

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Žofie Beranová

**Předání směny na odborné praxi v oboru Všeobecné
ošetřovatelství**

*Shift Handover for Professional Practice in the Field of
General Nursing*

Bakalářská práce

Praha, květen 2025

Autor práce: Žofie Beranová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 21. května 2025

Žofie Beranová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. M. Zvoníčkové za cenné rady, vedení a nekonečnou podporu od úplného počátku psaní bakalářské práce i během studia.

Obsah

Seznam zkratk.....	5
Úvod.....	9
1 Teoretická část.....	10
1.1 Kontinuita péče.....	10
1.1.1 Význam kontinuity péče.....	10
1.1.2 Kontinuita péče a bezpečnost pacientů.....	10
1.1.3 Rizika narušení kontinuity péče.....	11
1.1.4 Podmínky úspěšného zajištění kontinuity péče.....	11
1.2 Směnnost provozu.....	11
1.2.1 Organizace směnného provozu.....	12
1.2.2 Výhody a nevýhody dvanáctihodinových směn.....	12
1.2.3 Noční směny a jejich dopad.....	13
1.2.4 Význam odpočinku mezi směny.....	13
1.3 Předání směny.....	14
1.3.1 Význam předání směny.....	15
1.3.2 Faktory ovlivňující kvalitu předání směny.....	15
1.3.3 Styly předávání směny.....	16
1.3.3.1 Verbální (ústní) předávání směny.....	16
1.3.3.2 Písemné předávání směny.....	18
1.3.4 Nástroje pro předávání směny.....	19
1.3.4.1 Struktura ISBAR.....	19
1.3.4.3 Struktura CARE.....	21
1.4 Tradiční biomedicínský model.....	22
1.4.1 Charakteristika tradičního biomedicínského modelu.....	23
1.4.2 Vliv biomedicínského modelu na předávání směny.....	23
1.5 Resortní bezpečnostní cíle – zaměření na bezpečné předávání pacientů.....	24
1.5.1 Význam RBC č. 7 – Bezpečné předávání pacientů.....	24
1.5.2 Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb v rámci RBC č. 7.....	25
1.5.3 Schéma: Bezpečné předávání pacientů podle RBC č. 7.....	25
2 Empirická část.....	27
2.1 Klíčové informace při sesterském předání směny.....	28
2.3 Metodologie.....	30
2.3.1 Cíl výzkumu.....	30
2.3.2 Výzkumná strategie.....	31
2.3.3 Popis výzkumného vzorku.....	31
2.3.4 Metody sběru dat.....	31
2.3.5 Etické aspekty výzkumu.....	32
2.3.6 Omezení výzkumu.....	32

2.4 Realizace akčního výzkumu.....	33
2.4.1 První návrh formuláře.....	33
2.4.2 Druhý návrh formuláře.....	35
2.4.3 Třetí návrh formuláře.....	38
2.4.4 Alternativní návrh studentky.....	41
2.4.5 Návrh umělé inteligence.....	43
2.4.6 Konečný návrh formuláře.....	48
2.5 Schéma toku informací při předávání pacienta.....	51
2.6 Diskuze.....	52
Souhrn.....	54
Závěr.....	55
Seznam použité literatury.....	56
Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	62

Seznam zkratek

ADL	Activities of daily living (Aktivity běžného denního života)
CAVE	Upozornění
CARE	Connect, Ask, Respond, Empathise
CŽK	Centrální žilní katétr
Dg.	Diagnóza
gly	Glykémie
CHCE	Cholecystektomie
ISBAR	Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation
NGS	Nasogastrická sonda
NJS	Nasojejunální sonda
NPO	Nic per os
OP	Ošetrovatelské postupy
OPS	Odborná praxe v semestru
P	Puls
p. o.	Per os
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PICC	Peripherally Inserted Central Catheter (Periferně zavedený centrální katétr)
PŽK	Periferní žilní katétr
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation

SOP	Standardní ošetrovatelský postup
SpO ₂	Saturace periferní krve kyslíkem
stp.	Status post (Stav po)
TK	Tlak krve
TT	Tělesná teplota
ÚVN-VFN	Ústřední vojenská nemocnice - Všeobecná fakultní nemocnice
VIP skóre	Visual Infusion Phlebitis skóre

Úvod

Praktická výuka, kterou jsem absolvovala spolu se svými kolegyněmi na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN-VFN Praha na lůžkovém Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, mě přivedla k hlubšímu zamyšlení nad procesem předávání směn. Během ranního hlášení jsem opakovaně vnímala, že předávání mezi sestrami je pro studenty velmi rychlé, což znesnadňovalo zaznamenání všech klíčových údajů o pacientech. Poznámky studentů byly často nepřehledné a postrádaly důležité informace, jež jsou nezbytné pro zajištění kvalitní péče.

Na základě této zkušenosti jsem se rozhodla zaměřit se na vytvoření podpůrného nástroje - jednoduchého formuláře, který by studentům usnadnil sběr a organizaci informací o pacientech. Mým cílem bylo, aby formulář obsahoval základní položky, jako jsou invazivní vstupy, úroveň soběstačnosti v každodenních činnostech (ADL) či plánovaná vyšetření. Formulář by byl připraven tak, aby se jednotlivé položky pouze zaškrtovaly, případně vpisovaly do jednotlivých polí. Tento nástroj by mohl přispět k lepší kontinuitě péče a mohl by být nabídnut nejen studentům, ale i sestrám, které by měly zájem jej využívat. Myslím si, že by formulář mohl studentovi pomoci utvořit celistvost informací o daných pacientech a jejich potřebách a sestrám by mohl usnadnit zápis do zdravotnické ošetrovatelské dokumentace, jelikož by měly všechny informace přehledně na jednom místě.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretická část se věnuje problematice předávání směn v ošetrovatelské praxi s důrazem na kontinuitu péče, styly předávání informací, směnný provoz a související bezpečnostní opatření. Praktická část je zaměřena na tvorbu a ověření formuláře prostřednictvím akčního výzkumu.

1 Teoretická část

1.1 Kontinuita péče

1.1.1 Význam kontinuity péče

Hospitalizace pacienta v nemocnici je spojena s potřebou nepřetržité odborné péče a pravidelného monitorování zdravotního stavu. Na poskytování této nepřetržité péče se podílí multidisciplinární tým zdravotníků, zahrnující lékaře, sestry, sanitáře a další, kteří pracují ve směnném provozu. Jednotliví členové týmu pečují o přidělené pacienty a během střídání směn je nezbytné, aby si mezi sebou efektivně a úplně předali klíčové informace o zdravotním stavu a specifických potřebách pacientů.

Kontinuita péče představuje proces navazování na předchozí ošetrovatelskou činnost bez přerušení, kdy sestra přicházející na směnu pokračuje v intervencích zahájených v předchozí směně.

Nedostatečné předání informací může vést k narušení kontinuity péče, což může mít závažné důsledky pro bezpečnost a kvalitu poskytované péče (Spooner et al., 2013). Narušení kontinuity péče se pojí s vyšším rizikem chyb, zhoršením zdravotního stavu pacienta a snížením jeho spokojenosti (Gerrish, 2000; Manias et al., 2016).

1.1.2 Kontinuita péče a bezpečnost pacientů

Výzkumy jednoznačně ukazují, že efektivní předávání směn, včetně správného sdílení informací, je zásadní pro minimalizaci rizik nežádoucích událostí v nemocniční péči (Starmer et. al., 2014). Nedostatky v předávání služeb byly identifikovány jako jedna z hlavních příčin pochybení v péči a úrazů pacientů (Patterson a Wears, 2010).

Starmer a kol. ze své studie zjistili, že strukturovaná intervence zaměřená na zlepšení předávání informací vedla ke snížení závažných nežádoucích událostí o více než 23 % (Starmer et al., 2014). Výsledky ukazují, že standardizace procesu předávání směn prostřednictvím strukturálních pomůcek, jako je ISBAR schéma, významně přispívá k posílení bezpečnosti pacientů (Haig, Sutton a Whittington, 2006).

1.1.3 Rizika narušení kontinuity péče

Kontinuita péče může být vážně narušena celou řadou faktorů, které ovlivňují kvalitu předávání informací mezi zdravotnickým personálem. Jedním z nejčastějších problémů je nedostatečně strukturovaný způsob předávání, kdy chybí jasná osnova nebo systematický přístup k tomu, co a jak má být sděleno. Komunikaci navíc často ztěžuje rušivé prostředí, například přítomnost hluku, časté přerušování hlášení nebo jiný provozní shon, který znemožňuje soustředěnou výměnu informací. Důležitým aspektem je také připravenost zdravotnických pracovníků na efektivní komunikaci. Bez odpovídajícího školení a dovedností mohou být sdělované informace nepřesné nebo neúplné. V neposlední řadě sehrává roli i úroveň týmové spolupráce a vzájemné důvěry, která ovlivňuje otevřenost komunikace a ochotu předávat i citlivé či problematické informace. Tyto faktory mohou společně přispět k narušení návaznosti péče a zvýšení rizika nežádoucích událostí.

Důsledky špatné kontinuity péče zahrnují opožděné stanovení diagnózy, chyby v podávání léčiv, neprovedení indikovaných intervencí a zvýšení morbidit i mortality hospitalizovaných pacientů (The Joint Commission, 2017).

1.1.4 Podmínky úspěšného zajištění kontinuity péče

Pro efektivní kontinuitu péče je potřeba zajistit standardizovaný formát předávání směny (např. ISBAR, CARE schémata), dostatek času a prostoru pro nerušené předání informací, aktivní naslouchání a zpětnou vazbu při předávání, jasné vymezení odpovědnosti při přebírání pacienta a edukaci a trénink personálu v komunikačních technikách (O'Connell, MacDonald a Kelly, 2008).

Významnou roli hrají i systémová opatření, například resortní bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví ČR. Resortní bezpečnostní cíle zahrnují bezpečné předávání pacientů jako jednu z priorit v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotní péče (MZ ČR, 2010).

1.2 Směnnost provozu

Nepřetržitá dostupnost zdravotní péče je základním předpokladem bezpečnosti hospitalizovaných pacientů. Vzhledem k tomu, že zdravotní péče je poskytována 24 hodin

denně, je práce ve směnném režimu ve zdravotnictví nevyhnutelná. Správně organizovaný směnný provoz je zásadní pro zachování kontinuity péče, minimalizaci únavy personálu a prevenci nežádoucích událostí (Stimpfel, Sloane a Aiken, 2012).

1.2.1 Organizace směnného provozu

Směnný provoz ve zdravotnických zařízeních zahrnuje rozdělení pracovní doby do různých směn pokrývajících denní i noční hodiny. Nejčastější modely jsou osmihodinové směny, kdy je 24 hodin rozděleno na ranní, odpolední a noční směnu, a dvanáctihodinové směny, kdy je 24 hodin rozděleno na dvě hlavní směny, směnu denní a směnu noční (Zonneveld, 2024).

V českých nemocnicích převládá model dvanáctihodinových směn, zejména na lůžkových odděleních. Ranní směna zpravidla začíná v 6:30 a končí v 19:00, noční směna trvá od 18:30 do 7:00 následujícího dne.

Předání informací a pacientů mezi jednotlivými směnami je obvykle plánováno do časového intervalu 30 minut. Jedná se o klíčový moment pro přenos veškerých potřebných informací a zajištění návaznosti péče.

1.2.2 Výhody a nevýhody dvanáctihodinových směn

Dvanáctihodinové směny jsou některými zdravotníky preferovány, neboť umožňují více volných dnů v týdnu a poskytují větší flexibilitu v osobním životě (Griffiths et al., 2014). Přesto existují vážné obavy týkající se vlivu dlouhých směn na kvalitu poskytované péče a zdraví personálu.

Výzkumy ukazují, že práce ve dvanáctihodinových směnách je spojena se zvýšenou mírou vynechané ošetrovatelské péče (Ball et al., 2014), s vyšším rizikem chyb v péči (Stimpfel a Aiken, 2013) a s vyšší mírou syndromu vyhoření a záměrem opustit zaměstnání (Dall'Ora et al., 2015).

Nadměrná délka směn a kumulace pracovních hodin bez dostatečného odpočinku mohou negativně ovlivnit bdělost, rozhodovací schopnosti i psychickou a fyzickou odolnost zdravotníků.

1.2.3 Noční směny a jejich dopad

Práce v nočních směnách představuje specifickou zátěž jak pro fyzické, tak psychické zdraví zdravotnických pracovníků. Noční směna je přirozeně v rozporu s biologickými rytmy člověka, konkrétně s cirkadiánním rytmem, který řídí spánek, bdění a celkovou hormonální rovnováhu. Její dlouhodobé narušení vede ke kumulativnímu stresu, poruchám spánku, poklesu výkonnosti a zvýšenému riziku vzniku chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární nemoci, metabolické poruchy či deprese (Caruso, 2014). Mezi nejčastěji popisované následky patří také výrazná únava, denní ospalost a snížení kognitivních funkcí, jako je pozornost, rozhodování nebo schopnost rychle a přesně reagovat na nečekané situace.

Z pohledu bezpečnosti pacientů představují noční směny období zvýšeného rizika. Studie prokázaly, že během noci dochází častěji k chybám, opožděné reakci personálu na změny zdravotního stavu pacientů a ke zhoršení kvality komunikace mezi členy týmu (Lockley et al., 2006). Důvodem může být nejen vyšší míra únavy, ale také snížená dostupnost podpůrného personálu či omezené vedení během nočních hodin. Podle analýzy publikované v odborném přehledu zaměřeném na práci ve směnném provozu ve zdravotnictví se právě noční směny ukazují jako kritické z hlediska rizika chyb a nedostatečné koordinace péče (Nursing Times, 2018).

Aby bylo možné tato rizika zmírnit, odborníci doporučují zavádění podpůrných opatření, která zahrnují především důsledné dodržování pravidelných přestávek, omezení nadměrného počtu po sobě jdoucích nočních směn a zajištění adekvátní doby odpočinku mezi směnami. Podpora zdravého spánkového režimu, včetně možnosti zotavení po směně, je klíčová nejen pro zachování výkonnosti personálu, ale také pro udržení bezpečnosti pacientů. Pracovní podmínky při nočních směnách by měly reflektovat fyziologické potřeby pracovníků a minimalizovat faktory, které negativně ovlivňují jejich bdělost a rozhodovací schopnosti (Caruso, 2014).

1.2.4 Význam odpočinku mezi směnami

Přiměřený čas na zotavení mezi jednotlivými směnami představuje zásadní faktor pro prevenci fyzické i psychické únavy zdravotnického personálu a pro udržení vysoké

kvality poskytované péče. Nedostatečný odpočinek mezi směnami je podle studií spojen se zvýšenou mírou vyčerpání, narušením pozornosti a snížením schopnosti efektivně vyhodnocovat klinické situace. To může vést k vyššímu výskytu chyb, opožděným reakcím na akutní změny stavu pacienta a celkovému ohrožení bezpečnosti péče. Chronická únava navíc negativně ovlivňuje i pracovní spokojenost, může přispívat k syndromu vyhoření a zvyšovat fluktuaci personálu (Åkerstedt et al., 2014).

Odborné společnosti a organizace zabývající se ochranou zdraví při práci proto vydávají konkrétní doporučení týkající se rozvržení směn, která mají minimalizovat rizika spojená s únavou. Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA, 2020) doporučuje omezit počet po sobě jdoucích dvanáctihodinových směn na maximálně tři, zajistit nejméně dva dny volna po sérii nočních směn a vyhýbat se tzv. *rychlým návratům*, tedy směnám s intervalem kratším než 11 hodin mezi jejich koncem a začátkem další. Tato opatření podporují přirozený spánkový cyklus a umožňují dostatečnou regeneraci pracovníků, což má přímý dopad na jejich výkon a pohodu na pracovišti.

Zajištění adekvátního odpočinku není důležité pouze z hlediska ochrany zdraví personálu, ale také jako klíčový prvek prevence nežádoucích událostí v péči o pacienty. Únava u zdravotníků byla v mnoha výzkumech identifikována jako faktor přispívající k narušení bezpečnostních protokolů, opomenutí léčebných postupů nebo chybnému podání medikace. V tomto kontextu je správné nastavení směnné politiky nejen otázkou personálního řízení, ale i důležitým nástrojem kvality a bezpečí zdravotní péče (Stimpfel, Sloane a Aiken, 2012; Starmer et al., 2014).

1.3 Předání směny

Předání služby by se dalo popsat jako přenesení zodpovědnosti za přidělené pacienty z jedné sestry na sestru druhou. Je to klíčový proces v rámci organizace práce ve zdravotnických zařízeních. Představuje formální přenos odpovědnosti za péči o pacienty mezi zdravotnickými pracovníky při střídání směn (Anderson a Mangino, 2006).

1.3.1 Význam předání směny

Hlavním cílem předání směny je zajištění nepřerušené návaznosti péče. Správné předání umožňuje příchozímu zdravotníkovi pokračovat v poskytování péče na základě aktuálních, úplných a přesných informací o pacientově stavu, provedených intervencích a plánovaných postupech (Staggers a Jennings, 2009).

Cílem předání směny je poskytnutí co nejkvalitnějších informací o pacientovi, změně stavu pacienta, provedení a plánování ošetrovatelských intervencí spolupracovníkům.

Správné a úplné předání směny je zásadní nejen pro zachování kontinuity péče, ale i pro prevenci chyb a zajištění bezpečnosti pacientů.

Předávání informací mezi směnami nehraje důležitou roli pouze pro zajištění návaznosti péče mezi zdravotníky, ale má také významný dopad na vzdělávací proces studentů všeobecného ošetrovatelství. Ti se často účastní klinické praxe pouze na jeden den, a tudíž nejsou součástí kontinuální péče o pacienta. Přesto je pro jejich aktivní zapojení do ošetrovatelských činností klíčové, aby obdrželi co nejúplnější a srozumitelně strukturované informace o pacientech. Na rozdíl od zdravotnického personálu, který předává směnu s ohledem na plynulé navázání péče, studenti potřebují získat ucelený přehled o aktuálním stavu pacienta, plánovaných výkonech, případných omezeních a rizicích. Tyto informace jim umožňují nejen bezpečně a efektivně provádět svěřené ošetrovatelské úkony, ale také lépe pochopit klinické souvislosti a učit se samostatně orientovat v prostředí zdravotnického zařízení. Zapojení studentů do směnových hlášení tak zároveň přispívá k jejich profesnímu rozvoji a posiluje jejich připravenost na budoucí roli všeobecné sestry (O'Connell, MacDonald a Kelly, 2008).

1.3.2 Faktory ovlivňující kvalitu předání směny

Efektivita předávání směn může být ovlivněna řadou faktorů, jako je hluk a rušivé vlivy v průběhu předávání, nedostatek času na předání, nejednotná struktura a forma předávání, neadekvátní příprava zdravotníků na předávání informací či absence zpětné vazby mezi předávajícím a přijímajícím pracovníkem (Arora a Johnson, 2006).

Kvalitní předávání směny vyžaduje systematický přístup a bezpečnou a otevřenou komunikaci.

1.3.3 Styly předávání směny

Předávání směny může probíhat různými způsoby, které lze rozdělit na:

1.3.3.1 Verbální (ústní) předávání směny

Verbální předávání je tradičním způsobem komunikace při změně směn, kdy odcházející sestra ústně informuje příchozí sestru o aktuálním stavu pacientů. Tento způsob může probíhat buď v sesterně, nebo přímo u lůžka pacienta (Bedside Handover).

Jednou z klíčových výhod ústního předávání je možnost kladení doplňujících dotazů. Přímá komunikace mezi odcházející a přicházející směnou umožňuje okamžité vyjasnění nejasných nebo nedostatečně popsaných informací. Zdravotníci tak mohou lépe pochopit aktuální stav pacienta, plán péče a specifika jednotlivých případů. Díky interaktivní povaze lze eliminovat potenciální nedorozumění, která by mohla vzniknout při jednostranném, písemném sdělení.

Další významnou výhodou je okamžitá zpětná vazba. Ústní forma komunikace umožňuje nejen dotazy, ale i přímé vyjádření obav, upozornění na rizika nebo doplnění důležitých informací ze strany příjemce. Tato interakce podporuje odpovědnost a zvyšuje kvalitu předávaných dat. Přítomnost obou stran současně vytváří prostor pro kontrolu správnosti sděleného obsahu, což je klíčové pro zachování bezpečnosti a kontinuity péče.

Specifickým přínosem, zejména při tzv. bedside předávání, je možnost zapojení pacienta do celého procesu. Předávání informací přímo u lůžka umožňuje pacientovi aktivně se účastnit, vyjádřit své potřeby, doplnit informace nebo se naopak ujistit o dalším postupu péče. Tento přístup posiluje důvěru pacienta v ošetřující tým, zvyšuje transparentnost péče a podporuje principy individuálně zaměřeného přístupu. Takové zapojení má pozitivní dopad na spokojenost pacienta a může také přispět ke snížení chyb v péči (Anderson a Mangino, 2006).

Přestože má ústní předávání směny řadu výhod, nelze opomenout ani jeho rizika a omezení. Tato forma komunikace je do značné míry závislá na osobních schopnostech jednotlivých pracovníků, na prostředí a na okolnostech, za kterých k předávání dochází.

Jedním z hlavních rizik je možnost vynechání důležitých informací. Ústní sdělení je založeno na paměti a individuálním úsudku předávající osoby, což může vést k neúplnému či zkreslenému předání informací. Zvláště v situacích, kdy sestra pečuje o vysoký počet pacientů nebo komplikované pacienty, může dojít k nechtěnému opomenutí klíčových údajů o zdravotním stavu, plánovaných výkonech či změnách v léčbě. Absence písemné stopy navíc ztěžuje zpětnou kontrolu a dohledatelnost informací, což může negativně ovlivnit kontinuitu péče a bezpečnost pacienta.

Dalším významným faktorem je vliv rušivého prostředí, ve kterém ústní předávání často probíhá. V nemocničním prostředí bývá obtížné zajistit ideální podmínky pro soustředěnou komunikaci. Časté vyrušování, hluk, pohyb personálu či urgentní situace mohou narušit plynulost a kvalitu předávání. Takové podmínky snižují schopnost pracovníků efektivně vnímat sdělované informace a mohou přispět ke komunikačním nedostatkům. Zvláště u méně zkušených zdravotníků může stres nebo časový tlak ovlivnit přesnost a strukturu sdělení (Anderson a Mangino, 2006).

Předávání u lůžka přispívá k větší transparentnosti péče a posiluje partnerský vztah mezi pacientem a zdravotníky (Chaboyer et al., 2009).

Další možností předávání informací by mohly být ošetřovatelské vizity. Ošetřovatelské vizity představují důležitý prvek ošetřovatelské péče, který umožňuje systematické sledování potřeb pacienta a přispívá k individualizaci péče. Vizita poskytuje prostor nejen pro sledování zdravotního stavu, ale i pro edukaci pacienta, objasnění léčebných plánů a zajištění psychické podpory. Zároveň je to příležitost k přímé komunikaci mezi sestrou a pacientem, během níž se upevňuje důvěra, zvyšuje pocit bezpečí a motivace ke spolupráci. Vizity probíhají nejčastěji u lůžka a mohou mít různou formu – od malých každodenních kontrol až po komplexní týmové vizity s účastí více odborníků. V praxi však není jejich provádění na všech odděleních běžné, a to navzdory jejich přínosu pro kvalitu péče (Benisková, 2007).

1.3.3.2 Písemné předávání směny

Psané předávání probíhá prostřednictvím dokumentace – například ve formě ošetrovatelských poznámek nebo elektronického systému. Písemné podklady umožňují standardizaci předávaných informací, avšak mohou postrádat kontext nebo aktuální změny.

Při své praxi jsem si však žádného takového souhrnu prostřednictvím dokumentace nevšimla. V Ústřední vojenské nemocnici existuje standardní ošetrovatelský postup (SOP) Předávání informací mezi směnami, který obsahuje kritéria struktury, procesu a výsledku a formulář Protokol o předání směny. Tento protokol obsahuje datum, typ směny (denní či noční), stav pacientů, jméno lékaře ve službě, obsazení směny (vedoucí směny, sestry, ošetrovatelky, sanitáři), příjem pacientů, jména pacientů, kteří nesouhlasí s podáváním informací a s participací studentů na péči, propuštění, překlad pacientů, kontrolu opiátové knihy, cennosti předávané do úschovy, kontrolu teploty v místnostech s uloženými léčivými, nežádoucí události, závady, předávaný inventář, podpis předávající a přebírající sestry a podpis staniční/vrchní sestry (Standardní ošetrovatelský postup, 2018).

Písemné předávání směny má v klinické praxi své specifické výhody, ale i omezení, která je třeba při jeho používání zohlednit. Jednou z hlavních výhod této formy je skutečnost, že písemná dokumentace slouží jako průkazný záznam o předaných informacích. V případě pozdější potřeby je možné se k těmto údajům vrátit a ověřit si, jaké informace byly skutečně předány. Tento aspekt může být důležitý zejména z hlediska právní odpovědnosti a sledování kvality péče. Další výhodou je, že písemná forma snižuje závislost na paměti předávající osoby. Zdravotník tak není odkázán výhradně na to, co si zapamatuje, a může lépe zajistit úplnost sdělených informací.

Na druhou stranu má písemné předávání také svá úskalí. Jedním z nich je nedostatek osobního kontaktu mezi odcházející a přicházející směnou. Tím dochází ke ztrátě možnosti okamžitého doptání se na nejasnosti nebo doplnění důležitých detailů. Písemná forma tak nenabízí stejnou míru flexibility a interaktivity jako ústní komunikace. Další nevýhodou je riziko nepochopení nebo chybné interpretace psaných údajů. Pokud není dokumentace jasně strukturovaná, přehledná a srozumitelná, může dojít k omylům, které negativně ovlivní návaznost péče a bezpečnost pacienta.

Optimální je kombinace verbálního a písemného předávání, která zajišťuje komplexnost a srozumitelnost sdílených informací.

1.3.4 Nástroje pro předávání směny

Jedním z nejvíce doporučovaných nástrojů pro strukturované předávání informací je schéma ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation), které bylo původně vyvinuto v rámci amerických ozbrojených sil a později adaptováno ve zdravotnictví (Moi et al., 2019).

Dalším hojně využívaným nástrojem pro strukturované předávání informací je schéma CARE (Connect, Ask, Respond, Empathise). To je však častěji využíváno při předání u lůžka.

Oba tyto nástroje pro předávání směny vycházejí z holistického pojetí člověka a jsou zaměřeny na jednotlivce pravděpodobně v situaci, kdy se sestra stará pouze o několik málo pacientů.

1.3.4.1 Struktura ISBAR

Zkratka ISBAR se skládá z pěti prvků, které slouží k systematickému a srozumitelnému předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky. V některých případech se používá i zkrácená varianta SBAR, nicméně písmeno *I* – tedy identifikace – hraje klíčovou roli především v počáteční fázi komunikace.

I jako *Identify* (Identifikace) představuje první krok v předávání, kdy je nutné jasně a jednoznačně uvést, kdo komunikuje a o jakého pacienta se jedná. Zdravotník se představí, uvede svou roli a zároveň identifikuje pacienta – jeho jméno, věk, číslo lůžka nebo pokoje. Správná identifikace je zásadní pro prevenci záměn pacientů a zajištění bezpečnosti péče.

S jako *Situation* (Situace) se týká aktuálního důvodu, proč je komunikace iniciována. V tomto kroku je stručně popsána současná situace pacienta – například náhlé zhoršení zdravotního stavu, akutní příznaky nebo změny v monitorovaných hodnotách. Zdravotník sděluje hlavní diagnózu, důvod hospitalizace a další kritické faktory, jako jsou

neobvyklé laboratorní výsledky, rizika pádu nebo infekce. Cílem je rychle a přesně informovat kolegu, proč je pacient v daný moment předmětem zájmu.

B jako Background (Kontext) poskytuje stručný přehled důležitých údajů z pacientovy anamnézy. Sem patří informace o chronických onemocněních, dřívějších hospitalizacích, přidružených diagnózách a celkový kontext, který může mít vliv na aktuální stav. V tomto kroku je důležité sdělit vše relevantní, co pomůže kolegovi lépe pochopit souvislosti a specifika péče o konkrétního pacienta.

A jako Assessment (Hodnocení) je zaměřeno na subjektivní i objektivní zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta. Zdravotník zde shrnuje výsledky pozorování, výstupy z monitorování nebo vyšetření, stejně jako účinek provedených ošetrovatelských intervencí. Hodnocení by mělo být co nejkonkrétnější a vycházet z dostupných dat. Díky tomu může mít kolega, kterému je směna předávána, jasný obraz o vývoji pacientova stavu.

R jako Recommendation (Doporučení) zakončuje strukturu návrhem dalšího postupu. V této fázi může zdravotník sdělit, jaké kroky by měly být následně provedeny – například sledování určitých parametrů, podání medikace, přivolání lékaře nebo převoz na jiné oddělení. Důraz je kladen také na ověření porozumění, zopakování klíčových informací a jasné vymezení, kdo je za jaký úkol zodpovědný. Tento krok pomáhá předcházet nedorozuměním a podporuje kontinuitu péče (Moi, 2019).

Použití ISBAR podporuje jasnou, strukturovanou a systematickou komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky, čímž snižuje riziko chyb (Marshall et al., 2009).

Během své odborné praxe na standardním oddělení jsem nezaznamenala využívání nástroje ISBAR při předávání pacientů mezi směnami. Tento nástroj je častěji implementován na jednotkách intenzivní péče (JIP).

Studie publikovaná v časopise Intensive and Critical Care Nursing zkoumala zkušenosti sester a anesteziologů s používáním nástroje ISBAR v klinické praxi. Výsledky ukázaly, že použití ISBAR vedlo ke zvýšení povědomí o důležitosti strukturované

komunikace a zlepšení předávání informací mezi zdravotnickými pracovníky (Haddeland et al., 2022).

Tyto poznatky naznačují, že zatímco ISBAR je cenným nástrojem pro zajištění bezpečné a efektivní komunikace v prostředích s vysokou klinickou náročností, jeho implementace na standardních odděleních může být obtížnější vzhledem k tomu, že na standardních odděleních převažuje tradiční biomedicínský model péče.

Implementace komunikačního nástroje ISBAR vedla v řadě studií k pozitivním změnám v oblasti bezpečnosti a efektivity zdravotní péče. Studie Starmera a kol. (2014) například prokázala snížení výskytu závažných nežádoucích událostí v souvislosti s předáváním informací mezi zdravotnickými pracovníky. Zároveň bylo zaznamenáno zvýšení spokojenosti personálu s kvalitou a strukturou předávání informací, což přispívá k větší důvěře a lepší spolupráci v týmu. Další přínosy zahrnují lepší zaměření na priority a klíčové body péče o pacienta a efektivnější řešení akutních situací. Celkově se tedy ukazuje, že využití strukturované komunikace formou ISBAR zvyšuje kvalitu a bezpečnost klinické praxe (Spoonner et al., 2018).

1.3.4.3 Struktura CARE

Vedle strukturovaného předávání směny pomocí ISBAR existuje také metoda CARE, která klade důraz na vztahový rozměr komunikace a zapojení pacienta do procesu předávání.

CARE představuje akronym pro čtyři klíčové kroky: Connect (navázání kontaktu), Ask (zjišťování informací), Respond (reakce na podněty) a Empathise (vcítění se).

Model CARE představuje strukturovaný přístup ke komunikaci s pacientem. Klade důraz na vytvoření důvěry, porozumění a vzájemného respektu.

Prvním krokem je C – Connect (Propojení), který označuje navázání kontaktu s pacientem. Tento moment zahrnuje pozdrav, představení se a vytvoření přívětivé atmosféry, jež podporuje pocit bezpečí a otevřenosti. Propojení je základem pro další komunikaci, protože pacient se díky němu cítí jako partner v procesu péče, nikoli jako pasivní příjemce informací.

Následuje fáze A – Ask (Dotazování), v níž zdravotník aktivně zjišťuje, co pacient ví o svém zdravotním stavu, jak vnímá dosavadní péči a jaká má očekávání či obavy. Tento krok umožňuje lépe přizpůsobit komunikaci individuálním potřebám pacienta a zároveň podpořit jeho zapojení do rozhodování.

Třetí složkou modelu je R – Respond (Reakce), která se zaměřuje na odpovídání na otázky pacienta, objasňování nejasností a případné korigování mylných představ. Zdravotník zde poskytuje přesné, srozumitelné a empatické odpovědi, které přispívají k upevnění vzájemné důvěry.

Poslední fází je E – Empathise (Vcítění). V tomto kroku je klíčové aktivně vnímat emoce pacienta, vyjadřovat pochopení a respektovat jeho individuální prožívání situace. Projevování empatie má zásadní vliv na kvalitu vztahu mezi pacientem a zdravotníkem a pozitivně ovlivňuje pacientovu spokojenost i výsledky péče.

CARE klade důraz nejen na předání faktických údajů, ale i na emocionální a sociální aspekty péče, které jsou klíčové pro podporu důvěry pacienta a posílení terapeutického vztahu (Chaboyer et al., 2009).

Předávání směny u lůžka pomocí CARE umožňuje aktivní zapojení pacienta do péče, což zvyšuje přesnost informací (pacient může upozornit na změny, které by mohly být přehlédnuty), podporuje individuální plánování péče, snižuje riziko nedorozumění mezi pacientem a zdravotníky a posiluje pacientovu důvěru a spokojenost se zdravotními službami.

Zapojením pacienta do předávání je možné včas odhalit například chyby v medikaci, omyly v plánovaných procedurách či nejasnosti v edukaci. Implementace tohoto modelu předávání služby na standardním oddělení naráží na limity tradičního biomedicínského modelu péče.

1.4 Tradiční biomedicínský model

Tradiční biomedicínský model představuje historicky dominantní přístup v poskytování zdravotní péče, který vnímá člověka především jako biologickou entitu složenou z buněk, tkání a orgánů. Tento model staví na přesné diagnostice, léčbě fyzických

poruch a obnovení tělesné homeostázy. Péče je zaměřena primárně na biologické aspekty onemocnění, zatímco psychologické, sociální a spirituální dimenze pacienta bývají upozaděny. Sestry v tomto modelu pracují převážně funkčním systémem péče, kdy vedle svých pacientů se starají ještě o chod oddělení a zajištění diagnosticko-terapeutického plánu a logistické zajištění směny (Pearson et al., 2004).

1.4.1 Charakteristika tradičního biomedicínského modelu

V rámci biomedicínského přístupu je zdravotní stav člověka hodnocen podle objektivních parametrů – laboratorních výsledků, fyzikálních vyšetření a symptomů. Úspěch péče je definován jako dosažení *vyléčení* nebo obnovy tělesné funkce.

Tento model klade důraz na diagnostiku a léčbu specifických chorob, standardizaci postupů na základě lékařské diagnózy, rutinní plnění předepsaných ošetrovatelských a léčebných intervencí a minimalizaci subjektivních projevů pacienta ve prospěch objektivních klinických údajů (Pearson et al., 2004).

1.4.2 Vliv biomedicínského modelu na předávání směny

V praxi nemocnic je tradiční biomedicínský model patrný zejména v zaměření na standardizované záznamy a rutinní úkony související s diagnózou. Při předávání směny se tak často předávají informace, které se týkají zejména diagnózy pacienta (např. *stp. CHCE*), objektivních fyzických parametrů (teplota, tlak, saturace) a plánu léčby (plánované kontroly, podávání medikace).

Pokud je rámcem pro předávání směny výhradně biomedicínský pohled, může docházet k několika rizikům, která negativně ovlivňují kvalitu poskytované péče.

Jedním z těchto rizik je omezené vnímání individuálních potřeb pacienta. V takovém případě je pacient často redukován pouze na nositele diagnózy, například jako *ten s infarktem na lůžku 5*. Tento přístup může vést k přehlížení psychických, sociálních či emocionálních aspektů pacientova stavu, které jsou však pro celostní péči zásadní.

Dalším problémem je možná ztráta kontextu péče. Pokud je komunikace mezi zdravotníky omezena jen na medicínská fakta, může dojít k opomenutí důležitých informací, jako je sociální zázemí pacienta, jeho úroveň soběstačnosti nebo způsob

zvládání nemoci. Tento nedostatek informací pak ztěžuje vytvoření komplexního obrazu o pacientovi.

S tím souvisí i snížená míra empatie a individualizace péče. Rutinní styl hlášení často podporuje rutinní poskytování péče, místo aby podněcoval k přístupu, který by byl přizpůsoben konkrétním potřebám a okolnostem daného pacienta (Pearson et al., 2004).

Aby mohla být kontinuita péče skutečně zachována, je nezbytné při předávání směny překročit omezení tradičního biomedicínského modelu a rozšířit sdílené informace o další dimenze pacientovy situace. Komunikace mezi sestrami by měla zahrnovat i psychický stav pacienta, včetně jeho obav, případných depresivních projevů či motivace ke spolupráci na léčbě. Stejně tak je důležité neopomíjet sociální situaci – například míru rodinné podpory nebo předpoklady pacienta pro návrat do domácího prostředí. V neposlední řadě je nutné zohlednit i edukační potřeby, tedy to, zda pacient rozumí své léčbě a zda má dostatečné schopnosti a podmínky k samostatné péči o sebe. Tento širší, celostní pohled odpovídá současným požadavkům na komplexní ošetrovatelskou péči a přispívá k vyšší bezpečnosti pacientů (Pearson et al., 2004).

1.5 Resortní bezpečnostní cíle – zaměření na bezpečné předávání pacientů

Bezpečnost pacientů je základním pilířem moderního zdravotnictví. V roce 2010 vyhlásilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky Resortní bezpečnostní cíle (dále RBC), které stanovují konkrétní opatření pro zvýšení bezpečnosti a kvality zdravotních služeb. Jedním z klíčových cílů je RBC č. 7 – Bezpečné předávání pacientů, který se přímo dotýká problematiky kontinuity péče (MZ ČR, 2010).

1.5.1 Význam RBC č. 7 – Bezpečné předávání pacientů

Bezpečné předávání pacientů je nezbytné pro zajištění kontinuity péče při překladech mezi odděleními nebo zdravotnickými zařízeními, pro minimalizaci rizika ztráty informací a pro prevenci chyb v léčbě, u duplicitních výkonů a nesprávné interpretaci údajů.

Předávání pacienta se netýká jen změny směny mezi sestrami, ale zahrnuje i situace, jako jsou překlady pacienta mezi jednotlivými odděleními, transport pacienta na vyšetření, předání pacienta při převozu mezi nemocnicemi a přijetí nebo propuštění pacienta.

Nesprávné předání je jedním z hlavních faktorů vedoucích k pochybením v péči, jak uvádí i mezinárodní organizace The Joint Commission (2017).

1.5.2 Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb v rámci RBC č. 7

Poskytovatel zdravotních služeb má zásadní odpovědnost za nastavení a udržování funkčního systému předávání pacientů a souvisejících informací. Je jeho povinností vypracovat a zavést jednotný systém, který zajistí, že informace mezi zdravotnickými pracovníky budou předávány konzistentně, úplně a bezpečně. V rámci tohoto systému je nezbytné definovat standardizované postupy předávání, které určují, co, jak a kdy má být sděleno, a zároveň umožňují předejít komunikačním mezerám. Dále je důležité zavést mechanismy pro ověřování účinnosti předávání informací, mezi které mohou patřit interní audity, pravidelné analýzy dokumentace či získávání zpětné vazby od zaměstnanců. Nezbytnou součástí celého procesu je také školení zdravotnického personálu v oblasti efektivní komunikace při předávání pacientů, které podporuje jednotný přístup a snižuje riziko chyb. Tato opatření jsou klíčová pro zajištění bezpečnosti pacientů a kvality poskytované péče (MZ ČR, 2010).

1.5.3 Schéma: Bezpečné předávání pacientů podle RBC č. 7

Bezpečné předání pacienta zahrnuje několik na sebe navazujících kroků, které zajišťují kontinuitu péče a minimalizují riziko pochybení. Prvním z nich je ověření identity pacienta, které slouží jako základní prevence záměny a zajišťuje, že informace jsou předávány správné osobě. Následuje předání úplných klinických informací, včetně aktuální diagnózy, probíhající léčby a plánovaných postupů. Nedílnou součástí je také informování o všech identifikovaných rizicích, jako je například riziko pádu, infekce či komplikací souvisejících s léčbou. Důležitým prvkem bezpečného předávání je vytvoření prostoru pro dotazy a upřesnění, čímž se podporuje aktivní zapojení příjemce informací a předchází se nedorozuměním. Na závěr je nezbytné ověřit, zda byly všechny informace správně

pochopeny – například prostřednictvím shrnutí, zpětné vazby či aktivního naslouchání. Celý proces by měl být zakončen řádným záznamem o předání pacienta do zdravotnické dokumentace, což zajišťuje dohledatelnost a právní jistotu předání (MZ ČR, 2010).

2 Empirická část

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vytvořit jednoduchý formulář pro záznam informací z ranního hlášení sester, kterého se účastní studenti přicházející na praxi. Při hlášení dochází k předávání informací o pacientech. Pro studenty se jedná o náročnou situaci, protože pacienty obvykle neznají, zatímco sestry je znají. Sestry nemají potřebu zdůrazňovat informace, které jsou ale pro studenty důležité v jejich fázi profesního rozvoje a také z hlediska plnění jejich vzdělávacích cílů pro daný semestr.

Průběh vytváření formuláře a provádění výzkumu probíhal v době Odborné praxe v semestru III (dále OPS III) v Ústřední vojenské nemocnici. Předmět OPS III probíhá ve druhém ročníku bakalářského studia oboru Všeobecné ošetřovatelství. Jedná se o povinnou součást praktické výuky v rozsahu 200 hodin. Výuka OPS III probíhá na oddělení interního typu a jejím cílem je získání a upevnění praktických dovedností, se kterými se studenti seznámili v předmětu Ošetřovatelské postupy III (dále OP III), upevnění praktických dovedností z 1. ročníku studia a plnění individuálních vzdělávacích cílů formulovaných studentem.

Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu se zabývá chorobami jícnu, žaludku, tenkého a tlustého střeva, slinivky břišní, jater a žlučových cest (Ústřední vojenská nemocnice, 2025). Častými pacienty jsou také pacienti s abusem alkoholu. Oddělení je rozděleno na část A a na část B. Na denní směně jsou na části B tři sestry a na části A také tři sestry. Na části A se nachází intermediární pokoj, na kterém se nachází pacienti, kteří potřebují monitoraci a častější péči. Sestry mají rozdělené pacienty dle pokojů. Na noční směně jsou na části B dvě sestry a na části A dvě sestry. Každá sestra má přidělené pacienty, u kterých provádí komplexní péči. Spolupracuje s lékaři, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty či ošetřovateli. Během praxe jsem si všimla, že přestože mají sestry rozdělené pokoje a pracují systémem skupinové péče, je zde využíván i funkční systém ošetřovatelské péče.

Důvod, proč jsem v úvodní teoretické části psala o tradičním biomedicínském modelu, je ten, že jsem si jeho využití v praxi všimla nejčastěji. Při tvorbě formuláře pro mne bylo důležité, aby byl pacient pojat co nejvíce holistickým přístupem. Zároveň je důležité mít na paměti, že se při nedostatku času sester nelze zaměřit na všechny stránky

pacienta a na širokou škálu jeho potřeb. Pokud má sestra na oddělení na starost devět pacientů, pravděpodobně se nedokáže individuálně zaměřit na každého jednoho.

2.1 Klíčové informace při sesterském předání směny

Při předávání směny mezi sestrami je nezbytné předat veškeré důležité informace o pacientech, které mohou ovlivnit jejich péči a bezpečnost. Během své praxe jsem si všimla hned několika oblastí, které jsou klíčové při předání směny mezi sestrami.

Při předávání směny je důležité sdělit všechny klíčové informace, které umožní navazujícímu personálu bezpečně a plynule navázat na poskytovanou péči. Základem je identifikace pacienta, tedy jeho jméno, příjmení, věk a umístění (číslo pokoje a lůžka). Dále je třeba zmínit aktuální diagnózu, pokud je již známa, a důvod hospitalizace, aby bylo zřejmé, proč je pacient hospitalizován a jaký je cíl péče.

Důležitou součástí předání je informace o soběstačnosti pacienta v aktivitách běžného denního života (ADL). Pro studenty 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství je důležité vědět, zda pacient zvládá hygienu, oblékání a příjem stravy samostatně, nebo potřebuje asistenci. Také je potřeba vědět, zda používá kompenzační pomůcky, jako jsou chodítka, ortéza či protéza, a popsat jeho mobilitu – zda je pacient plně mobilní, pohybuje se s dopomocí, nebo je upoután na lůžko.

Z pohledu bezpečnosti je při předání směny nezbytné upozornit na rizika, jako je riziko vzniku dekubitů, pádů nebo malnutrice. V případě, že má pacient invazivní vstupy, je nutné uvést jejich typ a stav – například periferní kanylu (PŽK), centrální žilní katétr (CŽK), intravenózní implantabilní port (zkráceně PORT) či permanentní močový katétr (PMK, včetně délky zavedení, charakteristiky moči a diurézy). Pokud má pacient drenáže, stomii nebo sondu, je třeba zmínit jejich funkčnost, výskyt sekrece a způsob ošetření. S pacienty s drény jsem se setkala spíše na chirurgickém typu oddělení.

Součástí hlášení by měl být i přehled o počtu dnů hospitalizace a dosavadním průběhu léčby, výsledcích vyšetření a případných komplikacích. Dále je nutné sdělit plánovaná vyšetření, výkony či transporty na jiná oddělení, stejně jako informace o probíhající rehabilitaci, převazech nebo specializované péči.

Z hlediska celkového stavu pacienta je důležité zmínit i jeho psychický stav a spolupráci s personálem – zda je orientovaný, zda komunikuje srozumitelně a zda spolupracuje. Pokud se u pacienta vyskytují známky neklidu, zmatenosti nebo agitovanosti, měly by být rovněž předány. Vhodné je také informovat o kontaktu s rodinou a míře poskytnuté psychické podpory.

Další klíčovou informací je plán propuštění – přibližný termín, potřebu návazné péče v domácím prostředí nebo zajištění sociálních služeb. Pokud již proběhla edukace pacienta či rodiny, je vhodné uvést, jaká témata byla probrána a zda pacient porozuměl doporučením pro následnou péči.

Předávání směny by mělo být strukturované, efektivní a mělo by obsahovat všechny podstatné informace pro zajištění kontinuální a bezpečné péče o pacienta. Důležité je také zaznamenání všech informací do ošetrovatelské dokumentace.

Klíčové informace se mohou lišit typem oddělení. Na oddělení chirurgickém budou jiné informace klíčové než na oddělení interním.

Interní a chirurgická oddělení se od sebe liší v několika klíčových aspektech, a to nejen zaměřením péče, ale i organizací práce zdravotnického personálu a potřebami pacientů. Na těchto typech oddělení se nachází pacienti s různými typy onemocnění.

Interní oddělení se zabývá diagnostikou, léčbou a dlouhodobým managementem vnitřních onemocnění (např. kardiovaskulární, respirační, metabolická či gastrointestinální onemocnění). Pacienti zde bývají hospitalizováni déle a často potřebují podporu při aktivitách běžného denního života (ADL). Mezi aktivity, se kterými potřebují tito pacienti pomoci, patří např. hygiena, stravování, pohyb či vylučování. Pacienti zde bývají častěji polymorbidní, chronicky nemocní nebo senioři s omezenou mobilitou. Rehabilitace a ošetrovatelská péče u těchto pacientů hrají klíčovou roli (Schütznerová, 2022).

Chirurgická oddělení jsou zaměřena na operativní zákroky a akutní chirurgické stavy (např. úrazy, nádorová onemocnění, zánětlivé procesy vyžadující chirurgické řešení). Péče je často krátkodobější, s důrazem na hojení ran, prevenci komplikací a časnou

mobilizaci pacientů po operaci. Péče o ADL je zde také důležitá, ale bývá více orientovaná na krátkodobou podporu a návrat k běžné aktivitě (Janíková a Zeleníková, 2013).

Chirurgická a interní oddělení sdílejí zvýšené riziko pádů hospitalizovaných pacientů, a to především v důsledku snížené mobility, celkového oslabení organismu a užívání medikace ovlivňující vědomí či rovnováhu. Ačkoliv typ péče se může lišit, pacienti na těchto odděleních často čelí podobným fyzickým i psychickým omezením, která zvyšují pravděpodobnost ztráty stability při pohybu. Společným cílem obou typů pracovišť je tedy včasná identifikace rizik a zavedení preventivních opatření, která minimalizují výskyt pádů a jejich potenciálně závažné následky.

2.3 Metodologie

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila přístup akčního výzkumu, který mi umožnil současně zkoumat a zároveň aktivně ovlivňovat proces vytváření formuláře pro předávání informací o pacientech v klinickém prostředí. Akční výzkum je charakterizován cyklickým procesem plánování, jednání, pozorování a reflexe, a je zvláště vhodný tam, kde cílem není pouze teoretické poznání, ale především zlepšení praxe (George, 2023).

V rámci výzkumu jsem se zaměřila na vytvoření strukturovaného formuláře a postupně jsem se jej snažila optimalizovat, aby studentům ošetrovatelství usnadnil sběr a předávání klíčových údajů o pacientech při střídání směn.

Použitý model akčního výzkumu odpovídá operativnímu typu, s důrazem na přímé pozorování, testování a okamžitou zpětnou vazbu od účastníků.

2.3.1 Cíl výzkumu

Jak jsem již nastínila, cílem mého výzkumu je vytvoření jednoduchého formuláře, do kterého by si studenti oboru Všeobecné ošetrovatelství na odborné praxi mohli zaznamenávat klíčové prvky předání směny, případně pouze zaškrtnávat jednotlivé informace. Cílem tedy je navrhnout takový nástroj, který studentům oboru Všeobecné ošetrovatelství pomůže efektivněji sbírat klíčové informace v rámci ošetrovatelské péče.

2.3.2 Výzkumná strategie

Tato bakalářská práce využívá přístup akčního výzkumu, jehož cílem je nejen poznání, ale také přímé zlepšení praxe. Výzkum byl zaměřen na vytvoření, testování a úpravu strukturovaného formuláře pro předávání informací o pacientech při střídání směn na interním oddělení.

Výzkum probíhal ve spolupráci se studenty během jejich praxí. Data byla získávána pomocí pozorování, zpětné vazby účastníků a průběžného testování formuláře. Vývoj probíhal v několika krocích: návrh původní verze, její ověření v praxi, získání zpětné vazby a následná úprava.

Pro inspiraci a návrh alternativních variant byl využit také nástroj umělé inteligence ChatGPT (OpenAI, 2023), který poskytl návrhy formulářových položek. Tyto návrhy byly následně kriticky zhodnoceny a upraveny dle reálných potřeb klinického prostředí.

Výsledky byly zpracovány kvalitativně, na základě tematické analýzy připomínek a zkušeností z praxe. Výsledkem je upravený, prakticky využitelný nástroj, který může být dále rozvíjen a implementován v běžné výuce i na klinických pracovištích.

2.3.3 Popis výzkumného vzorku

Účastnicemi tvorby formuláře pomocí akčního výzkumu bylo šest studentek 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství. Studentky byly vybrány záměrně, jelikož praktikovaly na stejném oddělení, jako jsem o rok dříve praktikovala já. Tři studentky jsou již praktické sestry, tři studentky mají vystudované gymnázium.

2.3.4 Metody sběru dat

Data jsem získávala využitím akčního výzkumu. Nejprve jsem navrhla první verzi formuláře a poskytla jsem ji studentkám. Studentky následně formulář využily v praxi a po využití v praxi mi sdělily, zda jim formulář vyhovoval a které části formuláře by potřebovaly upravit. Na základě jejich připomínek jsem vytvořila další verzi formuláře. Obdobně jsem pokračovala s návrhem formuláře č. 2 a 3. Do tvorby formuláře se zapojila i

jedna ze studentek, která ze své iniciativy navrhla vlastní verzi formuláře. Po shodě na třetí verzi formuláře jsem poskytla data umělé inteligenci, která následně navrhla formulář.

Sběr dat probíhal v době OP III, tedy v říjnu a listopadu roku 2024 v době jednodenní praxe na oddělení interního typu, konkrétně na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN-VFN Praha na lůžkovém Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

2.3.5 Etické aspekty výzkumu

Studentky byly do projektu zapojeny na základě dobrovolného souhlasu a aktivně participovaly v každé fázi testování a hodnocení navrženého formuláře. Etické aspekty výzkumu byly dodrženy – nebyla sbírána žádná citlivá nebo osobní data, účast studentů byla dobrovolná a komunikace probíhala v rámci běžného vzdělávacího prostředí.

2.3.6 Omezení výzkumu

Omezením výzkumu by mohl být malý vzorek účastnic výzkumu. Výzkum byl proveden pouze na jednom oddělení a zapojeni byli pouze studenti a několik mentorek. To omezuje možnost zobecnění výsledků na jiná pracoviště nebo širší skupiny sester. Pro tvorbu formuláře však tento vzorek stačil. Pokud by byl vzorek větší, nemusela by nastat shoda na výsledném formuláři.

Dalším omezením výzkumu je orientace na specifické oddělení, v tomto případě na Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu. Formulář byl testován jen po omezenou dobu a ve specifickém kontextu (během jedné série praxí).

Úspěšnost formuláře byla hodnocena na základě zpětné vazby od studentů a pozorování, nikoliv kvantitativně měřitelnými ukazateli (např. počet chyb, doba předávání apod.). Hodnocení je tedy částečně subjektivní.

Výsledky nepostihují dlouhodobé efekty nebo adaptaci personálu.

2.4 Realizace akčního výzkumu

2.4.1 První návrh formuláře

Na základě osobních zkušeností z klinické praxe jsem vytvořila první verzi formuláře.

Tab. č. 1 - První návrh formuláře

Lůžko č.	Pacient	Dg.:
Rizika: Dekubity - malnutrice - pády	Vstupy: PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE	Výživa: NPO - šetřící - běžná - NGS/NJS
Léky:		CAVE:
Lůžko č.	Pacient:	Dg.:
Rizika: Dekubity - malnutrice - pády	Vstupy: PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE	Výživa: NPO - šetřící - běžná - NGS/NJS
Léky:		CAVE:
Lůžko č.	Pacient:	Dg.:
Rizika: Dekubity - malnutrice - pády	Vstupy: PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE	Výživa: NPO - šetřící - běžná - NGS/NJS
Léky:		CAVE:

Formulář byl koncipován pro tři pacienty. Mou představou byl formulář, který by si student vložil do kapsy díky svému malému rozměru. Vycházela jsem ze svých zkušeností a neuvědomila jsem si praktické dopady a to, že studenti potřebují znát informace o více než třech pacientech. Jeho struktura byla jednoduchá a zahrnovala základní údaje.

Snažila jsem se řídit především svými předchozími zkušenostmi z lůžkových oddělení. Mou představou byl formulář, ve kterém by se zaškrtoval předpřipravený text nebo dopisovaly zásadní informace např. časované léky.

Popis návrhu

Do prvního políčka jsem navrhla *číslo lůžka*, do druhého políčka *jméno pacienta* a do třetí políčka *diagnózu pacienta*.

Do druhého řádku jsem přidala na výběr z rizik *riziko dekubitů, malnutrice a pádů*. Do druhého políčka druhého řádku jsem přidala *vstupy* a možnost zaškrtnutí *PŽK, CŽK, PORT, PICC, MIDLINE*. Do posledního políčka druhého řádku jsem navrhla *výživu* a připravila jsem zde zaškrťovací možnosti *NPO (nic per os), šetrící dieta, běžná dieta, NGS (nasogastrická sonda) a NJS (nasojejunální sonda)*.

Do posledního řádku jsem přidala možnost vypsaní *léků* daného pacienta a *CAVE* (upozornění na zvlášť důležitý údaj).

Připomínky studentů

Po použití formuláře studentkami na jednodenní praxi jsem si vyslechla jejich připomínky. Studentky mi sdělily, že je ve formuláři málo místa. Doplnily by políčko k PMK (permanентní močový katétr) a další důležité informace, jako je věk, důvod přijetí pacienta, hodnocení bolesti dle VAS (vizuální analogová škála), poslední podaná medikace na bolest, plánovaná vyšetření a příprava k nim, plán péče, příjem a výdej tekutin, bilance, informace o ranách a převazu, soběstačnost v běžných denních činnostech (ADL), schopnost orientace, Diabetes mellitus, časované léky, výživa a druh příjmu potravy (per os, PEG, NGS, NJS) a alergie.

Veškeré poskytnuté informace jsem se pokusila shrnout a vytvořit tak další návrh formuláře.

2.4.2 Druhý návrh formuláře

Na základě získané zpětné vazby jsem vytvořila druhou verzi formuláře. Ve druhém návrhu formuláře jsem se věnovala přidání chybějících informací požadovaných studenty při první revizi. Tento formulář je však koncipován pouze pro jednoho pacienta.

Tab. č. 2 - Druhý návrh formuláře

Lůžko č. Den č.	Věk:	Pacient:	Důvod přijetí:	
Rizika: ☐ Dekubity ☐ Malnutrice ☐ Pády		Vstupy: PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE Místo: Den: Krytí: VIP skóre: ☐ PMK Den:		Výživa: Dieta č. NPO - NGS - NJS - PEG - PEJ Den:
Sob. v ADL: ☐ Chodící ☐ Chodící s dopr. ☐ Ležící		Diabetes mellitus: ☐ Inzulin ☐ PAD		
P/V:			Bilance:	
Defekty:		Ošetření:		
Vyšetření: Příprava:			Odběry:	
Čas. léky:			CAVE:	
			Alergie:	
VAS:		Posl. analgetikum:		
Čas:	SpO ₂ :	TK:	P:	TT:
Čas:	SpO ₂ :	TK:	P:	TT:
Čas:	SpO ₂ :	TK:	P:	TT:
Poznámky:				

Popis formuláře

Do horního levého políčka jsem přidala možnosti k doplnění *číslo lůžka, dne hospitalizace a věku pacienta*. Do druhého políčka zleva jsem přidala *pacienta*. Třetí políčko je věnováno *důvodu přijetí*.

Druhý řádek jsem rozdělila do pěti buněk. Levá horní buňka se věnuje *rizikům pacienta*. Jsou zde *riziko dekubitů, pádu a malnutrice*. Studentovi stačí jen poznačit možné riziko. Políčko pod riziky se věnuje *soběstačnosti v běžných denních činnostech (ADL)*. Student zde může zaškrtnout, zda je pacient *chodící, chodící s doprovodem či ležící*. Políčko uprostřed se věnuje *vstupům (katétrům)*. Student může zaškrtnout z možností *PŽK, CŽK, PORT, PICC, MIDLINE*, a následně dopíše *místo vstupu, den vstupu a krytí*. Přidala jsem i možnost doplnění *VIP skóre* pro hodnocení místa vpichu u periferních žilních vstupů. Dále zde student může zaškrtnout, zda má pacient *permanentní močový katétr (PMK)* a *kolikátý den*. Čtvrtá buňka se věnuje *výživě*. Student má možnost doplnit *číslo diety*, případně zakroužkovat, zda má pacient *NPO, NGS, NJS, PEG, PEJ*, případně *kolikátý den*. Pod políčkem s výživou se nachází políčko pro *Diabetes mellitus* a možnost, zda se jedná o pacienta *s inzulinem* či s *PAD (perorální antidiabetika)*.

Další řádek je věnován *příjmu a výdeji tekutin a bilanci*.

Pod příjmem a výdejem tekutin se nachází políčko pro *defekty*. Je zde prostor pro vypsání všech možných defektů.

Pod defekty je místo na *plánovaná vyšetření a odběr biologického materiálu a měření glykémie*.

Další řádek jsem věnovala *časovaným lékům, CAVE a alergii*. Tato pole jsou červeně podbarvena pro svou důležitost.

Řádek pod časovanými léky je věnován *hodnocení bolesti dle VAS* a doplnění *posledního podaného analgetika*.

Tři následující řádky jsou orientovány na měření fyziologických funkcí. Student sem může vepsat *čas*, kdy měřil fyziologické funkce, a má zde připravená políčka pro *saturaci (SpO₂), tlak krve (TK), puls (P)* a *tělesnou teplotu (TT)*.

Poslední řádek je věnován *poznámkám*, které si sem student může vepsat.

Připomínky studentů

Studentky mi po použití formuláře sdělily, že je potřeba lépe uspořádat jednotlivé kategorie a že je potřeba více prostoru pro zapsání léků a dávkování. Dále mi řekly, že by bylo dobré, aby byly důležité věci v jedné řadě. Také by ocenily políčko na orientaci pacienta a snížení počtu políček na měření fyziologických funkcí ze tří na jedno.

Vlastní reflexe

Informace, které obsahuje tento formulář, není možné zaznamenat v průběhu předání směny. Spíše se jedná o záznamový arch pro studenta, který do archu může vepisovat další informace v průběhu směny. Získá tak podklad pro předání pacienta při ukončení praxe.

Formulář je orientován na jednoho pacienta. Je však navržen dle požadavků studentek, které se při ranním předání informací cítí zahlceny informacemi o jednotlivých pacientech a hledají strukturu, do které by tyto informace mohly rychle zaznamenat.

2.4.3 Třetí návrh formuláře

Na základě získané zpětné vazby jsem vytvořila třetí verzi formuláře.

Tab. č. 3 - Třetí návrh formuláře

Lůžko č. Den č.	Věk:	Pacient:	Důvod přijetí:	
Stav: Plán:		Orientace: ☐ Orientovaný ☐ Dezorientovaný	Rizika: ☐ Dekubity ☐ Malnutrice ☐ Pády	
Defekty: Ošetření:		Vstupy: PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE Místo: Den: Krytí: VIP skóre: ☐ PMK Den:	Alergie:	
Sob. v ADL: ☐ Chodící ☐ Chodící s dopr. ☐ Ležící			Detence:	
		Diabetes mellitus __. typu ☐ Inzulin ☐ PAD ☐ Dieta		
Výživa: Dieta č. NPO - NGS - NJS - PEG - PEJ Den:		P/V:		
		Bilance:		
Vyšetření: Příprava:			Odběry:	
Ošetřovatelské intervence:			CAVE:	
			Alergie:	
VAS:		Posl. analgetikum:		
Čas:	SpO₂:	TK:	P:	TT:
Časované léky:				
Další léky:				
Poznámky:				

Popis formuláře

První řádek jsem nechala beze změn. V prvním poli jsem ponechala *číslo lůžka, den hospitalizace, věk pacienta, jméno pacienta a důvod přijetí*.

Do druhého řádku jsem dala políčko k dopsání *stavu pacienta a plánu dne pacienta*. Ve druhém políčku se nachází *orientace pacienta* a je zde na výběr z možností *orientovaný a dezorientovaný*. Ve třetím políčku jsou *rizika*, kde je možné zaškrtnout *riziko dekubitů, malnutrice a pádu*.

Ve třetím řádku se nachází políčko pro vypsání *defektů a způsob ošetření*. O políčko níže je prostor pro výběr *soběstačnosti v každodenních činnostech* s výběrem z možností *chodící, chodící s doprovodem, ležící*. V dalším poli je na výběr ze *vstupů*. Poslední políčko tohoto řádku obsahuje *alergie, detenci a Diabetes mellitus* s výběrem z možností *inzulin, PAD, dieta*.

Další řádek se věnuje *výživě, příjmu a výdeji tekutin a celkové bilanci*.

Do šestého řádku je možné zaznamenat *vyšetření na daný den* a přípravu na ně. Ve druhém políčku je místo pro *odběry biologického materiálu* a záznam hodnoty *glykémie*.

Sedmý řádek se věnuje *ošetřovatelským intervencím, CAVE a alergii*. Políčko *CAVE a alergie* jsou červeně podbarveny pro svou důležitost.

Osmý řádek je vyhrazen pro *hodnocení bolesti dle VAS* a možnosti doplnění *posledního podaného analgetika*.

V řádku devátém je prostor pro zaznamenání měření fyziologických funkcí s možností doplnění *času, saturace, tlaku krve, pulsu a tělesné teploty*.

Desátý řádek je vyhrazen pro *časované léky* a řádek pod ním pro *další léky*, které nemusí být časované.

Poslední řádek je připraven pro doplnění případných *poznámek*.

Vlastní reflexe

Formulář je lépe graficky uspořádaný, ale spíše než jako formulář pro předání směny je využitelný jako záznamový arch pro průběh ošetřování pacienta studentem v průběhu jednodenní praxe.

Formulář je koncipován pro jednoho pacienta a je zaměřený na téměř všechny aspekty péče. Není však dle mého prvotního přání koncipován jako formulář do kapsy pro více pacientů.

Reflexe studentek

Třetí verze byla studentkami hodnocena jako nejpřehlednější a nejpraktičtější. Zdůraznily, že formulář nyní lépe podporuje strukturované a systematické předávání informací a přispívá k větší jistotě při hlášení stavu pacientů.

2.4.4 Alternativní návrh studentky

Po poskytnutí prvotního formuláře se do tvorby formuláře zapojila i studentka, která sama vytvořila podobný formulář a poskytla mi jej k dalšímu vývoji mého formuláře.

Tab. č. 4 - Alternativní návrh studentky

Lůžko č.	Pacient:	Dg.:
<u>Soběstačnost:</u> Soběstačný - částečně soběstačný - nesoběstačný Poz.:	<u>Rizika:</u> Vznik dekubitů - vznik malnutrice - vznik pádů <u>Orientace:</u>	<u>Další onemocnění:</u>
<u>Vstupy:</u> PŽK - CŽK - PORT - PICC - MIDLINE místo: den: krytí: hodnocení: VIP skóre:	<u>Výživa:</u> p. o. - PEG - NGS - NJS dieta: kontinuálně - bolusově	<u>Alergie:</u> léková: potravinová: jiná:
<u>Vyšetření:</u> druh: příprava: péče po vyšetření:	<u>Rány:</u>	<u>Převaz rány:</u>
<u>Diabetes mellitus:</u> inzulin - PAD - dieta odběr gly: léky:	<u>Časované léky:</u>	

Popis formuláře

Na první řádek dala *číslo lůžka, pacienta a diagnózu*.

Do druhého řádku dala *soběstačnost* s výběrem - *soběstačný, částečně soběstačný, nesoběstačný*, do druhého políčka dala *rizika a orientaci*. Ve třetím políčku přidala možnost doplnění *dalších onemocnění*.

Do třetího řádku připravila výběr *vstupů*, obdobně jako já. Do druhého políčka přidala *výživu* a do třetího políčka *alergii* s členěním na *lékovou, potravinovou či jinou*.

Do čtvrtého řádku přidala *vyšetření, druh vyšetření, přípravu a péči po vyšetření*. Do druhého políčka přidala *rány* a do třetího políčka *převaz rány*.

První políčko posledního řádku se týká *Diabetu mellitu*. Do druhého políčka je možné zaevidovat *časované léky*.

Vlastní reflexe

Formulář jako takový je bezpochyby užitečný. Je však důležité si uvědomit, pro jaké pacienty je určen. Dle rozmístění a charakteru jednotlivých polí by byl lépe využitelný na oddělení chirurgického typu.

2.4.5 Návrh umělé inteligence

Po úspěšné shodě na třetím formuláři jsem svůj návrh konzultovala s umělou inteligencí. Ta mi nabídla další formu formuláře (OpenAI, 2023).

Tab. č. 5 - Identifikace pacienta

Jméno a příjmení	
Rok narození	
Číslo lůžka / pokoj	
Diagnóza (hlavní)	
Důvod hospitalizace	

Tab. č. 6 - Stav pacienta

Vědomí	Plně při vědomí / Somnolentní / Bezvědomí			
Orientace	Plně / Částečně / Neorientovaný			
Mobilita	Samostatný / S dopomocí / Imobilní			
Soběstačnost (ADL)	Samostatný / Částečně závislý / Zcela závislý			
Bolest	Ano / Ne	VAS:	Lokalizace	Tupá / Ostrá
Výživa	Per os / Sonda / Nutriční podpora			
Vyprazdňování	Samostatné / Katétr / Stomie / Inkontinence			

Tab. č. 7 - Invazivní vstupy a technické vybavení

Periferní žilní vstup	Ano / Ne	Místo:
Centrální žilní katétr		
Močový katétr		
Ostatní pomůcky	Stomie / PEG / PEJ / Drén	

Tab. č. 8 - Léčba a intervence

Medikace			
Plánovaná vyšetření	Datum:	Čas:	Typ:
Edukace pacienta	Ano / Ne	Téma:	

Tab. č. 9 - Rizika a upozornění

Riziko pádu	Ano / Ne	
Riziko dekubitů	Ano / Ne	
Izolační opatření	Ano / Ne	Typ infekce:
Alergie	Ano / Ne	Specifikace:

Tab. č. 10 - Důležité poznámky

Aktuální psychický stav, obavy, nespecifické potřeby	
Rodinné a sociální souvislosti	
Edukační potřeby pacienta	
Schopnost spolupráce pacienta	

Tab. č. 11 - Shrnutí a doporučení

Co je třeba provést?	
Na co si dát pozor?	
Speciální instrukce	

Tab. č. 12 - Záznam předávající osoby:

Jméno sestry / studenta	
Datum a čas předání	
Podpis	

Popis formuláře

Na základě informací, které jsem umělé inteligenci poskytla, byla vygenerována varianta formuláře vycházející z holistického pojetí péče.

Tabulka č. 5 je věnována *identifikaci pacienta*. Jsou zde kolonky na vepsání *jména a příjmení pacienta, roku narození, čísla lůžka / pokoje, diagnózy (hlavní) a důvodu hospitalizace*.

Tabulka č. 6 se věnuje stavu pacienta. Stav pacienta je rozdělen do kategorií: *vědomí, orientace, mobilita, soběstačnost v ADL, bolest, výživa a vyprazdňování*, které jsou dále rozvinuty. V kategorii *vědomí* lze zaškrtnout z možností *plně při vědomí, somnolentní a bezvědomí*. Kategorie *orientace* dává možnost zaškrtnout, zda je pacient orientován *plně, částečně, nebo neorientovaný*. V oblasti *mobility* je možné označit, zda je pacient *samostatný, pohybuje se s dopomocí, nebo je imobilní*. Rubrika *soběstačnost (ADL)* dává možnost zaškrtnutí, zda je pacient *samostatný, částečně závislý, nebo zcela závislý* na pomoci druhé osoby. V části *bolest* se zaznamenává, zda pacient bolest udává či nikoliv (*ano/ne*), dále lze pomocí škály VAS hodnotit její intenzitu, lokalizovat bolestivé místo a určit charakter bolesti, například zda je *tupá* nebo *ostrá*. Sekce *výživa* rozlišuje, zda pacient přijímá stravu *perorálně (per os)*, pomocí *sondy*, nebo zda je závislý na *nutriční podpoře*. Konečně oblast *vyprazdňování* umožňuje zaznamenat, zda je pacient v této oblasti *samostatný, využívá katétr* či má *stomii*, nebo trpí *inkontinencí*.

Tabulka č. 7 je věnována *invazivním vstupům a technickému vybavení*. Tato tabulka je rozdělena do kategorií *periferní žilní vstup (PŽK), centrální žilní katétr (CŽK), močový katétr (PMK) a ostatní pomůcky*, které jsou dále rozvinuty. U kategorie *periferní žilní vstup (PŽK)* lze zaškrtnout možnost *ano/ne* a doplnit *místo vstupu*. Kategorie *centrální žilní katétr (CŽK)* nám dává prostor pro zapsání jakýchkoliv informací, stejně jako kategorie *močový katétr*. Konečně oblast *ostatní pomůcky* nám dává na výběr z možností *stomie, PEG, PEJ a drén*, které lze zaškrtnout.

Tabulka č. 8 se věnuje *léčbě a intervencím*. Tabulka je rozdělena do kategorií *medikace, plánovaná vyšetření a edukace pacienta*. Do pole *medikace* je možné vepsat specifické nebo důležité léky, které pacient užívá. Kategorie *plánovaná vyšetření* dává

možnost dopsat *datum, čas a typ vyšetření*. Konečně kategorie *edukace pacienta* dává možnost zaškrtnout *ano/ne*, zda edukace proběhla, případně na jaké *téma*.

Tabulka č. 9 je věnována *rizikům a upozorněním*. Z tohoto důvodu je i červeně podbarvena. Tabulka je rozdělena do kategorií *riziko pádu, riziko dekubitů, izolační opatření a alergie*. U všech zmíněných kategorií je možnost zaškrtnutí možnosti *ano/ne*. U kategorie *izolační opatření* lze navíc dopsat *typ infekce* a u kategorie *alergie* lze alergii specifikovat.

Tabulka č. 10 se věnuje *důležitým poznámkám*. Je dále rozdělena na kategorie *aktuální psychický stav, obavy, nespecifické potřeby; rodinné a sociální souvislosti; edukační potřeby pacienta a schopnost spolupráce pacienta*. Do každé kategorie lze dopsat potřebné poznámky.

Tabulka č. 11 je věnována *shrnutí a doporučením*. Dělí se na kategorie *co je třeba provést, na co si dát pozor a speciální instrukce*. Ke každé z těchto kategorií lze dopsat potřebné informace.

Tabulka č. 12 se věnuje *záznamu předávající osoby*. Kategorie, na které je dále rozdělena, jsou *jméno sestry / studenta, datum a čas předání a podpis*. Ke každé kategorii je možné dopsat potřebná data.

Vlastní reflexe

Umělá inteligence navrhla vepsání *diagnózy* a *důvodu hospitalizace*, ale diagnózu během hospitalizace na interním oddělení teprve zjišťujeme. Důležitější pro naši praxi je znát důvod hospitalizace. Proto v konečném formuláři navrhuji kolonku *diagnózy* nahradit *důvodem hospitalizace*.

Ostatní kolonky dávají smysl. Celý formulář, který navrhla umělá inteligence, je pojat holistickým přístupem, neboť obsahuje i *aktuální psychický stav pacienta, obavy, nespecifické potřeby, rodinné a sociální souvislosti, potřebu edukace a schopnost spolupráce pacienta*.

Výtku mám k tabulce č. 9, která neobsahuje *riziko malnutrice*. Do konečného formuláře však toto riziko zahrnu.

2.4.6 Konečný návrh formuláře

Po analýze a diskuzi s vedoucí práce navrhuji formulář vycházející z reálné praxe na oddělení interního typu v ÚVN-VFN Praha.

Tab. č. 12 - Konečný návrh formuláře

Lůžko č. Den č.	Věk:	Pacient: <i>ŠTÍTEK PACIENTA</i>	Důvod přijetí:	
Vědomí: Plně - Somnolentní - Bezvědomí Mobilita: Samost. - S dopom. - Imobilní		Orientace: ☐ Plně ☐ Částečně ☐ Neorientovaný	Rizika: ☐ Dekubity ☐ Malnutrice ☐ Pády	
Defekty: Ošetření:		Vstupy: PŽK - CŽK - PORT PICC - MIDLINE Místo: Den: Krytí: VIP skóre: Vyprazdňování ☐ PMK Den: ☐ Stomie ☐ Inkontinence	Alergie:	
Sob. v ADL: ☐ Chodící ☐ Chodící s dopr. ☐ Ležící			Detence:	
			Diabetes mellitus __. typu ☐ Inzulin ☐ PAD ☐ Dieta	
Výživa: Dieta č. p.o. - NPO - NGS - NJS - PEG - PEJ Den:		P/V:		
		Bilance:		
Vyšetření: Příprava:			Odběry:	
Ošetřovatelské intervence:			CAVE:	
			Alergie:	
Bolest:	VAS:	Posl. analgetikum:		
Čas:	SpO₂:	TK:	P:	TT:
Časované léky:				
Další léky:				

Psychický stav:	Spolupráce:
Co je třeba provést: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____	Na co si dát pozor: Izolační opatření: Ano / Ne
Poznámky:	

Popis formuláře

Do prvního políčka jsem navrhla vyplnění *čísla lůžka a dne hospitalizace pacienta*. Hned vedle jsem přidala políčko pro záznam *věku pacienta*. Do dalšího pole se vkládá *štítek pacienta s jeho jménem a příjmením*, rodné číslo není pro studenta podstatné. Za ním následuje kolonka pro *důvod přijetí*.

Do prvního řádku další sekce jsem připravila možnosti k označení stavu *vědomí*, a to *plně při vědomí, somnolentní, bezvědomí*, úroveň *orientace*, a to *plně, částečně, neorientovaný*, a *mobility - samostatný, s dopomocí, imobilní*.

V dalším řádku jsem vytvořila pole pro zaznamenání *defektů* (např. ran, dekubitů) a *alergií*. Dále jsem přidala kolonku pro *rizika*, kde lze zaškrtnout *riziko dekubitů, malnutrice* nebo *pádů*.

Následuje část věnovaná *soběstačnosti v aktivitách denního života (ADL)*, kde lze označit, zda je pacient *chodící, chodící s dopomocí nebo ležící*. Do sousedního políčka jsem přidala *vstupy – PŽK, CŽK, PORT, PICC nebo MIDLINE* – včetně prostoru pro uvedení *místa a data zavedení*. Další pole se věnuje *výživě*, kde lze zaškrtnout způsob příjmu stravy - *per os, NPO, NGS, NJS, PEG nebo PEJ*, a vypsát *typ diety*. Vedle kategorie je výživy je políčko s možností zápisu *příjmu a výdeje tekutin a bilance*.

Dále jsem navrhla řádek pro záznam o *vyšetřeních, plánovaných výkonech a odběrech*. Nechybí prostor pro zaznamenání *ošetřovatelských intervencí* a případná upozornění v kolonce *CAVE* (důležitá upozornění) a *alergie*. Tyto kolonky jsou zvýrazněny červenou barvou, aby bylo minimalizováno přehlédnutí.

Do dalšího řádku jsem vložila kolonky pro *hodnocení bolesti* (včetně VAS škály), *poslední podané analgetikum a vitální funkce* (čas měření, saturace, tlak, puls, teplota). Také jsem přidala políčka pro *časované a další léky*.

Ve spodní části formuláře se nachází *hodnocení psychického stavu pacienta* a jeho *spolupráce*. V pravé části je kolonka *Na co si dát pozor*, kde je možné upozornit na specifické okolnosti, včetně informace o *izolačních opatřeních*. Dále je zde kolonka *Co je třeba provést*, kde lze pomocí odrážek zapsat konkrétní úkoly nebo intervence směny. Poslední pole formuláře je vyhrazeno pro *poznámky*, kde lze volně doplnit jakékoli další důležité informace týkající se pacienta.

Vlastní reflexe:

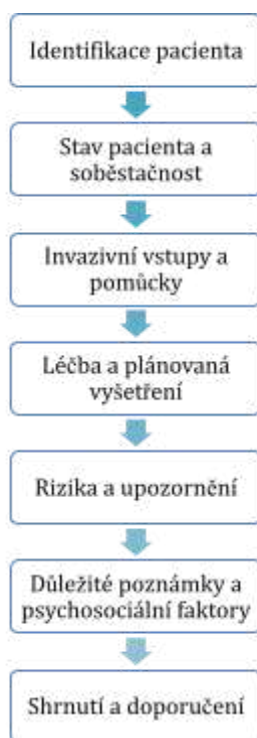
Konečná fáze formuláře mi přijde jako v praxi nejvyužitelnější. Formulář je sice situován na jednoho pacienta, ale zároveň na mnoho aspektů péče o jednotlivé pacienty.

Při tvorbě konečné fáze jsem spolupracovala s návrhem formuláře č. 3 a s návrhem umělé inteligence, které jsem se snažila sjednotit, aby dávaly v klinické praxi smysl. Některé poznámky, které navrhuje umělá inteligence, vycházejí jednoznačně z holistického pojetí člověka, nejsou však pro studenta 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství relevantní. Student 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství se během praxe připravuje na praktickou zkoušku, jejímž cílem je zhodnotit provedení praktických úkolů. Záznam předávající osoby jsem z formuláře zcela vyškrtla, neboť není pro studenty na odborné praxi důležitý.

2.5 Schéma toku informací při předávání pacienta

Po vytvoření formuláře jsem vytvořila ještě schéma toku informací při předávání pacienta. Takové schéma by mohlo být jednoduchou strukturou pro předávání pacienta, aby nebyly opomenuty jednotlivé složky péče. Schéma vychází z Resortních bezpečnostních cílů a z nástroje ISBAR.

Tab. č. 13 - Schéma toku informací



2.6 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou předávání směny v kontextu odborné praxe studentů oboru Všeobecné ošetřovatelství, přičemž důraz byl kladen na kontinuitu péče, komunikační nástroje a vliv směnnosti na kvalitu poskytovaných služeb. Výsledky teoretické části poukázaly na skutečnost, že předávání směny je klíčovým momentem v rámci zajištění bezpečnosti pacienta, přičemž jak ústní, tak písemné formy mají své výhody i nevýhody. Efektivní předání je však často narušeno vlivy prostředí, absencí strukturovaného formátu či nedostatečným školením personálu, jak ukazují i zahraniční výzkumy (Anderson & Mangino, 2006; Starmer et al., 2014).

Empirická část práce, realizovaná v rámci akčního výzkumu na interním oddělení ÚVN, přinesla cenný vhled do zkušeností studentů během odborné praxe. Výsledky ukázaly, že předávání směny je pro studenty často rychlé, málo strukturované a obtížně srozumitelné. To potvrzuje potřebu poskytnout studentům podpůrné nástroje, které jim usnadní orientaci v informacích a umožní efektivní zapojení do péče. Navržený formulář představuje jedno z možných praktických řešení, jak studentům pomoci lépe zaznamenávat a strukturovat informace o pacientech

Zajímavým poznatkem je i skutečnost, že strukturované nástroje jako ISBAR či CARE nejsou běžně používány na standardních odděleních, přestože jejich implementace prokazatelně zvyšuje kvalitu komunikace a snižuje riziko chyb (Marshall et al., 2009; Haddeland et al., 2022). Je tedy zřejmé, že by širší zavedení těchto nástrojů mohlo mít pozitivní dopad nejen na kontinuitu péče, ale i na vzdělávání budoucích sester. Omezením práce je její realizace na jednom typu oddělení a malém počtu studentek, což může ovlivnit zobecnitelnost výsledků.

Výsledkem mé bakalářské práce je Konečný formulář, který může studentům sloužit k zaznamenávání informací během směny a jako podpůrný materiál k následnému předání splněných intervencí sestrám. Konečný formulář je koncipován pro jednoho pacienta. Důležitou otázkou je, kolik potřebuje mít student pacientů přiřazeno. Pokud by se student věnoval pouze jednomu pacientovi, formulář by pro něj byl vhodný, protože po doplnění obsahuje téměř všechny potřebné informace. Pokud by se však student zaměřoval spíše na výkony, využil by spíše Návrh formuláře č. 1.

Během praxe jsme pracovali s tradičním biomedicínským modelem. Cílem praxe je připravit se na praktickou zkoušku, která se skládá ze základních praktických úkonů. Aby se student na tuto zkoušku dovedl připravit, je třeba, aby se rutinně zapojoval do co největšího množství praktických úkonů. Proto je pro studenta tradiční biomedicínský model péče podstatný. Ve 3. ročníku studia má student oboru Všeobecné ošetřovatelství možnost širšího zapojení v holistickém pojetí člověka, neboť již praktické úkony umí a potřebuje spíše propojovat vědomosti o pacientech s důvodem provádění úkonů.

Konečný návrh formuláře by tedy mohl mít větší význam pro studenty třetího ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství, případně pro začínající sestry, které by si díky jeho využívání mohly lépe ucelit veškeré informace.

V průběhu tvorby formuláře jsem poskytla informace umělé inteligenci, aby mi sama navrhla svůj vlastní formulář. Zajímala mne její verze a zda by byla využitelná. Podklady, které jsem umělé inteligenci poskytla, byly dostačující. Část formuláře od umělé inteligence využitelná je, část ne. Umělá inteligence se zaměřila spíše na holistické pojetí člověka, které však při velkém množství pacientů není v praxi často dosažitelné.

V závěru tvorby formuláře jsem navrhla tok informací, který by mohl při předání směny sloužit jako podpůrná struktura. Pokud by se předání sester sjednotilo dle této struktury, studentům by to zjednodušilo zápis veškerých informací, protože by mohli očekávat, jaká informace v jaké části předání přijde.

Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku předávání směny ve všeobecném ošetrovatelství s důrazem na odbornou praxi studentů. Cílem bylo vytvořit nástroj, který usnadní studentům sběr a záznam informací o pacientech při ranním hlášení. Teoretická část se věnovala významu kontinuity péče, organizaci směnného provozu, stylům předávání směny a významu komunikačních nástrojů jako ISBAR a CARE. Praktická část zahrnovala akční výzkum na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN-VFN Praha, v jehož rámci byl vytvořen a pilotně ověřen formulář pro studenty. Výsledky ukazují, že strukturovaný nástroj může studentům pomoci lépe se orientovat v informacích o pacientech, a tím zlepšit jejich zapojení do péče. Práce zároveň upozorňuje na potřebu širšího využívání strukturované komunikace v klinické praxi.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou předávání směn z pohledu studentů oboru Všeobecné ošetrovatelství na odborné praxi. Cílem práce bylo vytvořit podpůrný nástroj – jednoduchý a strukturovaný formulář, který by studentům pomáhal při sběru a organizaci klíčových informací o pacientech během ranního hlášení.

V teoretické části byly shrnuty poznatky o důležitosti kontinuity péče, organizaci směnného provozu, rizicích spojených s únavou zdravotníků, a také o nástrojích pro efektivní předávání informací mezi zdravotníky, jako jsou schémata ISBAR a CARE. Dále byl reflektován vliv tradičního biomedicínského modelu a význam bezpečnostních opatření dle Resortních bezpečnostních cílů MZ ČR.

Empirická část se zaměřila na vytvoření a testování formuláře prostřednictvím akčního výzkumu, kterého se účastnily studentky druhého ročníku. Postupným vývojem na základě zpětné vazby a návrhů účastnic vznikl praktický nástroj, který reflektuje potřeby studentů i klinického prostředí. Do návrhu formuláře byly zapojeny také výstupy umělé inteligence (ChatGPT), čímž byla podpořena inovativnost a efektivita tvorby.

Výsledkem je funkční podoba formuláře, která může sloužit nejen studentům, ale i jako inspirace pro sestry či vzdělávací instituce, které usilují o zlepšení kvality odborné praxe. Formulář pomáhá posílit strukturované myšlení, organizaci informací a připravenost studentů na samostatnou klinickou práci.

Seznam použité literatury

ÅKERSTEDT, Torbjörn, KECKLUND, Göran, ALFREDSSON, Lars a SELÉN, Jan. *Predicting long-term sickness absence from sleep and fatigue*. Journal of Sleep Research [online]. 2007, vol. 16, no. 4, s. 341–345 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0962-1105. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18036078/>

ANDERSON, C. D. a R. R. MANGINO. *Nurse shift report: Who says you can't talk in front of the patient?* Nursing Administration Quarterly [online]. 2006, 30(2), 112–122 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00006216-200604000-00008>

ARORA, Vineet a JOHNSON, Julia. *A model for building a standardized hand-off protocol*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [online]. 2006, vol. 32, no. 11, s. 646–655 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1553-7250. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17120925/>

BALL, Jane E., MURRELLS, Trevor, RAFFERTY, Anne M., MORROW, Elizabeth a GRIFFITHS, Peter. *'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care*. BMJ Quality & Safety [online]. 2014, vol. 23, no. 2, s. 116–125 [cit. 2025-05-15]. ISSN 2044-5415. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23898215/>

BENISKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelské vizity a jejich důležitosti z pohledu sestry a pacienta* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Andrea Hudáčková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/af36aw/>

CARUSO, Claire C. *Negative impacts of shiftwork and long work hours*. Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses [online]. 2014, vol. 39, no. 1, s. 16–25 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0278-4807. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23780784/>

CHABOYER, Wendy, McMURRAY, Anne, JOHNSON, Joanne, HARDY, Linda, WALLIS, Marianne a CHU, Fang Ying (Sylvia). *Bedside handover: Quality improvement strategy to “Transform Care at the Bedside”*. Journal of Nursing Care Quality [online]. 2009, vol. 24, no. 2, s. 136–142 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1550-5065. Dostupné z: https://journals.lww.com/jncqjournal/abstract/2009/04000/bedside_handover_quality_improvement_strategy_to.9.aspx

DALL'ORA, Chiara, GRIFFITHS, Peter, BALL, Jane, et al. *Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries*. BMJ Open [online]. 2015, vol. 5, e008331 [cit. 2025-05-15]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008331>

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, ISUSI, Iñigo. *Work-related musculoskeletal disorders – Facts and figures – Synthesis report (of 10 national reports)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union [online]. 2020 [cit. 2025-05-15]. ISBN 978-92-9479-148-1. Dostupné z: https://osha.europa.eu/sites/default/files/Work_related_musculoskeletal_disorders_%20Facts_and_figures.pdf

GEORGE, Tegan. *What Is Action Research? | Definition & Examples* [online]. Scribbr, 2023-01-27 [cit. 2025-05-18]. Dostupné z: <https://www.scribbr.com/methodology/action-research/>

GERRISH, K. *Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society*. Journal of Advanced Nursing [online]. 2000, 32, s. 91–99 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01455.x>

GRIFFITHS, Peter, DALL'ORA, Chiara, SIMON, Matthias, BALL, Jane, LINDQVIST, Rafael, RAFFERTY, Anne Marie a AIKEN, Linda H. *Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety*. Medical Care [online]. 2014, vol. 52, no. 11, s. 975–981 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0025-7079. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25226543/>

HADDELAND, Kristine, MARTHINSEN, Gunn N., SÖDERHAMN, Ulrika, FLATELAND, Siri M. T. a MOI, Elin M. B. *Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists*. Intensive and Critical Care Nursing [online]. 2022, vol. 70, 103195 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0964-3397. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35094916/>

HAIG, K. M., SUTTON, S. a WHITTINGTON, J. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [online]. 2006, 32(3), s. 167–175 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16617948/>

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovateľská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.

LOCKLEY, Steven W., LANDRIGAN, Christopher P., BARGER, Laura K., CZEISLER, Charles A. a HARVARD WORK HOURS HEALTH AND SAFETY GROUP. *When policy meets physiology: the challenge of reducing resident work hours*. Clinical Orthopaedics and Related Research [online]. 2006, no. 449, s. 116–127 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0009-921X. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16770285/>

MANIAS, Elizabeth, GEDDES, Fiona, WATSON, Bronwyn, JONES, Dianne a DELLA, Peter. *Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals*. Journal of Clinical Nursing [online]. 2016, 25(1–2), 80–91 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12986>

MARSHALL, Stuart, HARRISON, Jeff a FLANAGAN, Brendan. *The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication*. Quality & Safety in Health Care [online]. 2009, vol. 18, no. 2, s. 137–140 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1475-3898. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19342529/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>

MOI, Ellen Benestad, SÖDERHAMN, Ulrika, MARTHINSEN, Gunhild Nordbø a FLATELAND, Sylvi Merethe Tveit. *The ISBAR tool leads to conscious, structured communication by healthcare personnel*. Sykepleien Forskning [online]. 2019, 14, e-74699 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://sykepleien.no/en/forskning/2019/03/isbar-tool-leads-conscious-structured-communication-healthcare-personnel>

NURSING TIMES. *Shift work in hospitals: what are the effects on patients and staff?* [online]. London: EMAP Publishing, 2018 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/180530-Shift-work-in-hospitals-what-are-the-effects-on-patients-and-staff_NEW.pdf

O'CONNELL, Breda, MACDONALD, Kate a KELLY, Cathy. *Nursing handover: it's time for a change*. Contemporary Nurse [online]. 2008, vol. 30, no. 1, s. 2–11 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1839-3535. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19072186/>

OPENAI. *ChatGPT [AI chatbot]*. OpenAI. [cit. 2025-05-15]. Dostupný z: <https://chat.openai.com/>

PATTERSON, Emily S. a WEARS, Robert L. *Patient handoffs: Standardized and reliable measurement tools remain elusive*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [online]. 2010, vol. 36, no. 2, s. 52–61 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1553-7250. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725010360119?via%3Dihub>

PEARSON, Alan, VAUGHAN, Barbara a FITZGERALD, Mary. *Nursing Models for Practice*. 3. vyd. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2004. ISBN 978-0-75065-442-5.

Standardní ošetrovatelský postup: Předávání informací mezi směny [interní dokument]. Ev. č.: SOP – 3/2018 – ÚVN – 2. Praha: Ústřední vojenská nemocnice, 2018.

SCHÜTZNEROVÁ, Adéla. *Specifika práce sestry na interním oddělení* [online]. Jihlava, 2022. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/64118/thema/9215>

SPOONER, Amy J., CHABOYER, Wendy, CORLEY, Andrea, HAMMOND, Naomi a FRASER, John F. *Understanding current intensive care unit nursing handover practices*. International Journal of Nursing Practice [online]. 2013, vol. 19, no. 2, s. 214–220 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23577979/>

SPOONER, Amy J., AITKEN, L. M., CORLEY, A. a CHABOYER, W. *Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study*. Australian Critical Care [online]. 2018, 31(1), s. 47–52 [cit. 2025-05-15]. DOI: 10.1016/j.aucc.2017.01.005. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238586/>

STAGGERS, Nancy a JENNINGS, Bonnie M. *The content and context of change of shift report on medical and surgical units*. Journal of Nursing Administration [online]. 2009, vol. 39, no. 9, s. 393–398 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0002-0443. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19745636/>

STARMER, Adam J., SPECTOR, Nancy D., SRIVASTAVA, Rishi, et al. *Changes in medical errors after implementation of a handoff program*. New England Journal of Medicine [online]. 2014, vol. 371, no. 19, s. 1803–1812 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1405556>

STIMPFEL, Amy Witkoski, SLOANE, Douglas M. a AIKEN, Linda H. *The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction*. Health Affairs (Project Hope) [online]. 2012, vol. 31, no. 11, s. 2501–2509 [cit. 2025-05-15]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23129681/>

STIMPFEL, Amy Witkoski a AIKEN, Linda H. *Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care*. Journal of Nursing Care Quality [online]. 2013, vol. 28, no. 2, s. 122–129 [cit. 2025-05-15]. ISSN 1550-5065. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23023189/>

THE JOINT COMMISSION. *Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care*. [online]. 2017 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://flbog.sip.ufl.edu/risk-rx-article/transitions-of-care-the-need-for-a-more-effective-approach-to-continuing-patient-care/>

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. *Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu* [online]. Praha: ÚVN, [cit. 2025-05-15]. Dostupné z:

<https://www.uvn.cz/cs/oddeleni-gastroenterologie-hepatologie-a-metabolismu>

ZONNEVELD, Karin. *Nurse schedule: everything you need to know about nurse shifts*

[online]. Nursa, 2024 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://nursa.com/blog/nurse-schedule>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tab. č. 1 První návrh formuláře	33
Tab. č. 2 Druhý návrh formuláře	35
Tab. č. 3 Třetí návrh formuláře	38
Tab. č. 4 Alternativní návrh studentky	41
Tab. č. 5 Identifikace pacienta	43
Tab. č. 6 Stav pacienta	43
Tab. č. 7 Invazivní vstupy a technické vybavení	43
Tab. č. 8 Léčba a intervence	44
Tab. č. 9 Rizika a upozornění	44
Tab. č. 10 Důležité poznámky	44
Tab. č. 11 Shrnutí a doporučení	44
Tab. č. 12 Záznam předávající osoby	44
Tab. č. 13 Konečný návrh formuláře	48
Tab. č. 14 Schéma toku informací	51