslouchátko

problémy s řečí  protéza

cizinec  jině: .....

horní

dolní

naslouchátko

berle/řítul

vozík

**Kůže**

změny na kůži  ano  ne

otoky

dekubity

jiné

**stupně:**

1. zčervenání

2. tvorbě puchýřů

3. hluboké poškození kůže a tkáně

4. dekubitus na kost

skóre méně než 25 postupuj dle metodického návodů 102004

**Psychický stav**

spolupracuje

klidný

orientovaný

nespolupracuje

rozrušený

zmatený

Provedl posouzení aktuálního psychického stavu (viz str.2)

**Dýchání**

Potíže:  ano  ne     ÚPV

Kuřák:  ano  ne

dušnost: .....

křídlová

cyanoza

námahová

**Kašel**

noční

dráždivý

s expektorací

**Spánek**

Narušený:  ano  ne

ÚPV - umělá plicní ventilace, BMI - body mass index, DM - diabetes mellitus, TK - tlak krve, P - puls, TT - tělesná teplota, NT - nutriční terapeut, GCS - Glasgow Coma Scale, SDN - Syndrom diabetické nohy





**Příloha 8 – Všeobecný standard ošetrovatelské péče ÚVN – Příjem, překlád a propuštění pacienta**



**VŠEOBECNÝ  
STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**PŘÍJEM, PŘEKLAD A PROPUŠTĚNÍ PACIENTA**

**A1**

<b>Druh standardu:</b>	A – Základní péče
<b>Cíl standardu:</b>	Zajistit příjem nemocného k hospitalizaci, překlád na jiné oddělení a propuštění ze zdravotnického zařízení za podmínek co nejmenší psychické traumatizace a časového prodlení.
<b>Závazný pro:</b>	Všeobecné sestry, sestry pro intenzivní péči, zdravotnické záchranáře dle vyhlášky 424 / 2004
<b>Za zpracování, aktualizace a revize odpovídá:</b>	Skupina kvality ošetrovatelské péče
<b>Autor:</b>	R. Pšenicová
<b>Odborný garant:</b>	Bc. L. Gutová, MBA
<b>Hlavní sestra ÚVN:</b>	Bc. L. Gutová, MBA
<b>Počet listů/přílohy:</b>	5/1
<b>Platnost od:</b>	15.9.2004

<b>Revize:</b>	1x za 2 roky
<b>Záznam o provedených revizích:</b>	06/07
<b>Aktualizace:</b>	mimo pravidelné revize
<b>Záznam o provedených aktualizacích:</b>	

### Kritéria struktury (S)

1. **Prostředí** – zdravotnické zařízení
2. **Pomůcky** - Práva pacientů a Domácí řád odd., ošetrovatelské pomůcky, vybavení lůžka, signalizační zařízení
3. **Zdravotnická dokumentace** – a) lékařská část – medikační list  
b) ošetrovatelská část – ošetrovatelská dokumentace

### Kritéria procesu (P)

#### Příjem pacienta :

1. Pacient přichází nebo je přivezen ošetrovatelským personálem na lůžkové oddělení cestou emergency (akutní příjem) nebo některé ambulance, kde bylo přijetí předem domluveno na určitý den (plánovaný příjem)
2. Na oddělení si pacienta převezme sestra, představí se mu, seznámí jej s prostředím, ostatními nemocnými na pokoji a určí mu lůžko
3. Sestra seznámí nemocného s Právy pacientů a Domácím řádem oddělení
4. U částečně mobilních a imobilních pacientů zajistí kompletní ošetrovatelskou péči (hygiena, převlečení, uložení na lůžko)
5. Všem přijímaným pacientům zajistí uložení osobních věcí do stolečku a seznam cenností odevzdaných do úschovy (trezor)
6. S ohledem na zdravotní stav připraví k lůžku potřebné pomůcky (hrazdičku, lékovku, přístroj, skleničku, močovou láhev, křeslo, jídelní stůlek, signalizační zařízení, postranice...)
7. Dle ordinace lékaře sestra objedná stravu
8. Sestra pacientovi zakládá ošetrovatelskou dokumentaci, zpracuje společně s pacientem Ošetrovatelské vyšetření a Plán ošetrovatelské péče do 24h., postupuje dle SR 3/2004
9. Pacient obdrží identifikační náramek dle SR 1/2005

#### Překlad pacienta :

1. O překladu a jeho důvodu informuje pacienta lékař
2. Sestra zpracuje Ošetrovatelskou překladovou zprávu, včetně soupisu uložených cenností a finanční hotovosti
3. Sestra zajistí u pacienta, který je v bezvědomí nebo dezorientovaný, soupis (Doklad o úschově osobních věcí s podpisem sestry a svědka) a předání jeho osobních věcí
4. Sestra osobně překládá pacienta sestře příslušného oddělení ÚVN s veškerou dokumentací dle MN 20/2004
5. Pacientovi je ponechán identifikační náramek, ten vymění sestra na oddělení, kam je nemocný překládán; v případě překladu mimo ÚVN se náramek odstraní dle SR 1/2005

6. Při překladu pacienta na ARO nebo ICU realizuje sestra předání sepsaných věcí po telefonické domluvě se staniční sestrou ARO a ICU

#### **Propuštění pacienta :**

1. Pacienta o propuštění včas informujeme (den a hodina); není-li pacient plně soběstačný, musí být o propuštění předem informována i jeho rodina
2. Sestra edukuje pacienta (popř. rodinu) o vhodné životosprávě, vysvětlí dietu (respektuje doporučení nutričního terapeuta), užívání léků; zároveň se ujistí, zda poučení nemocný, popř. rodinný příslušník správně porozuměl
3. V případě, že je u nemocného identifikována potřeba zdravotně-sociální péče, zajistí vrchní - staniční a primární sestra tento druh péče (vč. informací) ve spolupráci se sociální pracovníci
4. Sestra vyplní v ošetrovatelské dokumentaci záznam o propuštění, který podepíše společně s propouštěným pacientem
5. Sestra zajistí vydání všech uložených věcí z trezoru – vždy proti podpisu
6. Je-li nutný odvoz sanitním vozem, připraví pacienta k odvozu a předá jej řidiči s potřebnými instrukcemi (převoz vsedě, vleže...), do ošetrovatelské dokumentace zapíše čas odjezdu
7. Sestra předává propouštěnému pacientovi připravenou lékařskou propouštěcí zprávu, (popř. potvrzení o pracovní neschopnosti)
8. Sestra odstraní identifikační náramek dle SŘ 1/2005
9. Léky vydává pacientovi sestra při propuštění v souladu se SŘ 5/2004

#### **Zvláštní doporučení :**

1. Akutní stav – zajištění životních funkcí, rychlé a přesné splnění ordinací lékaře má přednost před administrativními činnostmi příjmu
2. První kontakt se zdravotnickým zařízením je pro pacienta nejdůležitější
3. Dodržovat zásady intimity
4. Dbát na edukaci pacienta
5. Sestra má k dispozici :

Směrnici ředitele č. 3/2004	Zásady vedení zdravotnické dokumentace v ÚVN
Směrnici ředitele č. 1/2005	Identifikace pacientů ÚVN
Směrnice ředitele č. 5/2004	Skladování, předepisování a podávání léčiv v ÚVN
Metodický návod č. 20/2004	Nakládání se zdravotnickou dokumentací při překladu pacienta v ÚVN

#### Kritéria výsledku (V)

1. Pacient je správně přijat, přeložen a propuštěn ve správný čas s požadovanou dokumentací
2. Pacient je edukován o svých právech, užití pomůcek a plánovaných změnách
3. Zdravotnická dokumentaci je správně vedena
4. Sestra postupuje dle platných ošetrovatelských standardů, směrnic a metodických návodů ÚVN

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S 1	Má sestra vytvořené podmínky pro správný příjem, překládání a propuštění pacienta?	Kontrola prostředí		
S 2	Má sestra k dispozici potřebné pomůcky ?	Kontrola pomůcek		
S 3	Má sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?	Kontrola dokumentace		
P 1	Zná sestra jak přijímat, překládat a propouštět pacienty ?	Otázka pro sestru		
P 2	Dodržela sestra správný postup při přijetí, překládání a propuštění pacienta ?	Pozorování během výkonu, kontrola dokumentace		
P 3	Ověřila si sestra totožnost pacienta?	Pozorování během výkonu, otázka pro sestru		
P 4	Poskytla sestra pacientovi informace potřebné při hospitalizaci ?	Otázka pro pacienta, pozorování při výkonu		
P 5	Přeložila sestra pacienta správně a s kompletní dokumentací?	Kontrola dokumentace		
P 6	Byl pacient správně informován o překládání nebo propuštění?	Dotazem na pacienta		
P 7	Odstranila sestra správně identifikační náramek při překládání pacienta do jiného zařízení nebo při propuštění?	Dotazem na sestru		
V 1	Byl pacient správně přijat, přeložen nebo propuštěn?	Kontrola dokumentace, otázka pro pacienta, otázka pro sestru		
V 2	Má pacient dostatečné informace o nemocničním oddělení a právech pacientů?	Otázka pro pacienta		
	Ví pacient, kdo o něj pečuje, je dostatečně informován o dalším vyšetřovacím a léčebném plánu?			
V 3	Obsahuje zdravotnická dokumentace pacienta všechny potřebné údaje?	Kontrola zdravotnické dokumentace		