

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sestra a ošetrovatelská dokumentace

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Rolantová Lucie

Autor:

Stanislava Včelová

2012

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of using nursery documentation and working with this documentation. The nursery documentation forms fundamental material contributing to the correct operation of the patients' hospital care. These documents should be unconditionally maintained about each hospitalized patient as this fact also arises from the Czech legislation. The nurse's work with the nursery documents is based on its correct, faultless and legible maintenance. The nurse records quality, actual, complete and essential information regarding the patient's health condition in this documentation and works with these data which she uses in the nursing process. The most used form of the maintenance of the nursery documentation is a written form. Nowadays a nurse meets also with an electronic form of the nursery documents which is to help her to get more time for communication and care for the patient.

The aim of this bachelor thesis was to discover the use of the nursery documentation in the selected hospital facility.

The research investigation was executed by quantitative method. Case interpretations were processed based on interviews and the most important data were put in categorization tables. The research investigation was executed with ten randomly selected sisters who work in a neurosurgical and cardio-surgical department in the hospital Na Homolce.

A wide spectre of problems occurred with the maintenance of the nursery documents.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Sestra a ošetrovatelská dokumentace” jsem 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, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích.....

Včelová Stanislava

Poděkování

Velice děkuji Mgr. Lucii Rolantové za její cenné rady a pomoc při vedení mé bakalářské práce, rovněž děkuji své rodině a kolegům za trpělivost. A v neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na rozhovoru.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 <i>Ošetrovatelský proces</i>	5
1.1.1 <i>Fáze ošetrovatelského procesu</i>	6
1.2 <i>Zdravotnická dokumentace</i>	7
1.3 <i>Ošetrovatelská dokumentace</i>	8
1.3.1 <i>Formy ošetrovatelské dokumentace</i>	10
1.3.1.1 <i>Elektronická ošetrovatelská dokumentace</i>	11
1.3.2 <i>Obsah a formuláře v ošetrovatelské dokumentaci</i>	12
1.3.3 <i>Chyby v ošetrovatelské dokumentaci</i>	14
1.3.4 <i>Kontrola ošetrovatelské dokumentace</i>	16
1.3.5 <i>Archivace a skartace ošetrovatelské dokumentace</i>	17
1.4 <i>Legislativa v České republice</i>	18
1.4.1 <i>Nahlížení do ošetrovatelské dokumentace</i>	19
1.4.2 <i>Povinná mlčenlivost</i>	20
2. Cíle práce a výzkumné otázky	21
2.1 <i>Cíl práce</i>	21
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	21
3. Metodika	22
3.1 <i>Metodika práce</i>	22
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	22
4. Výsledky	23
4.1 <i>Kazuistiky respondentů</i>	23
4.2 <i>Kategorizace dat v tabulkách</i>	36
5. Diskuse	46
6. Závěr	52
7. Použitá literatura	53
8. Klíčová slova	56
9. Přílohy	57

Úvod

Ošetrovatelská dokumentace je součástí a náplní práce každé sestry. Je velmi zásadní a důležitá pro veškerý zdravotnický personál v multidisciplinárním týmu. Je neoddelitelnou součástí každodenní práce, a proto se o ní aktivně zajímá celý multidisciplinární tým. Jelikož se jedná o součást medicínského postupu, začíná se o ni zajímat také laická veřejnost.

Ošetrovatelská dokumentace je základním pracovním materiálem ošetřující sestry v péči o pacienta. Stanovuje zodpovědnost při plánování, provádění a vyhodnocení ošetrovatelské péče.

Práce s ošetrovatelskou dokumentací není jednoduchá. Musí být řádně vedena od nástupu hospitalizace pacienta do ukončení jeho pobytu v nemocničním zařízení. Přesné a správné vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá zvýšit nejen hodnotu poskytované péče pacientům, ale také pomáhá ochránit pacienta, sestru a ostatní zdravotnický personál v multidisciplinárním týmu před případným právním postihem.

V této bakalářské práci s názvem „Sestra a ošetrovatelská dokumentace“ se budu zabývat problematikou tohoto dokumentu a oblíbeností používání dokumentace mezi sestrami. V posledních letech se neustále o tomto tématu hovoří mezi všemi zdravotníky. Neustálé přeměny a různorodost ve formulářích ošetrovatelské dokumentace způsobují velké dohady, a to nejen mezi sestrami. Jelikož s tímto materiálem pracuji ve svém zaměstnání permanentně a setkávám se s různými druhy formulářů a s různými reakcemi sester, brala jsem volbu tohoto tématu jako velkou výzvu.

Správné vedení a uchovávání ošetrovatelské dokumentace může pomoci zejména zdravotníkům při řešení stížností a také je ochránit před právním postihem ze strany pacientů a jejich rodin. Právě tento dokument může sloužit u soudních procesů jako hlavní důkazní materiál.

Samozřejmou povinností k dokončení mého bakalářského studia je zpracování bakalářské práce. Doufám však, že tato práce přinese nějaké klady a bude, alespoň z malé části přínosem. V rámci svého zaměstnání jsem se několikrát setkala s problémem správného vedení a vyplňování dokumentace. Z příčiny nedostatečného

zájmu o ošetrovatelskou dokumentaci mezi sestrami, byl také jeden z mých důvodů věnovat se více této problematice.

1. Současný stav

1.1 Ošetrovatelský proces

Poprvé byl termín ošetrovatelský proces zaveden v 50. letech. Použila ho sestra Hallová, která pocházela z Ameriky. Ošetrovatelský proces je nyní nedílnou součástí ve většině států, které ho používají již v učebních osnovách (1, 2).

Sám název „proces“ naznačuje sled připravovaných aktivit, jež jsou určeny k dosažení jasného výsledku. Proces je metodou, která sestřám usnadňuje a pomáhá samostatně řešit rozhodnutí a problematické situace, které mohou vzniknout, a tím být prospěšná pacientovi (1, 2).

Díky ošetrovatelskému procesu se sestra může rozhodovat pro co nejefektivnější provedení péče a stanovit si své cíle, které může realizovat a hodnotit. Sestra může také v průběhu realizace reagovat na vzniklé změny v ošetrovatelském procesu. Při všech stupních ošetrovatelského procesu musí sestra brát zřetel na to, že pacient je lidskou bytostí a volit holistický přístup. Je třeba si uvědomit, že kvalita péče nezávisí pouze na samotných sestřách, ale na celém systému zdravotní péče, na spolupráci s ostatními členy v multidisciplinárním týmu a také na samém pacientovi (1, 3, 4).

Výhody ošetrovatelského procesu pro pacienta spočívají v co nejkvalitnějším plánování péče, která uspokojuje potřeby jak jednotlivce nebo rodiny, tak i komunity a celé společnosti. Další výhodou může být návaznost a kontinuita péče o pacienta. V neposlední řadě je výhodou účast samotného pacienta na péči. Pro sestru spočívají výhody v tom, že se může vyhnout případnému rozporu se zákonem. Dále sestře napomáhá v odborném rozvoji a vede ke spokojenosti v zaměstnání. Významným aspektem pro sestru je získat náležité vzdělání a dovednost v oblasti interpersonální, intelektové a dovedné, aby mohla techniky ošetrovatelského procesu co nejlépe uplatnit (2, 5).

Uspokojování jednotlivých potřeb pacienta a kvalitní ošetrovatelská péče jsou účelem ošetrovatelského procesu. V dnešní době se rozlišuje pět fází ošetrovatelského procesu, které jsou využívány v ošetrovatelské dokumentaci pacienta. Fáze

ošetřovatelského procesu využívají státní i nestátní zdravotnická zařízení v podobě formulářů, které si sami připravují a využívají jej ve svém provozu (1, 2).

Využití ošetřovatelského procesu se poprvé legitimizovalo ve Spojených státech amerických na konci 90. let, kdy jej vydala jako „Standard ošetřovatelské praxe“ Americká asociace sester. Také v České republice byl ošetřovatelský proces přijat jako metoda ošetřovatelské praxe, a to českou asociací sester (1, 2, 3).

1.1.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Zhodnocení je první fáze ošetřovatelského procesu. Sestra v této fázi používá metody pozorování, rozhovoru, naslouchání a shromažďuje základní screeningové údaje pomocí fyzikálního vyšetření pacienta. Získané informace můžeme dělit na objektivní a subjektivní. Objektivní typ informací, tzv. příznaky, rozpozná sestra pozorováním. Příznaky může sama zjistit zrakem, dotykem, sluchem nebo čichem. Oproti tomu subjektivní typ informace neboli vnitřní pocity nám charakterizuje sám pacient, který pociťuje vlastní zdravotní stav či životní situaci. Také informace poskytnutá rodinným příslušníkem nebo jiným zdravotním pracovníkem v multidisciplinárním týmu a která se nezakládá na faktech, se považuje za informaci subjektivní. Všechna získaná data zapíše sestra do formuláře pro ošetřovatelskou anamnézu (2).

Diagnostika je druhá fáze ošetřovatelského procesu. Při získání a vyhodnocení všech údajů určí sestra ošetřovatelskou diagnózu. Ošetřovatelskou diagnózou nazve sestra problém pacienta, jeho odezvu na zdravotní problém a charakteristický projev problému. Ošetřovatelské diagnózy se mohou projevat jasně. Tzv. aktuální ošetřovatelské diagnózy nebo skryté, kde existuje riziko jejich vzniku. Jsou to potenciální ošetřovatelské diagnózy. A třetím typem diagnózy, která slouží k podpoře zdraví a může zlepšit stav pacienta, je diagnóza edukační. Sestra pojímá pouze ty ošetřovatelské diagnózy, které je způsobilá a oprávněná sama ovlivnit. Sestra rozebírá a sjednocuje vlastní získané poznatky, což je nazýváno diagnostickým procesem. Sestra v tomto procesu uplatňuje sérii myšlenkových pochodů. Etapy diagnostického procesu se rozdělují na rozbor informací, identifikaci problémů, formulování ošetřovatelské diagnózy a priority diagnózy. Ošetřovatelskou diagnózu lze popsat volně, když sestra

popíše stručně problém pacienta. V dnešní době je snaha používat kompaktní terminologie, které propracovávají některé význačné mezinárodní sesterské organizace. Nejznámější je systém North American Nursing Diagnosis Association, zkráceně NANDA. Asociace NANDA si vzala za cíl zlepšit a podporovat systém ošetřovatelských diagnóz, a proto byla v roce 1988 vytvořena NANDA taxonomie I, která zahrnovala 9 kategorií. V pozdějších letech se začalo vytvářet 13 kategorií a byla vytvořena NANDA II, jež se v České republice používá od roku 2005 (2, 6, 7).

Plánování je třetí fáze ošetřovatelského procesu. Sestra zde sestavuje písemnou formou plán ošetřovatelské péče o pacienta. Snaží se odstranit či zmírnit zjištěné pacientovy problémy, přičemž se snaží sladit s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Součástí plánování je vymezení priorit. Priority mohou být akutní (život ohrožující), střední (zdraví ohrožující) anebo nízké. Vyskytne-li se mezi sestrou a pacientem odlišný názor na prioritu, je nutné, aby sestra s pacientem otevřeně komunikovala. Další součástí plánování je stanovení cílů, jež jsou očekávaným výsledkem ošetřovatelské péče. Cíle mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Jakýkoliv cíl musí být ve shodě s léčebným stanoviskem lékaře. Očekávaný výsledek je takový, který je měřitelný a směřuje k zlepšení zdravotního stavu pacienta. Následuje volba a sestavení sesterských intervencí a sestavení individuální psané podoby plánu ošetřovatelské péče. Jakákoliv ošetřovatelská intervence má být jasná a přesně určená a vždy začínat činným slovesem (2).

Realizace je čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu, při němž sestra i každý člen v multidisciplinárním týmu začnou u pacienta s realizací individuálního plánu ošetřovatelské péče. V této fázi je důležité aktivně zapojit pacienta či jeho rodinu (2).

Vyhodnocení je pátá fáze ošetřovatelského procesu, při níž sestra vyhodnocuje efektivitu své poskytnuté péče u pacienta: jestli byly očekávané výsledky dosaženy, zda péče vedla k zlepšení stavu či zda výsledky dosaženy nebyly (2).

1.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je systematický záznam, který obsahuje informace k jednotlivému pacientovi od počátku hospitalizace po její ukončení. Zdravotnická

dokumentace se vede a uchovává pro každého pacienta samostatně. Informuje o zdravotním stavu a provedených intervencích u pacienta. Při poskytování péče pacientovi se vede dokumentace, která je vedená lékaři, dále je to dokumentace ošetrovatelská a dokumentace provozní (8, 9).

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů, upravuje nakládání a vedení zdravotnické dokumentace. Pro všechna zdravotnická zařízení státní či nestátní je vedení zdravotnické dokumentace povinné (10, 11).

Zdravotnická dokumentace pacienta představuje základní pracovní materiál lékaře a dalšího zdravotnického pracovníka. Je důležité, aby zdravotnická dokumentace počínaje ošetrovatelskou dokumentací byly pospolu, aby každý zdravotník v multidisciplinárním týmu mohl být dostatečně a kompletně informován o daném pacientovi. Může rovněž sloužit jako základ pro navazující poskytování zdravotní péče pro jiné zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení v případě, že by tyto informace byly potřebné k návaznosti zdravotní péče. Přesný a objektivní materiál umožňuje informovat oprávněné jednotlivce o zdravotním stavu pacienta, o vývoji jeho hospitalizace, vyšetření či ošetření. K tomu slouží například dokument o navrhované a provedené ordinaci (6, 9, 12).

Pro správné vedení zdravotnické dokumentace je důležité ji dostatečně, podrobně, chronologicky, čitelně, přehledně a srozumitelně vést pro každého pacienta samostatně. Zdravotnická dokumentace by měla být vedena bez zbytečných zkratk. Pokud se v dokumentaci nachází zkratka, musí být přímo v daném formuláři vysvětlena. Zdravotnická dokumentace musí být strukturovaná a jednoduchá pro lepší orientaci a k jednoduššímu dosažení informací o daném pacientovi. Na každém samostatném listu se udává jméno a příjmení pacienta, rodné číslo a název zdravotnického zařízení. Informace mohou být vedeny ve formě psané, zvukové, obrazové či elektronické (8, 13, 14).

1.3 Ošetrovatelská dokumentace

V dnešní době se klade důraz na moderní ošetrovatelství. Ke správnému a kvalitnímu ošetrovatelství patří zavedení jednoduché a kvalitní ošetrovatelské

dokumentace, která je jednou ze složek celé dokumentace zdravotnické. Jelikož je jednou ze složek celé zdravotnické dokumentace, musí setra při jejím vedení postupovat dle zásad a právních norem České republiky. Ošetrovatelská dokumentace má za úkol nejen zaznamenat a shromáždit užitečná data o pacientovi z hlediska poskytnuté péče, kterou sestra či jiný zdravotnický pracovník k tomu oprávněný vykonal, ale zejména může doporučit vhodnou ošetrovatelskou péči o daného pacienta. Data v ošetrovatelské dokumentaci slouží jako zdroj informací o daném pacientovi, a to nejen pro sestru samotnou. Mnohdy může dobře posloužit lékařům i ostatním členům v multidisciplinárním týmu, kteří pacienta vyšetřují a ošetroují. Důležité informace, které během své služby získáme a vše co u pacienta realizujeme, je nutné zdokumentovat. Ošetrovatelská dokumentace má také úlohu jako doklad správné ošetrovatelské péče, která byla provedena dle ordinace. Také může ukázat správnost poskytnuté ošetrovatelské péče vzhledem ke zdravotní situaci pacienta (9, 15, 16).

V současné době je velmi obtížné sjednotit ošetrovatelskou dokumentaci do jednotné podoby. V každém jednotlivém nemocničním zařízení jsou jiná specifika a rozdílné názory a požadavky na jednotlivých pracovištích je třeba akceptovat. K jedné určité činnosti můžeme nacházet v jednotlivých zdravotnických zařízeních, ba i na jednotlivých pracovištích stejného zařízení více formulářů, které si vedoucí pracovníci vytvářejí dle svých vlastních představ. Nejlépe zpracovaná ošetrovatelská dokumentace vzniká na podkladě komunikace mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu i s pacientem. Pro zlepšení kvality, orientace a přehlednosti je důležité sjednotit ošetrovatelskou dokumentaci alespoň v daném nemocničním zařízení dle potřeb pacientů (9, 17, 18, 19).

Pro správné vedení ošetrovatelské dokumentace by mělo platit několik daných předpisů. Záznamy v ošetrovatelské dokumentaci musejí odpovídat skutečnosti, například o překladech pacienta z jiného oddělení či nemocnice nebo při poskytnutí ošetrovatelské péče, kdy bylo postupováno lege artis (podle zákona). Musí být vždy opatřena datem, časem, čitelným podpisem a jmenovkou. Měla by být psána bez zbytečných zkratk a v českém jazyce. Při výskytu zkratky musí být tato vysvětlena přímo v daném formuláři. Záznamy v ošetrovatelské dokumentaci by měly být nejen

bez gramatických chyb, ale zpracovány také z hlediska estetického. Ošetrovatelská dokumentace by měla být jednoduchá, dostupná, pravidelně doplněná o nové věcné informace, které se týkají pacienta. Údaj, který zaznamenáváme, musí být veden v písemné nebo elektronické podobě (8, 14, 20, 21).

Po několik desetiletí se vynakládá snaha zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. V ošetrovatelských oborech jsou vidět změny i v samotné praxi. Pro ošetroující personál se stává nejvýznamnější pracovní metodou ošetrovatelský proces. Se vši změnou přišla také povinnost prokazovat a ne jen provádět ošetrovatelské intervence. Tudiž se ošetrovatelská dokumentace stává velice důležitou součástí ošetrovatelského procesu (2, 16).

Veškeré grafické, písemné a audiovizuální záznamy, které sestra získala při ošetrovatelské péči o pacienta, jsou považovány za ošetrovatelskou dokumentaci. Jedná se o neodlučitelnou součást ošetrovatelského procesu, která je příznačným rysem pokrokového ošetrovatelství (19).

V dnešní době by bylo velice výhodné sjednotit veškerou ošetrovatelskou dokumentaci, ale jelikož jsou zdravotnická zařízení rozdělena na soukromou a státní část, je to obtížné. Také musíme brát zřetel na jednotlivá specifika, názory a nároky na jednotlivých odděleních. Proto se můžeme setkat ve stejném zdravotnickém zařízení s rozdílnými formuláři na tutéž problematiku (19).

1.3.1 Formy ošetrovatelské dokumentace

V největší míře se setkáme s písemnou podobou ošetrovatelské dokumentace. Trendem současné doby je vše digitalizovat, což se odrazilo i v samotných ošetrovatelských oborech. V mnoha zdravotnických zařízeních se využívá písemné i elektronické formy zápisů. V posledních několika letech se česká zdravotnická zařízení snaží postupně přejít na zapisování záznamů v podobě elektronické ošetrovatelské dokumentace (9, 22).

Přesto se ve většině zdravotnických zařízení setkáváme převážně s ošetrovatelskou dokumentací, která je jen v podobě psané. Další formou ošetrovatelské dokumentace je fotodokumentace (21).

Fotodokumentace umožňuje nejen sestřám, ale i laikům lépe se v daném problému orientovat. Zvláště výhodnou se fotodokumentace stává pro ošetřující personál, pro který může být důležitým dokumentem při obhajobě v případném trestním stíhání. Tuto dokumentaci může sestra využít zejména u dekubitů pacienta. Využití fotodokumentace umožní nejen sestřám viditelně ukazovat průběh a hojení pacientových defektů. Může být také prospěšná již při přijetí pacienta s defektem, jenž byl přijat z jiného zdravotnického zařízení. Při vedení fotodokumentace se musí každý zdravotnický pracovník, který tuto dokumentaci používá a pracuje s ní, držet všech norem etiky. Musí brát ohled na samotného pacienta, u kterého se tato forma dokumentace používá (21).

1.3.1.1 Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Zavedení nemocničních sítí přispělo ke vzniku nemocničního informačního systému. Nemocniční informační systém umožňuje přenos obrázků, objednáni léků, nemocničního prádla nebo zpracování údajů pro zdravotní pojišťovny (22).

Od elektronické ošetrovatelské dokumentace se očekává hlavně zkvalitnění péče a zvýšení bezpečnosti u pacientů a v neposlední řadě přispění k jistotě zdravotnického personálu, na který se v posledních letech hromadí trestní oznámení a stížnosti (23).

Výhoda elektronické ošetrovatelské dokumentace spočívá v lepší přehlednosti a dostupnosti pro veškerý zdravotní personál v multidisciplinárním týmu. Tento způsob zapisování nám ušetří používání mnoha papírů a ušetří tak při kontrole ošetrovatelské dokumentace listování v šanonech. Sestra může používáním elektronické dokumentace při práci ušetřit čas, a tím získat více času na ošetrovatelskou péči, což pomůže přiblížit sestru zpět k lůžku pacienta. Proto je také dalším záměrem elektronické ošetrovatelské dokumentace zkrátit čas sestry, který věnuje administrativní práci (22, 23).

Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace spočívají v komplikované ochraně osobních dat. Zhroucení nemocničního systému může představovat nezvratné ztráty všech záznamů a dat. Elektronická ošetrovatelská dokumentace může nést riziko nesprávně uložených údajů a zapříčinit mylnou ošetrovatelskou péči. Komplikacím můžeme předejít kontrolou elektronické ošetrovatelské dokumentace, zálohováním dat a zavedením pravidelné antivirové ochrany (22).

Pro výlučné používání ošetrovatelské dokumentace v elektronické podobě musí zdravotnické zařízení splnit několik bodů. Každý zápis v elektronické podobě musí být podepsán příslušným zdravotním pracovníkem. K tomu slouží elektronický podpis, který je stanoven zákonem č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu. Elektronický podpis dle určeného zákona musí být jednoznačně spojen s jedincem, který zapisoval jakékoliv informace do ošetrovatelské dokumentace, a musí umožnit jeho identifikaci. Nejméně jednou během pracovního dne musí být vykonána bezpečnostní kopie datových souborů. Kromě toho se musí pořídit opis archivních kopií a znemožnit jejich zneužití v podobě dodatečných zásahů. Elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci je nutné archivovat stejně jako listinné ošetrovatelské dokumentace (9).

1.3.2 Obsah a formuláře v ošetrovatelské dokumentaci

Ošetrovatelská dokumentace musí vždy obsahovat identifikaci pacienta a zdravotního zařízení, které ji zhotovilo. Všechny změny a dodatky musí být opatřeny datem a časem provedení zápisu. Ošetrovatelská péče, která byla pacientovi poskytnuta, je též opatřena časem a datem. Nejprve je nutné odebrat a zaznamenat ošetrovatelskou anamnézu pacienta do ošetrovatelské dokumentace. Následně zhodnotit pacientův zdravotní stav a posoudit potřeby pacienta a stanovit si ošetrovatelské cíle a plány, které sestra bude provádět. V každém ošetrovatelském plánu je obsažena ošetrovatelská diagnóza stanovená sestrou, která posléze určí postup ošetrovatelské péče, včetně edukace pacienta. Na závěr sestra vyhodnotí průběh poskytnuté ošetrovatelské péče. Nutné je zaznamenat i změny, které se vyskytly v průběhu ošetrovatelského postupu (8, 9, 17).

Záznam do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávají denní i noční sestry. Je velice důležité, aby záznamy denních a nočních sester byly pro lepší přehlednost od sebe barevně odlišeny. Například denní záznam vedený sestrou je psán v barvě modré a noční záznam v barvě červené. Každá sestra dodržuje standard vedení a vyplňování ošetrovatelské dokumentace, který má každé zdravotnické zařízení vypracován. K udržení návaznosti péče o pacienta mají úlohu formuláře uvedené níže, které nejsou legislativně stanovené. Tudíž se lze v různých zdravotnických zařízeních setkat

s různorodými druhy formulářů. Každé zdravotnické zařízení si tyto formuláře upravuje dle svých požadavků. Lišit se mohou ve vzhledu i počtu (8, 20).

Dokumentace ošetrovatelského procesu (viz příloha 1). Tuto dokumentaci vyplňuje denní i noční služba sester. Obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, která zahrnuje podstatné údaje o pacientovi, fyziologické funkce a psychický stav pacienta. Dále jsou v ní uvedeny informace o pohybové aktivitě, soběstačnosti a sociálních podmínkách pacienta. Poznává a klasifikuje fakta z hlediska ošetrovatelské péče. Veškeré tyto údaje jsou nutné pro stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánování individuální ošetrovatelské péče (8, 9, 17).

Ošetrovatelská příjmová (viz příloha 1). Vyplňuje sestra jednou při příjmu pacienta na své oddělení. Musí zahrnovat veškerá důležitá data o pacientovi. Sestra by měla tuto příjmovou ošetrovatelskou dokumentaci vyplnit nejpozději do 8 hodin od přijetí pacienta do zdravotnického zařízení (21).

Ošetrovatelská překladová zpráva (viz příloha 1). Důležité je vyplnit tento formulář dvakrát. Jeden zůstává založen v dokumentaci pacienta a druhý odchází společně s pacientem do navazujícího zdravotnického zařízení, aby nebyla porušena návaznost péče. Stejně jako všechny ostatní formuláře i překladová zpráva musí obsahovat všechny důležité informace o pacientovi (8).

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva (viz příloha 1). Stejně jako v případě ošetrovatelské překladové zprávy i tuto zprávu sestra řádně vyplňuje dvakrát. Jedna zůstává v dokumentaci pacienta a druhou poskytneme samotnému pacientovi (8, 21).

Záznam o edukaci. Tento záznam je určen nejen pro sestru, ale zapisovat sem mohou i fyzioterapeuti, nutriční sestry a dokonce i lékař. Z tohoto formuláře by mělo být zřejmé, o čem a v jaké míře byl pacient poučen. Tento záznam sestra vyplňuje každou službu (8).

Záznam o bolesti (viz příloha 2). Při odebírání ošetrovatelské dokumentace zaškrťává sestra v ošetrovatelské dokumentaci, zda daný pacient má či nemá bolest. Při kladné odpovědi sestra ihned vyplňuje záznam o bolesti. Důležité je do záznamu zapsat čas bolesti a zhodnotit ji dle škály, pomocí analogové stupnice. Dále se zde

zaznamenává charakteristika a lokalizace bolesti, název, způsob a podání ordinovaného léku. Tento záznam je nutné potvrdit podpisem a razítkem nejen sestry, ale také podpisem a razítkem lékaře. Díky tomuto záznamu může sestra sledovat vývoj bolesti, který může do tohoto záznamu vyhodnotit (8).

Ošetřování dekubitů a jiných ran (viz příloha 2). Zde setra zaznamenává vznik, stupeň a popis defektu. Pomocí obrázku, který je znázorněn ve formuláři, může zakreslit poškozené místo. Pomocí pověřené osoby lze provést i fotografii defektu pacienta. Při každé manipulaci rány či jiného defektu zaznamená sestra provedené intervence, léčbu, vzhled, zápach, závažnost, krvácení defektu a potvrdí to datem, časem, razítkem a vzorovým podpisem (8).

Formulář, který je také součástí ošetrovatelské dokumentace se nazývá diabetický list (viz příloha 2) a doklad o úschově osobních věcí a cenností (viz příloha 2).

Jako další součást ošetrovatelské dokumentace, kterou vedou sestry, je tzv. hlášení sester, kde sestry zaznamenávají datum a čas předání a převzetí služby, přijetí, překlad, propuštění či úmrtí pacienta, početní stav opiátů, předání závad na přístrojích, záznam o mimořádné události a jména sloužících sester s jejich podpisy a razítka. Pro kontrolu údajů sester přidává, a tím stvrzuje všechny záznamy staniční (vrchní) sestra nebo její zástup. Správné vedení „hlášení sester“ je jasnou vizitkou každého oddělení a nemělo by chybět (19).

1.3.3 Chyby v ošetrovatelské dokumentaci

V současné době se ošetrovatelská dokumentace skládá z ručně psaných záznamů. Ručně psané dokumenty s sebou přinášejí potenciální riziko chyb. Pro správné vedení ošetrovatelské dokumentace se sestra nesmí dopouštět závažných chyb, které mohou vést k nesprávné ošetrovatelské péči a poškození pacienta. Sesterská ošetrovatelská dokumentace musí odpovídat platným předpisům, za které odpovídá sestra svým podpisem. Je nutné, aby se sestra v ošetrovatelské dokumentaci vyhnula následujícím chybám (5, 8).

Npravdivost záznamů. V ošetrovatelské dokumentaci se můžeme setkat s nepravdivým záznamem. Je důležité se této chybě zcela vyhnout, neboť toto

pochybení může vést k znehodnocení celé ošetrovatelské dokumentace pacienta (21, 24, 25).

Nečitelnost záznamů. Toto pochybení může vést k velmi značným problémům. Je třeba si uvědomit, že ošetrovatelská dokumentace chrání nejen samotného pacienta, ale i ostatní členy v multidisciplinárním týmu. Nečitelnost záznamů může mít pro sestru právní následky, jelikož je jednou z nejhojnějších upozornění u soudu (5, 21).

Nesprávná čeština v záznamech. Nesprávných záznamů z hlediska správné češtiny se sestry dopouštějí psaním gramatických chyb. Také psaní vulgarismů a používání slangových výrazů je chybné a nesmí se v ošetrovatelské dokumentaci vyskytnout. Správná ošetrovatelská dokumentace musí být vedena v českém jazyce (21, 24).

Nesprávné popsání problému. Záznam v ošetrovatelské dokumentaci by měl být popsán správně a úplně. Například u operačních ran zaznamenává sestra lokalizaci rány, zda rána prosakuje (krev, likvor, hnis), jakým způsobem sestra ránu ošetřila, převázala, popřípadě kolikrát za svoji směnu. Všechny tyto údaje sestra stvrdí časem a podpisem (21, 24).

Nesrozumitelnost záznamů. V ošetrovatelské dokumentaci by měly být jasné a srozumitelné záznamy. Zvláště psaní otazníků a vykřičníků vede k nesrozumitelnosti záznamů, což může vést k špatnému posouzení daného záznamu jiným členem v multidisciplinární péči a následně k chybné ošetrovatelské péči o pacienta (8, 21).

Záznamy založené na subjektivních pocitech sestry. Ošetrovatelská dokumentace má být psána věcně, proto zapsání subjektivních pocitů sestry je chápáno jako amatérské a nekompetentní (21, 24).

Neautorizovaný záznam. Každý vedený záznam musí být vždy podepsán a opatřen razítkem se jménem sestry, která daný záznam provedla (8, 21).

Přelepování, zaškrtnání záznamů. Tato chyba vede k zpochybnění záznamů v ošetrovatelské dokumentaci. Nesprávný zápis správně sestra opraví jedním škrtem přes chybný zápis. Sestra zkontroluje čitelnost chybného zápisu. Tím sestra ukazuje, že nechtěla chybu skrýt, nýbrž opravit. Správný údaj sestra napíše nad nebo vedle chybného zápisu a vše řádně stvrdí svým podpisem a datem (8, 24).

Používání zbytečných zkratk. V ošetrovatelské dokumentaci je nevhodné nadměrné používání zkratk. Zkratky lze použít v případě, že v daném formuláři je zkratka napsána a vysvětlena (8).

1.3.4 Kontrola ošetrovatelské dokumentace

Každý vedoucí pracovník má úkol organizovat, řídit, hodnotit a kontrolovat práci podřízeného. Toto mu stanovuje zákoník práce (19).

Za pravdivost, čitelnost, věcnost a obsah nese odpovědnost sestra, která zápis provedla. Je vhodné, aby si sestra daný zápis zkontrolovala, popřípadě včas opravila (21).

Kontrolu mohou provádět zaměstnanci k tomu pověření. Například staniční sestry kontrolují ošetrovatelskou dokumentaci na své dané stanici. Vrchní sestry kontrolují ošetrovatelskou dokumentaci na svém svěřeném oddělení a hlavní sestra či náměstkyně ošetrovatelství sleduje a kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci v celém zdravotnickém zařízení. Kontrolu ošetrovatelské dokumentace mají staniční a vrchní sestry napsány v náplni práce (14, 19, 21).

Jelikož za chod celého oddělení nese odpovědnost primář, může požádat vrchní sestru o provedení kontroly ošetrovatelské dokumentace. Tuto kontrolu ale může primář oddělení provést sám. Vznášet opodstatněné výhrady k odpovídajícímu zápisu v ošetrovatelské dokumentaci může ošetřující lékař. Naproti tomu nemůže ošetřující lékař provádět kontrolu ošetrovatelské dokumentace jako celku (19, 21).

Každý zápis o provedení kontroly ošetrovatelské dokumentace musí být správně uložen u vrchní či staniční sestry v její dokumentaci, kterou vede na svém oddělení (19).

Každá kontrola ošetrovatelské dokumentace by měla obsahovat formální stránku, identifikaci dat, provedené opravy a objektivitu dokumentu. Při kontrole dokumentace je nutné, aby odpovídala data v dokumentaci ošetrovatelské s daty v lékařské dokumentaci (21).

Je žádoucí, aby kontroly ošetrovatelské dokumentace byly uvedeny v plánu aktivit vedoucích pracovníků. Především v plánu staničních sester, vrchních sester, sestry hlavní či náměstkyně pro ošetrovatelství a také primářů oddělení (21).

1.3.5 Archivace a skartace ošetrovatelské dokumentace

V ošetrovatelské dokumentaci jsou zaznamenána důležitá data, která je třeba zachovat po určitou stanovenou dobu tak, aby se s nimi eventuálně dalo dále pracovat. Je to v zájmu jak pacienta, tak i poskytovatelů zdravotní péče. Pro různé druhy dokumentů je doba archivace rozdílná. Za dokument se pokládají psané, obrazové, zvukové, elektronické a jiné záznamy včetně záznamů uložených na datových nosičích dle zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě. Do archivace také spadají rentgenové snímky, ultrazvukové záznamy, záznamy elektrokardiografie, elektromyografie, elektroencefalografie a všechny záznamy, které jsou provedeny na přístrojích (9, 19, 26).

Skartační řízení je děj, při kterém se posuzují a oddělují dokumenty, které mají trvalé hodnoty od dokumentů bezcenných, určených ke zničení. Při skartačním řízení se musí postupovat dle následujících pravidel. Ošetrovatelská dokumentace se neukládá déle než je nutné, také je nepřípustné zničit ošetrovatelskou dokumentaci dříve. Bez správného skartačního řízení nelze ošetrovatelskou dokumentaci zničit. Skartační řízení se realizuje v celém zdravotnickém zařízení, kde objektem je dokumentace, již vypršela skartační lhůta. Celé skartační řízení se uskutečňuje jedenkrát do roka (9).

Skartační lhůta je důležitá doba pro veškerá zdravotnická zařízení, neboť po tuto dobu má ošetrovatelská dokumentace pro takové zařízení provozní důležitost. Uplatňuje se počtem let a začíná být v chodu od prvního dne v lednu následujícího roku, kdy byl uveden poslední záznam v patřičném dokumentu (9).

Skartační znak stanovuje dokumentární hodnotu dokumentace. Patří sem tři znaky. Skartační znak „A“ archiv, jenž označuje dokument s trvalou hodnotou. Skartační znak „S“ stoupa, pro již bezcenné dokumenty, po uplynutí skartační doby se mohou zničit. A skartační znak „V“, což jsou takové dokumenty, u kterých nelze s přesností určit, zda patří do skartačního znaku archiv, či stoupa (9, 19).

Dalším postupem ve skartaci je zaslat skartační návrh, který vypracuje odpovědný zaměstnanec ve zdravotnickém zařízení, skartační komisi. Pokud tento skartační návrh komise odsouhlasí, zasílá jej dále příslušnému archivu (9).

1.4 Legislativa v České republice

Vedení celé zdravotnické dokumentace včetně dokumentace ošetrovatelské znamenalo vždy hlavní ukazatel péče o pacienta v jednotlivých zařízeních. Pro správnou prestiž zdravotnického zařízení je nutné ošetrovatelskou dokumentaci vést správně a dle platných právních norem. Právní normy a předpisy nařizují všem zdravotnickým zařízením povinnost vést veškerou zdravotnickou dokumentaci a to včetně dokumentace ošetrovatelské. Určují její formu, obsah a informace o pacientovi, které má ošetrovatelská dokumentace obsahovat. Právní předpisy jsou důležité také v tom, že určují podmínky pro její zachování nebo zničení a ochraňují ji před zneužitím (19, 21, 27).

Ošetrovatelská dokumentace je hlavním dokladem sestry, zda správně prováděla ošetrovatelskou péči pacienta. Proto může být ošetrovatelská dokumentace vyžádána při řešení právních sporů. Při správném vedení a dodržování právních předpisů se tak sestra může chránit před případným postihem. Aby sestra mohla správně vést ošetrovatelskou dokumentaci, měla by tyto předpisy znát a dodržovat je (14, 21).

V dnešní pokrokové době je až novodobou záležitostí soudit se pro cokoli. Proto se tyto záležitosti s žalobami nevyhýbají ani zdravotnické sféře. Je stále více nespokojených pacientů a jejich rodin, kteří se odvolávají na chyby a záhy žalují lékaře i ostatní členy v multidisciplinárním týmu. Správné dodržování a vedení celé zdravotnické dokumentace je nezbytné pro veškerý zdravotnický personál, aby se mohl bránit, ale i pro pacienty v případě, kdy je žaloba za pochybení zdravotníka na místě (28).

Je nutné dodržovat legislativní prameny, které se týkají ošetrovatelské dokumentace, a to zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, a vyhlášku č. 385/2006, ve znění pozdějších předpisů (26).

1.4.1 Nahlížení do ošetrovatelské dokumentace

Vlastníkem ošetrovatelské dokumentace není pacient ani osoba, která do ní uvedla záznamy. To je důležité si uvědomit. Jejím vlastníkem ve státním zdravotnickém zařízení je nemocnice, kde se ošetrovatelská dokumentace vedla. V nestátních zdravotnických zařízeních je vlastníkem provozovatel této nestátní nemocnice (19).

Do ošetrovatelské dokumentace denně zapisuje a zároveň nahlíží velké množství lidí. Proto je nutné, aby sestra věděla, kdo má právo požádat o nahlédnutí do tohoto dokumentu. Neboť nesprávné poskytnutí informací osobě, která nemá oprávnění náhledu do ošetrovatelské dokumentace, by mohlo vést ke zcela opodstatněnému zahájení trestního stíhání zdravotnického pracovníka. Lékaři a ostatní zdravotní personál v multidisciplinárním týmu nahlížet do ošetrovatelské dokumentace smějí, ale pouze ve spojitosti s poskytováním zdravotní péče pacientovi, o kterém se záznam vede (19, 21).

Pro sestru je také podstatné znát, že právo nahlížet do ošetrovatelské dokumentace má pacient nebo jeho zákonný zástupce. Osoby, které určí sám pacient a jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci a osoby blízké zemřelému pacientovi. Osoby blízké, to jsou lidé, kteří mají přímý vztah k pacientovi (sourozenec, manžel, manželka, registrovaný partner, partnerka). Sled pořadí je přesně určen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (19, 21, 22).

Dále do ošetrovatelské dokumentace mohou nahlížet kliničtí specialisté, kteří pracují přímo ve spojitosti s pacientem. Osoby správního orgánu, které přezkoumávají lékařský posudek daného pacienta. Osoby správních orgánů pověřené kontrolou dat daného pacienta. Osoby pověřené zdravotními pojišťovnami. Osoby oprávněné k posouzení pacienta pro účel sociálního zabezpečení. Osoby pro kontrolu léčiv. Osoby, které se podílejí na evidenci údajů nebo kontrole dat do Národního zdravotnického systému. Soudní znalci ve zdravotnickém oboru. Lékaři pro jadernou bezpečnost, osoby státního zdravotního dozoru, osoby provádějící hodnocení kvality a bezpečí. Členové delegace Evropského výboru (19).

Pacient má právo obdržet veškeré informace, které se týkají jeho osoby v přítomnosti zdravotnického pracovníka. Může si pořizovat opisy, výpisy nebo kopie dokumentu (12, 26).

Sestra v případě pochybnosti o totožnosti osoby, která požaduje umožnit nahlédnutí do ošetrovatelské dokumentace, může požádat o její legitimaci.

1.4.2 Povinná mlčenlivost

Úplně každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat a dodržovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se ve své praxi dověděl. Jedná se o veškeré informace, které se dověděl během své služby, ať se jedná o data k zdravotnímu stavu, rodině, o intimním životě a sociálních podmínkách. Sestra musí dodržovat mlčenlivost, neboť její porušení je velmi závažným činem, který může být považován za čin trestní (9, 29).

Výjimky k povinné mlčenlivosti mají zdravotní pracovníci, kteří mezi sebou komunikují o poskytnutí ošetrovatelské péče pacientovi. Předávají si vzájemné informace o daném stavu, a tím zajišťují kontinuitu péče. Je však důležité nepředávat zjištěná data o pacientovi mimo své oddělení. Vždy je předáváme jen těm zdravotnickým spolupracovníkům, kteří se vskutku podílejí na jeho ošetrovatelské péči, a je nutné poznamenat veškeré informace do ošetrovatelské dokumentace. Zdravotník je zproštěn mlčenlivosti, když se sám musí hájit u trestního soudu, kdy je souzen ze strany pacienta či jeho příbuzných, aby mohl řádně obhajovat sebe nebo zaměstnavatele. Dále pokud jsou informace sdělovány se souhlasem pacienta. Souhlas může být buď v plném rozsahu, nebo částečný. Další výjimkou jsou případy, kdy existuje speciální úprava, která ukládá zdravotnímu pracovníkovi něco sdělit, například vypsání úmrtního listu, který poté pošle na matriku, či zpráva, která je poslána posudkovému lékaři. Zdravotní pracovník může porušit povinnou mlčenlivost na policii při podezření, že rodiče týrají dítě (9).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo:

Zjistit používání ošetrovatelské dokumentace ve vybraném nemocničním zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používají sestry?
2. Jaká je spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací na jejich oddělení?
3. Co by sestry změnily v ošetrovatelské dokumentaci?
4. Jaké údaje sestrám chybí v současné ošetrovatelské dokumentaci?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Výzkumné kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí jednoho polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha 3). Rozhovor byl veden zcela anonymně s 10 náhodně vybranými sestrami, pracujícími s ošetrovatelskou dokumentací v Nemocnici Na Homolce, a použit byl pouze k účelům bakalářské práce. Všeobecně bylo použito 35 otázek, z nichž některé byly v několika případech doplněny o další otázky.

Dotazy pro sestry se týkaly a byly rozděleny do oblastí identifikace respondentů, důležitosti vedení ošetrovatelské dokumentace a oblíbenosti používaných forem ošetrovatelské dokumentace. Následující oblast se týkala spokojenosti sester s tímto materiálem. Možných změn nebo chyb ve formulářích týkajících se ošetrovatelské dokumentace. Další oblast se týkala informovanosti o ošetrovatelské dokumentaci z pohledu sestry.

Rozhovory byly zachyceny záznamem na diktafonu a písemnou formou a dále zpracovány do podoby kazuistik. Nejdůležitější data byla zpracována do podoby kategorizačních tabulek. Výzkumné šetření proběhlo během ledna až února 2012.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 všeobecných sester (8 žen) a 2 zdravotnických asistentů (1 muž a 1 žena) pracujících na jednotkách intenzivních, semiintenzivních a standardních odděleních kardiochirurgického a neurochirurgického oddělení v Nemocnici Na Homolce. Dotázaní mají na svých dceřiných odděleních různé funkce, rozličné vzdělání a působí ve svém zdravotnickém povolání odlišnou dobu.

4. Výsledky

4.1 *Kazuistiky respondentů*

Kazuistika respondenta 1

Prvním dotazovaným je muž, který pracuje 5,5 roku u lůžka v oboru jednotky intenzivní péče na neurochirurgickém oddělení. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je zdravotnický asistent. Na svém oddělení vykonává práci za dohledu registrované sestry. O dalším studiu zatím neuvažuje, neboť jej pokládá za zbytečné.

Podle jeho názoru považuje vedení ošetrovatelské dokumentace za naprosto přebytečnou věc, pod kterou si představí jen záznam, který ho zpomaluje vykonávat podstatné ošetrovatelské výkony u pacientů. Dále si myslí, že veškeré informace, jež jsou sepsány v aktuálně používaných formulářích, nikdo z navazujících střídajících sester nečte. Jediné, s čím by byl spokojen, je napsat dvěma sděleními záznam do formuláře lékařského dekurzu, který je součástí zdravotnické dokumentace. Tato sdělení by obsahovala datum poslední stolice a průběh a hojení operačních či jiných ran pacienta. Ostatní údaje týkající se nemocného by předal jen ústně, což pokládá za velkou úsporu svého času.

Při další zaměřené oblasti otázek, jež se týkala forem ošetrovatelské dokumentace, sestra uvádí, že nejčastější formou, kterou využívá ve svém zaměstnání je písemná podoba. Dalším provedením formulářů, používaným jeho oddělením je v podobě elektronické. Tomuto tvaru dokumentu dává jednoznačně přednost. Negativum pro něj při činnosti s touto podobou je zdržování při tisknutí informací, následujícímu razítkování a podpisu sestrou, jež tento list vytvořila. Změnu by přijal s uspokojením. Avšak podle jeho úsudku to není uskutečnitelné.

Na otázky týkající se rozdílů v záznamech v ošetrovatelské dokumentaci za denní a naopak noční směny popisuje respondent přesně rozdíly mezi zápisy. Rozdíl spočívá v barevném rozlišení těchto zápisů. Uvádění zkratk dotazovaný dle svého používá nedostatečně. Využívá zkratky pouze z nemocničního intranetu (vlastní internetové stránky nemocničního zařízení).

Při otázkách týkajících se problémů při vyplňování ošetřovatelských záznamů jednoznačně odpovídá, že z jeho pohledu dělá nejčastěji chybu při vypisování ošetřovatelské dokumentace. Tyto záznamy již dobře zná a automaticky všechny vyplňuje, aniž by je četl. Jeho názorem je, že záznamy v aktuálně používané ošetřovatelské dokumentaci jsou zbytečně podrobné a některé informace zcela přebytečné. Jediné údaje, které by přivítal, jsou ty, jež by se týkaly specifík jeho oboru. Již několikrát se setkal s nesprávně vyplněnými záznamy, které si přebral od předávající sestry, která vedla tyto záznamy před ním.

Jelikož se nikdy nezajímal o jiné záznamy ve svém zdravotnickém zařízení, je toho názoru, že veškeré formuláře jsou stejné. Do formulářů zaznamenává předání a převzetí pacienta. Toto řádně orazítkuje a podepíše svým podpisem a doplní aktuální čas předání. Ošetřovatelský proces nezná ani neví jaká je spojitost mezi procesem a formulářem.

Informace o správném vedení a vyplňování ošetřovatelské dokumentace nikdy nečetl. Nepokládá to za důležité. Jediné co ví, je, že standard týkající se této problematiky v jeho zdravotnickém zařízení existuje.

Na otázku týkající se zlepšení ošetřovatelské dokumentace nechtěl odpovědět. Dle jeho názoru za poskytnutí pomoci při tvoření formulářů není placený. Na dotaz týkající se zkvalitnění práce sestry s ošetřovatelskou dokumentací odpověděl nejprve záporně, poté řekl, že jediné východisko vidí v lepší komunikaci mezi sestrami. Se současnou ošetřovatelskou dokumentací spokojený není. Jak už jednou řekl, pokládá ošetřovatelskou dokumentaci za zcela zbytečný materiál a plýtvání jeho času.

Kazuistika respondentky 2

Další respondentka pracující již 13 let u lůžka je sestra z neurochirurgické semiintenzivní péče. Její nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetřovatelství je vyšší odborné. Svoji práci vykonává bez odborného dohledu. Je řádně registrovanou sestrou a je přijatá na specializované pomaturitní studium ARIP.

Pod pojmem ošetřovatelské dokumentace se dotazující vybaví bezpečnost pro pacienty a především informace, které může o pacientovi získat. Samotné vedení

ošetřovatelských záznamů pokládá za důležité, ale chce, aby mělo zpětnou vazbu i od ostatních kolegyň. Na otázku týkající se vedení hlášení sester odpovídá kladně. Zapisují zde informace týkající se opiátů, nástrojů a předávání směny. Toto hlášení vede její oddělení ve formě sešitu.

Respondentka se setkává s elektronickou i s písemnou formou ošetřovatelské dokumentace. Elektronická forma ošetřovatelské dokumentace se používá na jejím oddělení jen zřídka, je v začátcích. Přednost dává formě elektronické, neboť její využívání jí ušetří čas, který věnuje péči o pacienty. Také veškeré informace, které potřebuje v náročných situacích vědět, najde rychleji v elektronické než v písemné podobě. Jediná výhrada k elektronické formě byla ta, že není ještě dle jejího názoru řádně propracovaná.

Při další sérii otázek na rozlišení záznamu od denní a noční sestry ve formulářích a na používání zkratk, respondentka odpovídá, že zkratky používá. Ale jen ty, které jsou přímo zaznamenány v daném formuláři. Také rozlišení sester se na jejich oddělení používá v barevné formě. Denní sestry využívají k zápisům barvu modrou a noční směny barvu červenou.

Nejčastější chyba dle respondentky při vyplňování ošetřovatelských formulářů vzniká rutinním vypisováním a v neúplných informacích o stavu pacienta. Přiznává, že ona tyto dokumenty často zaškrťává automaticky. V současné ošetřovatelské dokumentaci postrádá více informací o sociálním a psychickém stavu pacienta, jež také pokládá za důležitá data, která by měla znát. Dle jejího názoru by měly formuláře také obsahovat více dat z jejího oboru. Jelikož je v současně používaném formuláři dat mnoho, působí na ni tyto formuláře méně přehledně. To má také dopad na to, že se často setkává s nesprávně vyplněnou ošetřovatelskou dokumentací. Problém jí nejčastěji dělá nečitelnost, nesmyslnost a neúplnost psaných záznamů od ostatních kolegyň.

Formuláře, které využívá jejich zdravotnické zařízení, nemají jednotný dokument. Rozdíl je mezi standardním a intenzivním oddělením. Což respondentka pokládá za správné. K otázce týkající se ošetřovatelského procesu odpovídá, že v aktuálně

používaných formulářích využívají proces dle Gordonové a Nortonové. Ostatní používané procesy nezná.

Informace o správném vedení a vyplňování zná jen ze standardu svého zdravotnického zařízení. Zákon ani vyhlášku nečetla, což si po tomto rozhovoru dle svých slov přeje napravit.

Podle jejího názoru by zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace dosáhla zestručněním formulářů. Zlepšení práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací by viděla v zavedení vstupního školení a pořádání více seminářů na toto téma. Se současnou ošetrovatelskou dokumentací je vcelku spokojená, ale dle jejího názoru není zcela propracovaná.

Kazuistika respondentky 3

Třetí dotázaná je pracující všeobecnou sestrou na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče, tuto práci vykonává již 17 let. Loni dokončila specializační pomaturitní studium ARIP.

Pod pojmem ošetrovatelská dokumentace se této respondentce vybaví nejprve nedostatek času na pacienty a jako druhé získání důležitých informací týkajících se pacienta. Vedení ošetrovatelské dokumentace považuje za důležité. Výhrady má jen ke každodennímu zaznamenávání. Což pokládá za ztrátu času. Jako pozitivum a důležitost při vedení ošetrovatelské dokumentace je pro ni zpětná kontrola dat a získání důležitých informací o pacientovi. Při vyplňování ošetrovatelské dokumentace jí vadí bezmyšlenkový přístup. Na otázku používání hlášení sester odpověděla negativně.

S formou elektronické dokumentace se setkala. Na jejím oddělení se v nejvyšší míře využívá u příjmu pacienta. Jinak se stále používá písemná forma ošetrovatelské dokumentace. Elektronický způsob dokumentace šetří čas nejen jí, ale i lékařům, kteří si v této ošetrovatelské dokumentaci čerpají základní informace, které sestra při příjmu zaznamená. Velice by uvítala používání pouze elektronické formy.

Rozlišení v záznamech používají barevné. Modrá barva je vyhrazena pro denní službu a červená barva pro směnu noční. Přiznává, že se setkala i s jinými barvami,

kteří její zdravotnické zařízení nepovoluje. Zkratky v ošetrovatelské dokumentaci používá nejvíce z vlastních zdrojů a také přímo z formuláře.

Nejčastějším problémem dle jejího názoru je nečitelnost poznámek a rutina při psaní formulářů. Data, jež jsou zaznamenána v současné ošetrovatelské dokumentaci, považuje za dostačující, pouze některé informace jí přijdou podrobné a nepotřebné.

Podle jejího mínění je veden jednotný formulář na všech odděleních, do kterého se vždy zaznamenává převzetí a předání pacienta i s přesným časem. Otázku o používání ošetrovatelského procesu nedokázala komentovat.

Informace o vedení a správném používání ošetrovatelské dokumentace nikde nečetla. Vnímá toto téma jako věc, o které má sestra dostačující informace. Standard vedení jejím zdravotnickým zařízením ví, kde má hledat, a to shledává jako postačující.

Pro zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací by uvítala větší iniciativu ze strany vedení a zavedla vstupní školení. Se současnou ošetrovatelskou dokumentací není spokojená, neboť se často mění. Na změnách nevidí nic špatného, ale ve většině případů změny spočívají pouze v tom, že se určitá data přehodí na jinou stranu formuláře nebo se změní název za jiný, ale podstata zůstává stejná.

Kazuistika respondentky 4

Následující respondentka pracuje na neurochirurgické jednotce intenzivní péče a má sedmadvacetiletou praxi u lůžka. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední všeobecná sestra. O dalším studiu nikdy neuvažovala.

Představa o pojmu ošetrovatelské dokumentace se jí vybavila pouze jako kontrola personálu a nedostatek času na práci. Také o otázce důležitosti tohoto dokumentu si není zcela jistá. Dle jejího názoru podstata ošetrovatelské dokumentace při nesprávném zpracování ztrácí význam. Některé informace, které by měly být automaticky zapsány, sestry vynechávají. Také je toho názoru, že formuláře jsou zbytečně dlouhé s nepodstatnými daty, která se dají předávat pouze ve formě mluvené. Hlášení sester se u dotazované sestry na oddělení pořád vede. Dodává, že její forma je již změněná, než bývávalo před více lety zvykem. Dnes do něj nezaznamenávají stav pacienta, nýbrž množství opiátů, kontrolu techniky a provozní informace.

Na oblast otázek, která se týkala elektronické formy ošetrovatelské dokumentace, respondentka uvedla, že tomuto elektronickému postupu dává jednoznačně přednost. Šetří jí spoustu času, je přehlednější, rychlejší, snazší zpětná kontrola a přístupná každému v multidisciplinárním týmu. Elektronická dokumentace bohužel není ještě na jejím oddělení plně zapracovaná, a tak stále používají nejvíce písemnou formu.

Konkrétní rozlišení, které používá na svém oddělení, je barevné. Denní směnová sestra se liší barvou modrou oproti noční směně, jež používá barvu červenou. Zkratky využívá poměrně často jen z vlastního zdroje.

Nejčastějším problémem při vyplňování formulářů u ošetrovatelské dokumentace jí připadá, že zdržuje od práce a to hlavně písemná forma, a neustálá rutina vyplňování. Také data o pacientovi jsou podle jejího úsudku zbytečně podrobná a chybí více dat z oboru. Zbytečné podrobnosti a rutina těchto formulářů má za následek chybné předávání mezi směnami sester.

Do každého formuláře, který je na každém oddělení stejný, se zapisuje předání a převzetí pacienta s přesným časem a podpisem sester, jež se o daného pacienta starají. O ošetrovatelském procesu moc informací nemá. Zná pouze proces dle Nortonové.

Standard vedený v jejím zdravotnickém zařízení nikdy nečetla, stejně tak ani jiné zákony či vyhlášky týkající se tohoto tématu. Zaměstnavatel ji ani k takovým činům nenuť a ona to z vlastní iniciativy nevyhledává ani to nepotřebuje.

Zda lze zkvalitnit ošetrovatelskou dokumentaci neví ani o tom přemýšlet nechce, ale kvalitu práce s tímto dokumentem by viděla pouze v promýšlení následků, které se mohou přihodit nesprávným vedením. Se současnou ošetrovatelskou dokumentací není příliš spokojená. Velice často se na svém oddělení setkává s konflikty, zvláště proto, že je ošetrovatelská dokumentace špatně vyplněná anebo není zcela vyplněna.

Kazuistika respondentky 5

Pátý respondent pracující 4 roky na kardiologickém oddělení je sestra, která má vystudovanou střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. O dalším studiu nepřemýšlí, není to pro ni prioritou. Uvažovat o studiu bude pouze tehdy, dostane-li to přímým příkazem od svého zaměstnavatele.

Pod pojmem ošetrovatelská dokumentace si představí pouze nečitelnost záznamů a informace o pacientovi. Dle jejího názoru je pro ni tento materiál důležitý, ale ztrácí efektivitu při nesprávném vedení formuláře. Zápis o zdravotním stavu a ochraně pacienta v dokumentaci je nutný a především významný základ dobré péče poskytnuté sestrou. Dle dotázané se na oddělení vede hlášení sester, ale neví, co se do něj zapisuje.

Elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace viděla jen při praxi na jiném oddělení. Tento způsob jí přijde přehlednější, ale přednost dává jednoznačně formě písemné, neboť je na ni zvyklá a na svém oddělení používají jen tento způsob. Přizpůsobovat se bude pouze tehdy, trval-li by na tom její zaměstnavatel.

Pro rozpoznání v sesterských záznamech používají barevné rozlišení stejné pro celé zdravotnické zařízení. Používání zkratk připouští, ale pouze vlastních.

Problémem při vyplňování uvedla rutinu při psaní a neúplnost informací. Dalším problémem je přílišná podrobnost formuláře a občasná nečitelnost záznamu po jiné sestře. Jinak zastává názor, že používaná dokumentace je dostatečná. Uvítala by ale více dat z oboru.

Dotazovaná sestra uvádí, že předávání pacienta je v dokumentaci zaznamenáno datem i časem a že se používá jednotných ošetrovatelských formulářů pro celé zdravotnické zařízení. Dále připouští, že neví co je ošetrovatelský proces.

O existenci standardů ošetrovatelské dokumentace ví, ale nikdy je nečetla, stejně tak jako zákon a vyhlášku. Pokládá to za ztrátu času a není povinná se ve svém volnu věnovat studování zákonů. Pokud by jí to bylo nařízeno od zaměstnavatele, předpokládá, že by to byla ochotná prostudovat.

Není si jistá, zda by šlo zlepšit používané formuláře, nicméně je přesvědčená, že lze vylepšit práci sester s dokumentací, například příjmovým školením či častějšími semináři na toto téma. Současná ošetrovatelská dokumentace ji nikterak nevyhovuje, ale řídí se nařízením zaměstnavatele.

Kazuistika respondentky 6

Další dotázaná pracuje na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče 1 rok. Pracuje zde jako zdravotnický asistent pod dohledem registrované sestry. Má podanou přihlášku na vysokou školu v Pardubicích a Plzni, obor všeobecná sestra.

Vedení ošetrovatelské dokumentace považuje za důležité. Pod tímto pojmem si představí ošetrovatelské formuláře a informace, které získá o pacientovi. Podklady k těmto informacím pokládá za nejdůležitější. Dotázaná si je jistá, že hlášení sester na jejich oddělení je vedeno, ale není si jistá obsahem. Na přesný obsah by se musela optat svých kolegyň.

S elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace se setkala jen zběžně. Je pro ni zatím komplikovanější, neboť ji nemají na svém oddělení zavedenou trvale. Proto dává přednost podobě písemné.

Rozdělení v záznamech používá jejich oddělení barevné. Noční sestry píší barvou červenou a denní modrou. Zkratky v ošetrovatelských formulářích nepoužívá vůbec.

Nejrozšířenější problém, se kterým se setkává na svém oddělení, je nečitelné přepisování, škrtnání, nečitelnost psaného textu a rutina psaní. Také údaje by více zjednodušila do heslovitých slov, neboť formuláře podle jejího závěru se jí zdají zbytečně podrobné. Také je toho názoru, že by ošetrovatelská dokumentace měla obsahovat více dat z oboru.

Jednotné formuláře v celém zdravotnickém zařízení nevedou. Rozdílné jsou mezi standardními odděleními a jednotkami intenzivní péče, ale pro všechny je jednotné písemně zaznamenat předání a převzetí pacienta do dokumentace. S ošetrovatelským procesem se dle svého názoru nikdy nesetkala.

Dotázaná nikdy o standardu týkající se ošetrovatelské dokumentace neslyšela, tudíž jej ani nečetla. Zákony a vyhlášky také nikdy nečetla, neboť je přesvědčená, že to ke své práci nepotřebuje.

Neví, zda by jí bylo dovoleno pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou dokumentaci od nadřízených, ale zlepšení práce by viděla právě v zapojení sester při jeho tvoření. Také by zavedla vstupní školení, aby se o tomto tématu dověděla více, než ví dosud.

Se současnou ošetrovatelskou dokumentací zcela spokojená není, ale jinak se tím nějak nezabývá, činí jen to, co po ni žádá vedení.

Kazuistika respondentky 7

Respondentka číslo 7 pracuje již ve zdravotnictví celkem 20 let. Poslední 3 roky na kardiochirurgickém oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední s maturitou v oboru všeobecná sestra. Nikdy o dalším studiu neuvažovala, nepokládá to za důležité ani její zaměstnavatel na vzdělání netrvá.

Pojem ošetrovatelské dokumentace pro ni znamená údaj o pacientovi. Veškeré formuláře pokládá za důležitou součást své práce, neboť díky ní může být informovaná o svých pacientech. Hlášení sester se během její praxe velice změnilo. Jen forma zůstala stejná a to v knize. Do této knihy zapisují kontrolu opiátů a nástrojů, počet sester ve službě a také harmonogram noční služby. Zaniknulo zde zapisování stavu pacientů, který se nyní zpracovává do jiných formulářů na to určených.

S formou elektronické dokumentace se také setkala. Tuto podobu považuje za rychlejší, tím si ušetří čas na ostatní důležitější práce. Na svém oddělení stále využívají pouze písemnou formu. Dle jejího názoru nebude dlouho trvat a na jejím oddělení se také bude využívat pouze forma elektronická, neboť toto téma je v jejím zaměstnání často probírané.

Na svém oddělení používají barevné rozpoznávání sester. Denní sestry využívají barvu modrou a noční červenou. Zkratky, které používá ve formulářích, hledá v povolených zkratkách na nemocničních stránkách a také přímo v daném formuláři.

Nejčastější chybou při vyplňování ošetrovatelských formulářů je pro ni v nečitelnosti a rutině psaných záznamů a také ve zdržování od ošetrovatelské péče. A tím je zhoršená péče o pacienty. Jinak jí aktuální ošetrovatelská dokumentace poměrně vyhovuje, uvítala by jen více dat z oboru.

O ošetrovatelském procesu zaslechla, ale netuší, který je využíván v ošetrovatelské dokumentaci. Předávání a přebírání pacientů písemně je povinné a každá sestra na jejím oddělení to také tak provádí. Jednotný formulář nemají, rozdíl je mezi standardním oddělením a jednotkou intenzivní péče.

Standardy jejího zdravotnického oddělení příliš nečte, proto ani neví, jestli na takové téma je nějaký veden. Nečte ani zákony a vyhlášky. Ke své práci sestry je nepotřebuje.

Dle jejího názoru lze docílit zkvalitnění práce sestry jedině při větší iniciativě zaměstnavatele, ale i sester. Podle jejího názoru nemají sestry o tomto tématu úplné informace a v tom vidí respondentka problém. Toto téma není mezi sestrami prvotní, a proto vznikají různá pochybení ve vedení ošetrovatelské dokumentace. Spokojená s ošetrovatelskou dokumentací není. Jedním z důvodů je to, že má méně času na práci s pacienty.

Kazuistika respondentky 8

Následující dotazovaná má praxi ve zdravotnictví 34 let, nyní je zaměstnaná na neurochirurgické jednotce semiintenzivní péče. Nejvyšší dosažené vzdělání bakalář v oboru ošetrovatelství. Dodává, že kvůli jejímu věku je toto studium také poslední, nadále se však bude účastnit seminářů spojených s jejím oborem.

Považuje ošetrovatelskou dokumentaci za nezbytnou s ohledem na informovanost o pacientovi a jeho bezpečí, ochraně sester a je důležitá pro správný systém práce. Dotazovaná vykonává funkci vedoucího pracovníka a kromě záznamů ošetrovatelské dokumentace vede na svém oddělení hlášení sester, do kterého zaznamenávají sestry stav opiátů, počet sester ve službě a harmonogram noční služby.

Na dotaz, zda preferuje elektronickou podobu ošetrovatelské dokumentace, sestra odpověděla, že ano, je pro ni rychlejší přístup k informacím a šetří sestram více času. Bohužel není elektronická forma v nemocnici plně zapracována, ale první pokusy o plné vedení záznamu elektronickou formou již její zaměstnavatel zkouší. Doufá, že budou sestry tuto formu již brzy využívat.

V záznamech používá barevného rozlišení a zkratky vedené a schválené jejím zdravotnickým zařízením.

Problém u vyplňování ošetrovatelské dokumentace shledává v nečitelnosti, nepřehledném přepisování a v nekvalitních formulacích. Zároveň i to, že při

každodenním vyplňování se tato činnost stává rutinou. Několikrát se setkala s nesprávně vyplněnou dokumentací, ale jinak je pro ni dostačující.

Do ošetrovatelské dokumentace potvrzuje vždy převzetí a předání pacienta. Formuláře jsou rozdílné pro jednotlivá oddělení a ošetrovatelské procesy používá její zdravotnické zařízení dle Gordonové, Nortonové a Conleyové.

Jelikož je vedoucí pracovník, tak má pečlivě prostudovaný standard týkající se ošetrovatelské dokumentace. Jakožto vedoucí pracovník dohlíží, aby se na jejím oddělení všechny sestry řídily standardy, ale zároveň podotýká, že je to velice složité a záleží na přístupu každé sestry. Ostatní zákony a vyhlášky vztahující se k ošetrovatelské dokumentaci nečetla. Předpokládá, že zákon a vyhláška je podkladem zpracovaného standardu týkajícího se vyplňování ošetrovatelské dokumentace.

Neví, jak by zlepšila ošetrovatelskou dokumentaci, zato by zkvalitnila práci sester s touto dokumentací, hlavně v komunikaci mezi sestrami a promýšlení následků při špatném vyplnění. Se současnou ošetrovatelskou dokumentací je zatím spokojená, přiznává však, že některé podoby formulářů, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace, by se měly změnit.

Kazuistika respondentky 9

Devátá respondentka pracuje na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče již 9 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, obor všeobecná sestra. O dalším studiu zatím neuvažuje.

Formulář a nedostatek času bylo první, co se dotázané vybavilo při prvním dotazu na ošetrovatelskou dokumentaci. Jestli je tento dokument potřebný neví, ale jako materiál je pro ni důležitý proto, aby získala dostatek informací o pacientovi. Veškeré informace jako kontrolu opiátů, počtu sester ve službě a harmonogramu zaznamenávají do sešitu tzv. hlášení sester, který má podobu sešitu. Protokolují se do něj všechny sestry, ale i sanitáři, kteří nastupují do služby.

Elektronická dokumentace na jejím oddělení není plně zavedená, proto vznikají občasné potíže. Proto raději používá písemnou formu. Znamená pro ni větší jistotu.

Odlišení sester na denních a nočních službách mají v barevné podobě. Zkratky, které používá, nikde nehledá. Ty, jež zaznamenává, chápe, takže nemá potřebu to nějak měnit.

Jako největší problém vnímá každodenní zaškrťování formulářů, které většina sester ani nečte. Přiznává, že i ona to tak bezmyšlenkovitě činí. Také nekvalitní vyjadřování vět ve formulářích má za následek nedorozumění mezi sestrami. Ošetrovatelskou dokumentaci vede její zdravotnické zařízení velmi podrobně a nepřehledně. Chybí jí ovšem více dat v ošetrovatelské dokumentaci. Téměř každou svoji službu se setkává s nesprávně vyplněnou ošetrovatelskou dokumentací. Nikterak to neřeší, není to dle jejího závěru podstatné.

Každé předávání a přebírání pacienta zapisují a doplní časem a podpisem směnných sester. Jednotné formuláře nemají. Rozdíl je ve standardním oddělení a jednotkou intenzivní péče. Na otázku týkající se ošetrovatelského procesu neodpověděla.

Standard o ošetrovatelské dokumentaci četla několikrát. Informace, které tam jsou obsažené, pokládá za nepodstatné. Dle jejího názoru vyplňování a vedení ošetrovatelské dokumentace není složité a to co četla ve standardu, věděla i bez jeho prostudování. Žádnou legislativu také o tomto tématu nečetla, pokládá to za zbytečné.

Nikdy nepřemýšlela o tom, zda lze ošetrovatelskou dokumentaci zkvalitnit. Není to náplň její práce. Docílení kvality práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací by viděla ve vstupním školení, seminářích, ale největší iniciativu by mělo mít vedení nemocnice a také samotné sestry. Se současnou ošetrovatelskou dokumentací není příliš spokojená.

Kazuistika respondentky 10

Všeobecná sestra pracující 13 let na jednotce semiintenzivní péče v oboru neurochirurgie. Má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra a dostudované specializační studium ARIP.

Pod pojmem ošetrovatelská dokumentace si vybaví používání formulářů a získání informací o pacientovi. Také pro získání dat je pro ni tento dokument důležitou součástí její práce ve zdravotnictví. Hlášení sester je zavedené po celém zdravotnickém zařízení. Na svém oddělení také tuto knihu vedou. Zde zaznamenávají kontrolu opiátů, nástrojů

a počet sester ve službě. Podle jejich slov se samotné hlášení sester za několik let velice měnilo. Hlavní změna byla v tom, že se do ní nezapisuje stav pacientů.

Elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace na svém oddělení používá, ale není plně zavedená v jejich provozu. Podle jejich slov je velice komplikovaná. Nejraději používá písemnou formu, neboť u této podoby se nestane, že přestane fungovat počítačová technika. Dle jejího názoru uvedla, že písemná forma ošetrovatelské dokumentace je pro pacienta více bezpečná než elektronická podoba.

Na svém oddělení využívají barevné rozlišení v záznamech. Dle jejího názoru je takto zajištěna přehlednost ošetrovatelských dokumentů. Zkratky v těchto záznamech používá velmi často. Nejvíce jich píše z vlastních zdrojů. Občas také hledá povolené zkratky na stránkách svého zdravotnického zařízení, ale to jen v té chvíli kdy má dostatek času na jejich hledání.

Nejčastější problém ve vyplňování ošetrovatelské dokumentace je podle dotázané rutina a nečitelnost záznamů ve formulářích. Také jí vadí, že současná ošetrovatelská dokumentace má málo dat z jejího oboru. Až na nadměrnou podrobnost těchto záznamů je celkově spokojená s celým vedením písemné ošetrovatelské dokumentace.

Předávání a přebírání pacientů zapisují na jejím oddělení každou službu, kontrolují tím také nástup sester na oddělení. Vzhled formulářů, dle jejího úsudku, závisí na druhu oddělení. Co přesně znamená ošetrovatelský proces, si v tuto chvíli neuvědomuje. Tudíž nedokáže odpovědět, který proces využívají na svém oddělení.

Standard sice nečetla, ale ví, kde ho má hledat. Legislativní prameny nečetla, tudíž ani žádné týkající se tématu. Stačí jí, aby věděla jen to, co po ni žádá její zaměstnavatel. Od něj nikdy nečetla příkaz zajímat se legislativou týkající se ošetrovatelské dokumentace.

Vyšší kvalitu ošetrovatelské dokumentace by dosáhla zavedením více dat z jejího oboru. Zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací by řešila hlavně vstupním školením a vyšší iniciativou ze strany vedení jejího zaměstnavatele. Při otázce na to, zda je spokojená se současnou ošetrovatelskou dokumentací odpovídá negativně. Vadí jí, že při tvoření ošetrovatelských formulářů není brán zřetel na připomínky sester, které pracují s tímto materiálem každou svoji službu. Sice doplňuje, že neví, kdo přesně

ošetřovatelské formuláře tvoří, ale zdá se jí, že tvůrci s tím, jak to funguje v plném nemocničním provozu, příliš zkušeností nemají.

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Identifikační údaje respondentů (tabulka 1)
2. Vymezení pojmu ošetřovatelské dokumentace dle respondentů (tabulka 2)
3. Důležitost vedení ošetřovatelské dokumentace dle respondentů (tabulka 3)
4. Údaje zaznamenávané v hlášení sester podle respondentů (tabulka 4)
5. Setkání a používání elektronické formy ošetřovatelské dokumentace respondenty (tabulka 5)
6. Popularita forem ošetřovatelské dokumentace dle respondentů (tabulka 6)
7. Problémy u vyplňování ošetřovatelské dokumentace s pohledu respondentů (tabulka 7)
8. Postrádané údaje v aktuálně používané ošetřovatelské dokumentaci (tabulka 8)
9. Zkvalitnění ošetřovatelské dokumentace z pohledu respondentů (tabulka 9)
10. Spokojenost respondentů se současnou ošetřovatelskou dokumentací (tabulka 10)
11. Zkvalitnění práce s ošetřovatelskou dokumentací z pohledu respondentů (tabulka 11)

R = respondent (sestra); M = muž; Ž = žena; SZŠ = střední zdravotnická škola, VOŠZ= vyšší odborná škola zdravotnická, PSS = pomaturitní specializační studium; VŠ = vysoká škola; NCH JIP= neurochirurgická jednotka intenzivní péče; NCH SIP = neurochirurgická semiintenzivní péče; KCH JIP = kardiochirurgická jednotka intenzivní péče; KCH ODD = kardiochirurgické oddělení

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
pohlaví	M	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž
vzdělání	SZŠ	VOŠZ	PSS	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	VŠ	SZŠ	PSS
délka praxe	5,5 roku	13 let	17 let	24 let	4 roky	1 rok	20 let	34 let	9 let	13 let
pracoviště	NCH JIP	NCH SIP	KCH JIP	NCH JIP	KCH ODD	KCH JIP	KCH ODD	NCH SIP	KCH JIP	NCH SIP

Tato tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje respondentů. Respondent číslo 1 je muž (5,5 roku praxe), vystudoval střední zdravotnickou školu v oboru zdravotnický asistent. Pracuje na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Respondentka číslo 2 je žena (13 let praxe), vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou. Pracuje na neurochirurgické semiintenzivní péči. Respondentka číslo 3 je žena (17 let praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu a dokončila pomaturitní specializační studium. Pracuje na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče. Dotázaná číslo 4 je žena (24 let praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracuje na neurochirurgické jednotce intenzivní péče. Respondentka číslo 5 je žena (4 roky praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracuje na kardiochirurgickém oddělení. Respondentka číslo 6 je žena (1 rok praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracuje na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče. Dotázaná číslo 7 je žena (20 let praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracuje na kardiochirurgickém oddělení. Respondentka číslo 8 je žena (34 let praxe), vystudovala vysokou školu. Pracuje na neurochirurgické semiintenzivní péči. Respondentka číslo 9 je žena (9 let praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu. Pracuje na kardiochirurgické jednotce intenzivní péče. Respondentka číslo 10 je žena (13 let praxe), vystudovala střední zdravotnickou školu a dodělala si pomaturitní specializační studium. Pracuje na neurochirurgické semiintenzivní péči.

Tabulka 2 Vymezení pojmu ošetrovatelské dokumentace dle respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Formulář	1					1			1	1	4
Informace o pacientovi		1	1		1	1	1	1		1	7
Zbytečná věc	1										1
Nedostatek času na péči pacientů	1		1	1					1		4
Kontrola personálu				1							1
Nečitelnost záznamu					1			1			2
Bezpečí pacientů		1						1			2
Bezpečí sester								1			1
Systém práce								1			1

Tabulka 2 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Co se vám vybaví pod pojmem ošetrovatelská dokumentace? Kategorie odpovědi *formulář* byla zvolena čtyřikrát. Kategorie odpovědi *informace o pacientovi* byla zvolena sedmkrát. Kategorie odpovědi *zbytečná věc* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nedostatek času na péči pacientů* čtyřikrát. Kategorie odpovědi *kontrola personálu* jedenkrát. Kategorie odpovědi *nečitelnost záznamu* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *bezpečí pacientů* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *bezpečí sester* jedenkrát. Kategorie odpovědi *systém práce* jedenkrát.

Tabulka 3 Důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace dle respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Informovanost o pacientovi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Zpětná kontrola dat			1								1
Ochrana pacienta					1						1
Ochrana sestry								1			1
Plánování dopředu								1			1

Tabulka 3 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi na dotaz: Z vašeho pohledu, v čem tkví důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace? Kategorie odpovědi *informovanost o pacientovi* byla zvolena desetkrát. Kategorie odpovědi *zpětná kontrola dat* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *ochrana pacienta* jedenkrát. Kategorie odpovědi *ochrana sestry* jedenkrát. Kategorie odpovědi *plánování dopředu* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 4 Údaje zaznamenávané v hlášení sester podle respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Kontrola opiátů		1		1			1	1	1	1	6
Kontrola nástrojů		1					1			1	3
Kontrola techniky				1							1
Počet sester ve službě		1					1	1	1	1	5
Provozní informace				1							1
Harmonogram noční služby							1	1	1		3
Nevím	1		1		1	1					4

Tabulka 4 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi na dotaz: Co zaznamenáváte do hlášení sester? Kategorie odpovědi *kontrola opiátů* byla zvolena šestkrát. Kategorie odpovědi *kontrola nástrojů* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *kontrola techniky* jedenkrát. Kategorie odpovědi *počet sester ve službě* pětkrát. Kategorie odpovědi *provozní informace* jedenkrát. Kategorie odpovědi *harmonogram noční služby* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *nevím* byla zvolena čtyřikrát.

Tabulka 5 Setkání a používání elektronické formy ošetrovatelské dokumentace respondenty

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Setkala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Částečně používám	1	1	1	1		1		1	1	1	8
Nepoužívám					1		1				2
Komplikovanost použití	1					1			1	1	4
Snazší zpětná kontrola				1							1
Přehlednější					1						1
Šetření času		1	1	1			1	1			5
Rychlý přístup k informacím		1	1	1			1	1			5

Tabulka 5 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotazy: Setkal/a jste se s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace? Používáte elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace? Co si myslíte o používání elektronické formy ošetrovatelské dokumentace? Kategorie odpovědi *setkala* byla zvolena desetkrát. Kategorie odpovědi *částečně používám*, byla zvolena osmkrát. Kategorie odpovědi *nepoužívám* dvakrát. Kategorie odpovědi *komplikovanost použití* čtyřikrát. Kategorie odpovědi *snazší zpětná kontrola* jedenkrát. Kategorie odpovědi *přehlednější* jedenkrát. Kategorie odpovědi *šetření času* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *rychlý přístup k informacím* byla zvolena pětkrát.

Tabulka 6 Popularita forem ošetrovatelské dokumentace dle respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Písemná	1				1	1			1	1	5
Elektronická		1	1	1			1	1			5

Tabulka 6 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Dáváte přednost elektronické či písemné formě ošetrovatelské dokumentace? Kategorie odpovědi *písemná* pětkrát. Kategorie odpovědi *elektronická* byla zvolena pětkrát.

Tabulka 7 Problémy u vyplňování ošetrovatelské dokumentace z pohledu respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Neúplné informace		1			1						2
Rutina při psaní	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Nečitelnost			1			1	1	1		1	5
Zdržování od práce				1			1				2
Škrtání						1					1
Nepřehledné přepisování						1		1			2
Nekvalitní formulace								1	1		2
Neužitečné informace	1										1

Tabulka 7 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Co je dle vašeho názoru, nejčastější problém u vyplňování ošetrovatelské dokumentace? Kategorie odpovědi *neúplné informace* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *rutina při psaní* byla zvolena desetkrát. Kategorie odpovědi *nečitelnost* byla zvolena pětkrát. Kategorie odpovědi *zdržování od práce* dvakrát. Kategorie odpovědi *škrtání* jedenkrát. Kategorie *nepřehledné přepisování* dvakrát. Kategorie odpovědi *nekvalitní formulace* byla zvolena dvakrát. Kategorie *neužitečné informace* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 8 Postrádané údaje v aktuálně používané ošetrovatelské dokumentaci

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Žádné			1					1			2
Více z oboru	1	1		1	1	1	1		1	1	8
Psychický stav		1									1
Sociální stav		1									1
Více heslovitých slov						1					1

Tabulka 8 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Jaké informace postrádáte v aktuálně používané ošetrovatelské dokumentaci? Kategorie odpovědi *žádné* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *více z oboru* byla zvolena osmkrát. Kategorie odpovědi *psychický stav* byla zvolena jedenkrát. Kategorie *sociální stav* byla zvolena jedenkrát. Kategorie *více heslovitých slov* byla zvolena jedenkrát.

Tabulka 9 Zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace z pohledu respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Více dat z oboru										1	1
Zestručnit formuláře		1									1
Nevím	1		1	1	1	1	1	1	1		8

Tabulka 9 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Dle vašeho názoru, jak byste zlepšil/a ošetrovatelskou dokumentaci? Kategorie odpovědi *více dat z oboru* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *zestručnit formuláře* byla zvolena jedenkrát. Kategorie odpovědi *nevím* byla zvolena osmkrát.

Tabulka 10 Spokojenost respondentů se současnou ošetrovatelskou dokumentací

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
spokojená		1						1			2
nespokojená	1		1	1	1	1	1		1	1	8

Tabulka 10 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Jste spokojený/á se současnou ošetrovatelskou dokumentací? Kategorie odpovědi *spokojená* byla zvolená dvakrát. Kategorie odpovědi *nespokojená* byla zvolena osmkrát.

Tabulka 11 Zkvalitnění práce s ošetrovatelskou dokumentací z pohledu respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Vstupní školení		1	1		1	1			1	1	6
Více seminářů		1			1				1		3
Zapojení sester do tvoření formulářů						1					1
Zlepšit komunikaci	1							1			2
Promyslet následky				1				1			2
Větší iniciativa sester							1		1		2
Větší iniciativa vedení			1				1		1	1	4

Tabulka 11 znázorňuje v kategorizačních tabulkách odpovědi respondentů na dotaz: Jak byste docílil/a zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací? Kategorie odpovědi *vstupní školení* byla zvolena šestkrát. Kategorie odpovědi *více seminářů* byla zvolena třikrát. Kategorie odpovědi *zapojení sester do tvoření formulářů* jedenkrát. Kategorie odpovědi *zlepšit komunikaci* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *promyslet následky* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *větší iniciativa sester* byla zvolena dvakrát. Kategorie odpovědi *větší iniciativa vedení* byla zvolena čtyřikrát.

5. Diskuse

V této bakalářské práci jsme zjišťovali používání ošetrovatelské dokumentace na neurochirurgickém a kardiochirurgickém oddělení v Nemocnici Na Homolce. K tomu byl použit polostrukturovaný rozhovor, který jsme vedli s 10 náhodně vybranými sestrami, z čeho byl 1 muž a 9 žen. Poměr respondentů v našem výzkumném šetření pro nás nebyl příliš velkým překvapením, neboť ženy patří stále k největšímu počtu pracovníků ve zdravotnictví i přes nárůst počtu mužů jako sester nebo zdravotnických asistentů. Respondenti pracují s poměrně rozdílnou délkou praxe (viz tabulka 1). V délce praxe respondentů je rozdíl 33 let. Z toho respondentka číslo 6 pracuje 1 rok. Nejdéle pracující respondentkou je č. 8 pracující již 34 let. Některé respondentky mají též nesterjně dosažené vzdělání: střední zdravotnickou školu, vyšší odbornou školu zdravotnickou, kterou studovala jedna respondentka, pomaturitní specializované vzdělání, jež dostudovaly dvě respondentky až po vysokou školu, kterou absolvovala jedna respondentka (viz tabulka 1). Každý respondent má také odlišné oddělení, na kterém pracuje – od neurochirurgické jednotky intenzivní péče přes semiintenzivní péči až po kardiochirurgické oddělení a jednotky intenzivní péče (viz tabulka 1).

Polícar (2010) uvádí, že záznamy mohou mít různé podoby a formy. Zajímalo nás, jakou formu ošetrovatelské dokumentace používají námi oslovení respondenti. S elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace se setkalo ve své práci všech 10 dotázaných. Také většina respondentů uvedla, že užívají elektronickou formu pouze částečně. Pouze na odděleních dvou respondentů se využívá výhradně písemná forma ošetrovatelské dokumentace (viz tabulka 5). Z toho srozumitelně vyplývá, že v našem výzkumném šetření se nadále v nejvyšší míře používá písemná forma ošetrovatelské dokumentace. Zajímalo nás, jaká je u respondentů popularita forem ošetrovatelské dokumentace. Pět respondentů uvedlo, že přednost dávají formě písemné. Dalších pět respondentů dalo přednost elektronické podobě (viz tabulka 6). Podle našeho názoru tento výsledek ovlivňuje dlouhodobé používání písemné formy ošetrovatelské dokumentace a nepřilíživou vysokou ochotu sester přizpůsobovat se neznámým věcem a také pomalým přechodem od písemné formy k elektronické ošetrovatelské dokumentaci ze strany zaměstnavatele. Zajímavostí se pro nás stalo to, že pro jednu

respondentku se stala elektronická podoba více populární, i když se s touto podobou setkala pouze zběžně a na jejím oddělení se nikterak nevyužívá.

Škubová (2011) uvedla, že elektronická ošetrovatelská dokumentace šetří sestřím čas, mohou se lépe obhajovat při trestních oznámeních a také mají možnost přehlednějšího kontrolování této ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem k předchozím otázkám jsme chtěli znát všeobecný pohled sester pouze na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Nejčastější odpovědi zněly, že tato forma šetří čas a umožňuje sestřím rychlejší přístup k informacím o pacientovi, celkem bylo tohoto názoru pět respondentů. Čtyři respondenti uvedli, že pokládají tuto formu za komplikovanou, jedna respondentka dodala také snazší zpětnou kontrolu a jedna sestra uvedla, že jí tato podoba přijde přehlednější (viz tabulka 5). Líbila se nám připomínka jednoho respondenta, který upozornil na komplikaci částečně zavedené ošetrovatelské dokumentace. Pro něj při práci s touto podobou je negativum způsobené tím, že ho zdržuje tisknutí informací, následující razítkování a podpis sestry, jež tento list vytvořila.

Také nás zajímalo, zda se vede na odděleních hlášení sester a jaká současná data se v něm používají. Čtyři respondenti nedokázali na dané téma odpovědět. Šest respondentů odpovědělo, že do tohoto dokumentu zaznamenávají kontrolu opiátů, pět respondentů uvedlo zaznamenávání počtu sester ve službě. Po třech respondentech uvedlo zaznamenávání kontroly nástrojů a harmonogramu noční služby. Po jedné respondentce pak bylo uvedeno zaznamenávání kontroly techniky a provozních informací (viz tabulka 4). Jedna respondentka v rozhovoru uvedla, že údaje v hlášení se zapisují do sešitů na oddělení. Je také vedeno pouze písemnou formou. Na základě těchto předchozích otázek jsme si odpověděli na výzkumnou otázku č. 1: **„Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používají sestry?“**

Kapounová (2007) uvádí, že zavedení hodnotné ošetrovatelské dokumentace patří mezi moderní rysy ošetrovatelství, s čímž musíme jednoznačně souhlasit. Co však znamená pro sestru a jak je spokojená ukazují výsledky našeho výzkumného šetření. Zajímalo nás, co si sestra vybaví pod pojmem ošetrovatelská dokumentace. Sedm respondentů odpovědělo, že se jim vybaví informace o pacientovi, tato odpověď byla

nejčastější. Čtyřem respondentům se vybavily formuláře a nedostatek času na péči o pacienty. Po dvou odpovědích byla nečitelnost záznamů a bezpečí pacienta. Jedna respondentka také dodala, že se jí dále vybaví bezpečí sester a systém práce. Pouze respondentovi č. 1 se vybavila pod pojmem ošetrovatelské dokumentace také zbytečná věc (viz tabulka 2). Podle našeho názoru jsme předpokládali, že nejhojnějšími odpověďmi budou informace o pacientovi (což se nám potvrdilo) a ochrana sester (což se nám nepotvrdilo). Velice nás překvapilo, že byla pouze jedna odpověď spojená s ochranou sester. Vondráček a Wirthová (2008) uvedli, že při podání stížností a zahájení trestního stíhání, má zdravotnická dokumentace stále větší význam. Příčinu tohoto výsledku přikládáme tomu, že pouze jedna respondentka pracuje jako vedoucí pracovník, a tak si více uvědomuje možné komplikace spojené s vedením ošetrovatelské dokumentace, zatímco u ostatních sester toto povědomí stále chybí. Možný důvod může také spočívat v tom, že se o dané téma zajímá málo sester.

Také nás zajímalo, v čem vidí sestry důležitost vést ošetrovatelskou dokumentaci. Všech 10 respondentů se shodlo, že důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace tkví v tom, že jim umožňuje, aby byli informováni o pacientovi. Další odpovědi byly zpětná kontrola, ochrana pacienta, ochrana sestry a možnost plánování dopředu – to vše po jedné respondentce (viz tabulka 3).

Dále nás zajímala současná ošetrovatelská dokumentace z pohledu sester. Zda je pro sestry přehledná a podrobná. A také jestli si ji sestry vždy přečetly či se setkaly s nesprávně vyplněnou ošetrovatelskou dokumentací. Podle odpovědí oslovených respondentů jsme zjistili, že pro všech deset dotázaných je současná ošetrovatelská dokumentace podrobná a osm respondentů si myslí, že je i přehledná. Pouze dva respondenti uvedli, že jejich současná ošetrovatelská dokumentace pro ně přehledná není. Nepřekvapily nás zbylé odpovědi v souvislosti s nesprávně vyplněnou dokumentací, s čím se setkalo všech 10 respondentů. Také všech 10 respondentů se potýkalo s tím, že nedokázalo přečíst zapsaný záznam předávající sestrou.

Chtěli jsme znát nejčastější problémy u vyplňování ošetrovatelské dokumentace. Odpovědi se často shodovaly. Všech deset respondentů se při vyplňování formulářů ošetrovatelské dokumentace setkalo s rutinou při psaní. Jedna respondentka o tomto

problému podotkla, že při vyplňování ošetrovatelských formulářů jej většina sester ani nečte a bezmyšlenkovitě je zaškrťává. Sama přiznala, že to také tak činí. Pět respondentů dále odpovědělo, že problém vidí v nečitelnosti. Po dvou respondentech pak zněly odpovědi jako neúplné informace, zdržování od práce, nepřehledné přepisování a nekvalitní informace. Respondentka č. 6 uvedla, že problém vnímá v tom, že v ošetrovatelské dokumentaci je škrťáno a respondent č. 1 pak vidí problém u vyplňování v tom, že se používají informace pro něj neúčinné (viz tabulka 7).

Zjišťovali jsme dále, jak jsou respondenti se současnou ošetrovatelskou dokumentací spokojeni. Pouze respondenti číslo 2 a 8 jsou vcelku spokojeni. Ostatní respondenti spokojeni nejsou (viz tabulka 10). Líbilo se nám vyjádření ohledně spokojenosti od jedné respondentky, která prohlásila, že při tvoření ošetrovatelských formulářů není brán zřetel na připomínky sester, které pracují s tímto materiálem každou svojí službu. Jak uvedli Vondráček, Ludvík a Nováková (2003), velice často tvoří formuláře vedoucí pracovníci. Což nám vyjádřila právě odpověď respondentky číslo 10. Souhlasili jsme s odpovědí jedné respondentky, která je se současnou ošetrovatelskou dokumentací v našem výzkumném šetření spokojená, ale také si uvědomuje, že by bylo potřebné některé formuláře upravit. Na základě těchto předchozích otázek jsme si odpověděli na výzkumnou otázku č. 2: **„Jaká je spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací na jejich oddělení?“**

Jak uvádí Vondráček a Wirthová (2008) o celé zdravotnické dokumentaci včetně dokumentace ošetrovatelské, předpokládá se, že bude vedena nejen dle platné legislativy, ale také že informace v ní vedené budou výstižné a pravdivé. Zajímalo nás, co by sestry změnily v ošetrovatelské dokumentaci a zda mají přehled o tomto tématu z hlediska legislativy. Při otázce, jak by sestry zkvalitnily ošetrovatelskou dokumentaci, odpovědělo překvapivě 8 respondentek, že o této otázce přemýšlet nebudou či na ni nedokáží odpovědět. Pouze dvě respondentky by chtěly zavést více dat ze svého oboru a zestručnit formuláře, týkající se ošetrovatelské dokumentace (viz tabulka 9). Překvapením pro nás byly odpovědi osmi respondentů, kteří na tuto otázku nechtěli odpovědět. Způsobeno to bylo více faktory. Neznalostí a neochotou na tuto otázku odpovědět. Šokovala nás odpověď respondenta, který dodal, že pro rady změn

v ošetrovatelské dokumentaci není platově ohodnocený. S tímto názorem odmítáme souhlasit a velice nás udivila taková úvaha. Dále nás zajímalo, jak by respondenti dosáhli zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací. Šest respondentek uvedlo, že by zavedlo vstupní školení. Čtyři by pak uvítaly větší iniciativu ze strany vedení. Tři respondentky by zavedly na toto téma více seminářů. U dvou respondentů pak zněly odpovědi, že by zlepšili komunikaci mezi sestrami a zvýšili iniciativu sester. Také dvě respondentky si myslí, že zlepšení práce s ošetrovatelskou dokumentací by docílily tím, že by se všechny sestry měly zamyslet nad možnými následky způsobenými špatným vedením těchto formulářů (viz tabulka 11).

Dále nás zajímala znalost vnitřních standardů ve vybraném zdravotnickém zařízení, která se týkala ošetrovatelské dokumentace. Z toho pouze tři respondenti tento standard četli. Ostatních sedm respondentů tento standart nečetlo. Zajímala nás také znalost české legislativy, která se týká celé zdravotnické dokumentace, jejíž je ošetrovatelská dokumentace součástí. Z odpovědí jasně vyplynulo, že zákon ani vyhlášku žádný respondent, který byl osloven, nikdy nečetl. Líbil se nám dodatek od respondentky, která se vyjádřila, že po tomto rozhovoru došla k názoru, že by si měla ve vlastním zájmu prostudovat českou legislativu, která se tímto tématem zabývá. Na základě těchto předchozích otázek jsme si odpověděli na výzkumnou otázku č. 3: **„Co by sestry změnily v ošetrovatelské dokumentaci?“**

Jak uvádějí Vondráček, Ludvík a Nováková (2003), je také důležité akceptovat specifika, požadavky a názory na jednotlivých odděleních. Toto tvrzení nám vylučuje výsledek rozhovoru se sestrami. Nejvíce postrádají v ošetrovatelské dokumentaci právě více dat ze svého oboru. Respondentka číslo 2 uvedla, že jí taktéž chybí více dat o psychickém a sociálním stavu, který je ve formulářích uveden pouze okrajově (viz tabulka 8). Dle našeho názoru nedostatečná informace o psychice a sociálním stavu by mohla sestram způsobit problém v tom, že se sestra nebude moci ihned připravit na možný individuální přístup k danému pacientovi. Respondentka č. 6 postrádá v ošetrovatelských formulářích více heslovitých slov (viz tabulka 8). Kapounová (2007) uvedla, že u akreditovaných pracovišť je třeba, aby byla zdravotnická dokumentace jednotná a vyhovovala potřebám všech oddělení. Při našem výzkumném šetření jsme

došli k názoru, že sjednotit ošetrovatelskou dokumentaci je velmi složité, ale možné. Na základě těchto předchozích otázek jsme si odpověděli na výzkumnou otázku č. 4: **„Jaké údaje sestřím chybí v současné ošetrovatelské dokumentaci?“**

Současná doba si žádá od sester přesné a pravdivé zapisování informací o pacientovi. Je však velice důležité si uvědomit, že mnoho sester, přestože vyplňuje ošetrovatelskou dokumentaci každou svoji službu, nemá o tomto tématu dostatek informací. A navíc je přístup k této problematice u každé sestry odlišný.

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit používání ošetrovatelské dokumentace ve vybraném nemocničním zařízení. Na počátku výzkumného šetření jsme si vymezili čtyři otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používají sestry? Výzkumná otázka č. 2: Jaká je spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací na jejich oddělení? Výzkumná otázka č. 3: Co by sestry změnilly v ošetrovatelské dokumentaci? Výzkumná otázka č. 4: Jaké údaje sestrám chybí v současné ošetrovatelské dokumentaci? Všechny výzkumné otázky se nám podařilo zodpovědět.

Toto šetření bylo realizováno pomocí kvalitativního výzkumu, je tedy zřejmé, že zjištěná data nemusí mít stejnou platnost u všech sester, které pracují s ošetrovatelskou dokumentací. Přesto se během průběhu šetření získalo mnoho informací, které lze považovat za důležité pro další průběh práce s ošetrovatelskou dokumentací.

Z výsledku vyplynulo, že i když sestry používají ošetrovatelské formuláře při každé svojí službě, setkávají se často s nesprávně vedenou ošetrovatelskou dokumentací. Toto zjištění může mít závažný následek v podobě poskytnutí chybné péče pacientovi, u kterého se daná ošetrovatelská dokumentace vede. Další závažný následek vidíme v tom, že díky nesprávně vedené ošetrovatelské dokumentaci se sestra nebude moci dostatečně hájit při možném právním stíhání. Alarmující zjištění pro nás bylo právě to, že velký počet sester bere ošetrovatelskou dokumentaci pouze jako získání důležitých dat o pacientovi a neuvědomují si, že tento dokument pomáhá právě větší ochraně sester před falešným obviněním ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků.

Na základě odpovědí respondentů bychom v Nemocnici Na Homolce zavedli informativní vstupní seminář, který by byl zaměřen na důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace a na její správné vyplňování.

S výsledky našeho výzkumného šetření bude seznámena hlavní sestra a také budou poskytnuty na oddělení kvality v Nemocnici Na Homolce.

7. Seznam použitých zdrojů

1. DOENGES, M. E. a M. F. Moorhouse. M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s., ISBN 80-247-0242-8.
2. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
3. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství systémový přístup II. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
4. TRACHTOVÁ, E. aj. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
5. NANDA International., *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009–2011*. 1. vyd. Barcelona: Elsevier Espana, 2010. 456 s. ISBN 978-1-4051-8718-3.
6. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2004. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
7. ŠČEPOŇOVÁ, S. NANDA taxonomie II. *Sestra*. Praha, 2009, č. 11, s. 20–21, ISSN 1210-0404.
8. KAPONOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. + 16 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
10. STAŇKOVÁ, M., K. BLÁHA, L. VONDRÁČEK, a M. LUDVÍK. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
11. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

12. Akcent informační kanál Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pacientova práva ohledně zdravotnické dokumentace. *Florence časopis moderního ošetrovatelství*. Praha, 2011. č. 9, s. 4. ISSN 1801-464x.
13. VONDRÁČEK, J., V. DVOŘÁKOVÁ, a L. VONDRÁČEK. *Medicínsko-právní terminologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-3151-3.
14. VONDRÁČEK, L. a V. Wirthová. *Právní minimum pro sestry (příručka pro sestry)*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132.
15. KELNAROVÁ, J. aj. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. 1 ročník*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 240 s. + 4 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
16. Věstník MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ, částka 9, roč. 2004, *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*.
17. Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online], c. 2008, Poslední revize neuvedena [vid. 12. května 2011]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/vedeni-osevovatelске-dokumentace>
18. SEDLÁŘOVÁ, P. aj. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 80-247-1613-5.
19. VONDRÁČEK, L., M. LUDVÍK, a J. NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
20. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
21. VONDRÁČEK, L. a V. Wirthová. *Sestra a její dokumentace (návod pro praxi)*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
22. ŠPINAR, J. aj. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
23. ŠKUBOVÁ, J. Start elektronické dokumentace v Benešově, *Florence časopis moderního ošetrovatelství*. Praha, 2011, č. 5, 3-5, ISSN 1801-464x.
24. Kolektiv autorů. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

25. ŠKRLA, P. a M. Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
26. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha, 2009, č. 6, s. 12–13, ISSN 1210-0404.
27. VONDRÁČEK, L. a M. Ludvík. *České ošetřovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
28. ŠČEPOŇOVÁ, S. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha, 2009, č. 11, s. 28–29, ISSN 1210-0404.
29. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

8. Klíčová slova

Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Multidisciplinárny tím

Ošetrovatelská dokumentace

Sestra

Zdravotnická dokumentace


9. Přílohy

Příloha 1 Formuláře ošetřovatelské dokumentace

Příloha 2 Další části formulářů

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s respondenty

Příloha 1 Formuláře ošetrovatelské dokumentace

 Ošetrovatelská dokumentace standardní oddělení		ODD. NCH B - I. 3085	PID
Alergie: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		alergen:	
Důležitá upozornění:			
<input type="checkbox"/> Den příjmu, viz příjmová zpráva			

Diagnóza:

Datum:					
Den hospitalizace					
Operační den					
Psychický stav					
Kontakt s rodinou					
Váha					
Dieta					
Příjem per os méně než ½ porce	snídaně				
	oběd				
	večeře				
Dýchání					
i.v. vstup					
PMK					
Sonda					
Riziko pádu					
Riziko vzniku dekubitu					
Infekce					
Stolice					
Bolest	<input type="checkbox"/> ano (viz. záznam o bolesti)	<input type="checkbox"/> ano (viz. záznam o bolesti)	<input type="checkbox"/> ano (viz. záznam o bolesti)	<input type="checkbox"/> ano (viz. záznam o bolesti)	<input type="checkbox"/> ano (viz. záznam o bolesti)
	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ne

Bilance tekutin

příjem	per os						
	i.v.						
	Sonda						
	Celkem za 12h.						
výdej	Sonda						
	Moč						
	Zvracení						
	Celkem za 12h.						
Bilance za 24h.							

Drény					
Konsilia					
Vyšetření					
Převazy					

PMK - permanentní katétr, RHB - rehabilitace, i.v. - intravenózní, PID - pacientova identifikační data

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES			OŠETŘOVATELSKÝ PROCES			OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	
Datum:			Datum:			Datum:	
	hodnocení	opatření	Cíl ⁷	hodnocení	opatření	Cíl ⁷	hodnocení
rizika	<input type="checkbox"/> riziko pádu skóre	<input type="checkbox"/> zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zajistit bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> zábrany <input type="checkbox"/> omez. prostředky	pacient bez pádu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko pádu skóre	<input type="checkbox"/> zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zajistit bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> zábrany <input type="checkbox"/> omez. prostředky	pacient bez pádu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko pádu skóre
	<input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitů skóre	<input type="checkbox"/> antidekubit matrace <input type="checkbox"/> polohování	pacient bez nově vzniklého dekubitu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitů skóre	<input type="checkbox"/> antidekubit matrace <input type="checkbox"/> polohování	pacient bez nově vzniklého dekubitu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitů skóre
	<input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce	<input type="checkbox"/> bariérová péče <input type="checkbox"/> izolace <input type="checkbox"/> režim	zabránění šíření infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce	<input type="checkbox"/> bariérová péče <input type="checkbox"/> izolace <input type="checkbox"/> režim	zabránění šíření infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce
sebepečení	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný	<input type="checkbox"/> pomoc v koupelně <input type="checkbox"/> pomoc u lůžka <input type="checkbox"/> pomoc s výživou <input type="checkbox"/> hygiena pacienta na lůžku	pacient maximálně soběstačný <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný	<input type="checkbox"/> pomoc v koupelně <input type="checkbox"/> pomoc u lůžka <input type="checkbox"/> pomoc s výživou <input type="checkbox"/> hygiena pacienta na lůžku	pacient maximálně soběstačný <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný
	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB <input type="checkbox"/> použití kompenzačních pomůček	pacient samostatně chůze <input type="checkbox"/> zlepšení pohyblivosti <input type="checkbox"/> chůze s pomocí berlí <input type="checkbox"/> chůze v chodítku	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB <input type="checkbox"/> použití kompenzačních pomůček	pacient samostatně chůze <input type="checkbox"/> zlepšení pohyblivosti <input type="checkbox"/> chůze s pomocí berlí <input type="checkbox"/> chůze v chodítku	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> upoután na lůžko
spánek	<input type="checkbox"/> spal <input type="checkbox"/> nespál <input type="checkbox"/> neklidné spaní <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zajistit klidné prostředí <input type="checkbox"/> aktivace přes den <input type="checkbox"/> léková terapie	uspokojivý spánek <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> spal <input type="checkbox"/> nespál <input type="checkbox"/> neklidné spaní <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zajistit klidné prostředí <input type="checkbox"/> aktivace přes den <input type="checkbox"/> léková terapie	uspokojivý spánek <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> spal <input type="checkbox"/> nespál <input type="checkbox"/> neklidné spaní <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> invazní vstupy <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rány	<input type="checkbox"/> sterilní oš. invazivních vstupů <input type="checkbox"/> užívání ochranných pomůček <input type="checkbox"/> dodržování hygien. režimu	pacient bez známek infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> invazní vstupy <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rány	<input type="checkbox"/> sterilní oš. invazivních vstupů <input type="checkbox"/> užívání ochranných pomůček <input type="checkbox"/> dodržování hygien. režimu	pacient bez známek infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> invazní vstupy <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rány
vyprazdňování	MOČ <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> nutnost PMK <input type="checkbox"/> nácvik močení <input type="checkbox"/> psych. podpora <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky	normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	MOČ <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> nutnost PMK <input type="checkbox"/> nácvik močení <input type="checkbox"/> psych. podpora <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky	normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	MOČ <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence
	STOLICE <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky <input type="checkbox"/> edukace	normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	STOLICE <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky <input type="checkbox"/> edukace	normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	STOLICE <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie
strach	<input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> depresivní	<input type="checkbox"/> vysvětluj a naslouchej <input type="checkbox"/> komunikuj <input type="checkbox"/> zajisti bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj	zlepšení psychické kondice <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> depresivní	<input type="checkbox"/> vysvětluj a naslouchej <input type="checkbox"/> komunikuj <input type="checkbox"/> zajisti bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj	zlepšení psychické kondice <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> depresivní

7 není-li cíl splněn, pokračujeme v intervenci

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES		OŠETŘOVATELSKÝ PROCES			OŠETŘOVATELSKÝ PROCES		
Datum:		Datum:			Datum:		
tření	Cíl ¹⁾	hodnocení	opatření	Cíl ¹⁾	hodnocení	opatření	Cíl ¹⁾
vý dohled bezpečné péče prostředky	pacient bez pádu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko pádu skóre	<input type="checkbox"/> zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zajistit bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> zábrany <input type="checkbox"/> omez. prostředky	pacient bez pádu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko pádu skóre	<input type="checkbox"/> zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zajistit bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> zábrany <input type="checkbox"/> omez. prostředky	pacient bez pádu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
dekubity vznikání	pacient bez nově vzniklého dekubitu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitu skóre	<input type="checkbox"/> antidekubit matrace <input type="checkbox"/> polohování	pacient bez nově vzniklého dekubitu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitu skóre	<input type="checkbox"/> antidekubit matrace <input type="checkbox"/> polohování	pacient bez nově vzniklého dekubitu <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	zabránění šíření infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce	<input type="checkbox"/> bariérová péče <input type="checkbox"/> izolace <input type="checkbox"/> režim	zabránění šíření infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> infekční pacient typ infekce	<input type="checkbox"/> bariérová péče <input type="checkbox"/> izolace <input type="checkbox"/> režim	zabránění šíření infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient maximálně soběstačný <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný	<input type="checkbox"/> pomoc v koupelně <input type="checkbox"/> pomoc u lůžka <input type="checkbox"/> pomoc s výživou <input type="checkbox"/> hygiena pacienta na lůžku	pacient maximálně soběstačný <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný	<input type="checkbox"/> pomoc v koupelně <input type="checkbox"/> pomoc u lůžka <input type="checkbox"/> pomoc s výživou <input type="checkbox"/> hygiena pacienta na lůžku	pacient maximálně soběstačný <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient samostatně chůze <input type="checkbox"/> zlepšení pohyblivosti <input type="checkbox"/> chůze s pomocí berlí <input type="checkbox"/> chůze v chodítku	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB <input type="checkbox"/> použití ochranných pomůcek	pacient samostatně chůze <input type="checkbox"/> zlepšení pohyblivosti <input type="checkbox"/> chůze s pomocí berlí <input type="checkbox"/> chůze v chodítku	<input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB <input type="checkbox"/> použití ochranných pomůcek	pacient samostatně chůze <input type="checkbox"/> zlepšení pohyblivosti <input type="checkbox"/> chůze s pomocí berlí <input type="checkbox"/> chůze v chodítku
období péče	uspokojivý spánek <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> spal <input type="checkbox"/> nespál <input type="checkbox"/> neklidné spaní <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zajistit klidné prostředí <input type="checkbox"/> aktivace přes den <input type="checkbox"/> léková terapie	uspokojivý spánek <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> spal <input type="checkbox"/> nespál <input type="checkbox"/> neklidné spaní <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zajistit klidné prostředí <input type="checkbox"/> aktivace přes den <input type="checkbox"/> léková terapie	uspokojivý spánek <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient bez známek infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> invazní vstupy <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rány	<input type="checkbox"/> sterilní oš. invazivních vstupů <input type="checkbox"/> užívání ochranných pomůcek <input type="checkbox"/> dodržování hygien. režimu	pacient bez známek infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> porucha kožní integrity <input type="checkbox"/> invazní vstupy <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> operační rány	<input type="checkbox"/> sterilní oš. invazivních vstupů <input type="checkbox"/> užívání ochranných pomůcek <input type="checkbox"/> dodržování hygien. režimu	pacient bez známek infekce <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	MOČ <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> nutnost PMK <input type="checkbox"/> nácvik močení <input type="checkbox"/> psych. podpora <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	MOČ <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> nutnost PMK <input type="checkbox"/> nácvik močení <input type="checkbox"/> psych. podpora <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	STOLICE <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky <input type="checkbox"/> edukace	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	STOLICE <input type="checkbox"/> fyziologická <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> hygienické pomůcky <input type="checkbox"/> edukace	pacient normalizace vyprazdňování <input type="checkbox"/> bez kožních defektů <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn
období péče	pacient zlepšení psychické kondice <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> depresivní	<input type="checkbox"/> vysvětluj a naslouchej <input type="checkbox"/> komunikuj <input type="checkbox"/> zajisti bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj	pacient zlepšení psychické kondice <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn	<input type="checkbox"/> je <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> depresivní	<input type="checkbox"/> vysvětluj a naslouchej <input type="checkbox"/> komunikuj <input type="checkbox"/> zajisti bezpečné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj	pacient zlepšení psychické kondice <input type="checkbox"/> splněn <input type="checkbox"/> nesplněn

DENNÍ PLÁN PÉČE O PACIENTA		
	denní služba	noční služba
Datum		
	podpis sestry:	podpis sestry:
Datum		
	podpis sestry:	podpis sestry:
Datum		
	podpis sestry:	podpis sestry:
Datum		
	podpis sestry:	podpis sestry:

denní sestra značí modře / noční sestra značí červeně

Ošetřovatelská dokumentace Intenzivní péče		ODD.	PID
Datum:			
Alergie: alergen: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Důležitá upozornění:			
<input type="checkbox"/> Den příjmu, viz příjmová zpráva			
Výživa: Váha: (min. 1x týdně) Úbytek váhy v % (při hospitalizaci nad 7 dní) % <input type="checkbox"/> v péči NT		Hygiena: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí sestry <input type="checkbox"/> celková toaleta <input type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> holení <input type="checkbox"/> D péče o DÚ čím interval <input type="checkbox"/> N péče o DÚ čím interval <input type="checkbox"/> mytí vlasů <input type="checkbox"/> péče o uši, nehty a nos <input type="checkbox"/> D péče o oči čím interval <input type="checkbox"/> N péče o oči čím interval	
Dieta č.: příjem potravy: <input type="checkbox"/> jí sám <input type="checkbox"/> krmen personálem <input type="checkbox"/> sondou <input type="checkbox"/> jiné		Vyprazdňování: MOČ: <input type="checkbox"/> moči spontánně <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> epicystostomie <input type="checkbox"/> anúrie <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné Pozn.:	
Vědomí: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> doznávající anestézie <input type="checkbox"/> sedace <input type="checkbox"/> apalický stav <input type="checkbox"/> jiné		STOLICE: <input type="checkbox"/> ano, počet <input type="checkbox"/> ne, datum poslední st.: <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné Pozn.:	
Psychický stav: <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> spolupracující <input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> výzvě vyhoví <input type="checkbox"/> výzvě nevyhoví <input type="checkbox"/> depresivní <input type="checkbox"/> dezorientovaný <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> jiné		Pohyblivost: <input type="checkbox"/> ležící, nepohyblivý <input type="checkbox"/> pohyblivý na lůžku <input type="checkbox"/> sedící v lůžku <input type="checkbox"/> křeslo <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> plně mobilní	
Soběstačnost: <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> jiné		Bandáže DK: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pozn.:	
Dýchání: <input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> UPV režim <input type="checkbox"/> odkašlává <input type="checkbox"/> odkašlává nedostatečně - nutno odsát <input type="checkbox"/> nebulizace <input type="checkbox"/> kyslíková maska <input type="checkbox"/> kyslíkové brýle <input type="checkbox"/> Ventí maska <input type="checkbox"/> peep maska <input type="checkbox"/> Hi-ox maska <input type="checkbox"/> HME-booster <input type="checkbox"/> jiné		Stav kůže (lokalizace, opatření): <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> dekubity (viz. ošetřování dekubitů aj. ran) <input type="checkbox"/> operační rána (viz. zadní strana) <input type="checkbox"/> jiné	
Hodnocení sputa: <input type="checkbox"/> nic se neodsává <input type="checkbox"/> fyziologické <input type="checkbox"/> žluté, zánětlivé <input type="checkbox"/> příměs světlé krve <input type="checkbox"/> příměs tmavé krve <input type="checkbox"/> husté, vazké <input type="checkbox"/> bílé, zpěněné <input type="checkbox"/> edematózní <input type="checkbox"/> zapáchá <input type="checkbox"/> jiné		Sociální kontakt: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> walkman <input type="checkbox"/> návštěva <input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> četba <input type="checkbox"/> kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> jiné	
Bolest: <input type="checkbox"/> ano (viz. Záznam o bolesti) <input type="checkbox"/> ne		Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> naslouchadlo <input type="checkbox"/> hůl <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> jiné	
RIZIKA			
Ošetřovatelský problém	Očekávané výsledky	Provedené intervence	Hodnocení
riziko pádu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne skóre	pacient bez pádu	<input type="checkbox"/> edukace <input type="checkbox"/> zvýšený dohled <input type="checkbox"/> zábrany <input type="checkbox"/> omezovací prostředky	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn Pozn.:
riziko vzniku dekubitu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne skóre	pacient bez nově vzniklého dekubitu	<input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> antidekubit. matrace <input type="checkbox"/> masáže <input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn Pozn.:
infekční pacient <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne typ infekce	nedojde k šíření infekce	<input type="checkbox"/> bariérová ošetřovatelská péče <input type="checkbox"/> izolace <input type="checkbox"/> edukace	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn Pozn.:

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES			
Ošetřovatelský problém	Očekávané výsledky	Provedené intervence	Hodnocení
PORUCHA SPÁNKU			
<input type="checkbox"/> spánková inverze <input type="checkbox"/> nadměrná stimulace, <input type="checkbox"/> hluk, osvětlení <input type="checkbox"/> věk let <input type="checkbox"/> neznámé prostředí <input type="checkbox"/> nedostatek soukromí <input type="checkbox"/> omezení pohybu v lůžku <input type="checkbox"/> závislost na lécích, <input type="checkbox"/> jakých	<input type="checkbox"/> pacient dostatečně spí <input type="checkbox"/> pacient spí v noci <input type="checkbox"/> pacient má pocit pohody	<input type="checkbox"/> eliminace bolesti <input type="checkbox"/> zajištění klidu a soukromí <input type="checkbox"/> pohodlná poloha v lůžku <input type="checkbox"/> medikace dle lékaře	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn <input type="checkbox"/> pokračuj v intervencích <input type="checkbox"/> Pozn.:
PORUCHA SEBEPÉČE			
<input type="checkbox"/> operační výkon <input type="checkbox"/> bolest <input type="checkbox"/> invazivní monitorace <input type="checkbox"/> imobilizační syndrom <input type="checkbox"/> tělesné postižení <input type="checkbox"/> epidurální katétr <input type="checkbox"/> sedace <input type="checkbox"/> celkový stav pacienta	<input type="checkbox"/> pacient s pomocí sedí <input type="checkbox"/> pacient s pomocí stojí <input type="checkbox"/> pacient je schopen <input type="checkbox"/> přijímat per os <input type="checkbox"/> pacient zvládne hygienu <input type="checkbox"/> (s pomocí) <input type="checkbox"/> pacient se vyprázdní <input type="checkbox"/> pacient bez dekubitu	<input type="checkbox"/> využití aktivity pacienta, edukace <input type="checkbox"/> motivace a psychická podpora <input type="checkbox"/> použití kompenzačních pomůcek, <input type="checkbox"/> jakých: <input type="checkbox"/> aktivní RHB <input type="checkbox"/> pasivní RHB <input type="checkbox"/> komplexní ošetřovatelská péče	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn <input type="checkbox"/> pokračuj v intervencích <input type="checkbox"/> Pozn.:
NEDOSTATEČNÁ VÝŽIVA, PORUCHA VÝŽIVY			
<input type="checkbox"/> ETI, TS kanyla <input type="checkbox"/> zvýšené metabolické <input type="checkbox"/> nároky (sepsy) <input type="checkbox"/> kontinuální analgosedace <input type="checkbox"/> nauzea z důvodu <input type="checkbox"/> odeznívající anestézie <input type="checkbox"/> zvracení	<input type="checkbox"/> pacient přijímá pře- <input type="checkbox"/> psané množství živin <input type="checkbox"/> pacient spolupracuje při <input type="checkbox"/> příjmu potravy <input type="checkbox"/> udržení tělesné <input type="checkbox"/> hmotnosti	<input type="checkbox"/> pomoc s přijímáním potravy <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> podávání enterální výživy <input type="checkbox"/> podávání parenterální výživy <input type="checkbox"/> záznam P + V potravy a tekutin <input type="checkbox"/> kontrola tělesné hmotnosti	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn <input type="checkbox"/> pokračuj v intervencích <input type="checkbox"/> Pozn.:
PSYCHICKÝ STAV			
<input type="checkbox"/> strach, úzkost <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> hospitalizmus <input type="checkbox"/> nedostatečné informace	<input type="checkbox"/> pacient komunikuje <input type="checkbox"/> o problémech <input type="checkbox"/> pacient bez známek <input type="checkbox"/> strachu, úzkosti, deprese <input type="checkbox"/> pacient bez známek <input type="checkbox"/> psychomotorického neklidu	<input type="checkbox"/> edukace <input type="checkbox"/> empatie, naslouchání <input type="checkbox"/> zjištění příčin neklidu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medikace dle lékaře	<input type="checkbox"/> cíl splněn <input type="checkbox"/> cíl nesplněn <input type="checkbox"/> pokračuj v intervencích <input type="checkbox"/> Pozn.:
ZÁZNAM O EDUKACI			
<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> pac. needukovatelný <input type="checkbox"/> rodinný příslušník	Preferované metody edukace ¹⁾ <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> praktický nácvik		
Komunikační bariéra: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jazyková: <input type="checkbox"/> smyslová (nedoslýchavost, hluchota, slepota,...):			
Téma edukace: <input type="checkbox"/> výživa <input type="checkbox"/> dieta č. _____ <input type="checkbox"/> edu. diabetika <input type="checkbox"/> sebek péče <input type="checkbox"/> medikace <input type="checkbox"/> pohybový režim <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> dialýza <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> užívání pomůcek	<input type="checkbox"/> hygienický režim <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> péče o chron. ránu <input type="checkbox"/> péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> respirační terapie <input type="checkbox"/> příprava před výkonem <input type="checkbox"/> péče po výkonu <input type="checkbox"/> možnost péče v terénu <input type="checkbox"/> prevence ICHS <input type="checkbox"/> prevence TEN <input type="checkbox"/> prevence a šíření infekcí <input type="checkbox"/> jiné	Použitá metoda edu.: <input type="checkbox"/> ústní edukace <input type="checkbox"/> písemná edukace <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná: Reakce pacienta: <input type="checkbox"/> pac. edukaci chápe <input type="checkbox"/> praktické dovednosti <input type="checkbox"/> opakovat školení <input type="checkbox"/> edukace odmítnuta <input type="checkbox"/> pac. edukaci nechápe	Podpis edukátora: <input type="checkbox"/> oš. sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/> lékař
Poznámky ²⁾:			

1) Pacient si určí sám, které z metod edukace mu vyhovují
 2) Doplnující a upřesňující poznámky k edukačnímu tématu (např. sebek péče, medikace, pohybový režim, užívání pomůcek,...)
 výdej, RHB - rehabilitace, UPV - umělá plicní ventilace, ACBR - acidobazická rovnováha, DCD - dolní cesty dýchací, sat. O2 - saturace kyslíku, PMK - permanentní katétr
 ní epigastrostomie, IABK - intraaortální balónková kontrapulzace, ICHS - ischemická choroba srdeční, TEN - tromboembolická nemoc, oš. - ošetřující, edu. - edukace

INVAZIVNÍ VSTUPY		DATUM ZAVEDENÍ	PŘEVAZ	HODNOCENÍ, PRŮCHODNOST, OKOLÍ VPICHU
Lokalizace: zakroužkuj dx nebo sin				
Cévní řečiště	Vena jugularis interna dx. sin.			
	Vena subclavia dx. sin.			
	Arteria radialis dx. sin.			
	Arteria femoralis dx. sin.			
	Arteria brachialis dx. sin.			
	Periferní žíla č.1 - lokalizace			
	Periferní žíla č.2 - lokalizace			
	Swan - Ganzův katetr			
	Dialyzační kanyla - lokalizace			
	Sheat - lokalizace			
	Shunt - lokalizace			
	IABK			
	Výměna CLAVE			
Drény - lokalizace				
Drény	Redonův drén 1.lokalizace			
	Redonův drén 2.lokalizace			
	Redonův drén 3.lokalizace			
	Hrudní drén 1.lokalizace			
	Hrudní drén 2.lokalizace			
	Mediastinální drény			
	T - drén			
	Biliární drenáž			
	Komorová drenáž CNS			
	Lumbální drenáž			
Břišní drén				
Intubace	ETI č. cm koutek			
	TSK č. tlak v manžetě			
Sondy	NG sonda č.			
	NJ sonda č.			
	PEG č.			
	PMK č.			
Katectry	Epicystostomie č.			
	Epidurální katetr			
	ICP čidlo			
	Epikardiální elektrody			
Operační rány - hodnocení, převaz ano, ne čím				
Vyšetření, konzilia				

denní	
Plán péče o pacienta	
Kontrola dávkovačů, infúzních pump, ventilace, alarmů Kontrola podtlaku v drénech (20 cm H ₂ O)	
podpis + razítko	
noční	
Plán péče o pacienta	
Kontrola dávkovačů, infúzních pump, ventilace, alarmů Kontrola podtlaku v drénech (20 cm H ₂ O)	
podpis + razítko	

Denní sestra značí modře, noční sestra červeně.

Ošetrovatelská příjmová zpráva příjmová během hospitalizace

Příjem hod.:

Datum:

Přijat odkud: z domova
 odd. NNH
 RZP
 jiné zdravot. zařízení

Opakovaně přijeti: ano ne

Dg.:

Pacient odevzdal léky: ano ne

Rodina informována: ano ne

Fyziologické funkce: ne

Tk: riziko pádu, Rizika:
PHK: skóre
LHK: riziko dekubitu, skóre
P: infekce, jáka
TT:
D:
Alergie: ano ne
 alergen:

Vědomí: při vědomí porucha vědomí
 bezvědomí

Kontakt: zřízený nezávezný
 bez omezení

Psychický stav: nespokojený
 spolupracuje rozrušený
 klidný znatelný
 orientovaný strach

Narušený spánek: ne ano
léky:

Schopnost edukace: PACIENT ano ne

RODINA ano ne

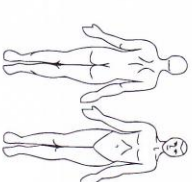
Potřeba duchovních služeb: ano ne


Dýchání: ne ano

bez obtíží kašel dušnost nárahová křídlová noční kufák

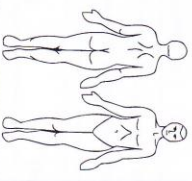
Výživa: soběstačný nesoběstačný parenterální sondra diela diabetik PAD INZ

Bolest: ne ano akutní chronická

lokalizace: 

intenzita: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Kůže: beze změn opruzeniny otoky dekubity jiné rány jiné rány operace popálenina stomie chronická rána jiné porušení kožní integrity

lokalizace: 

Soběstačnost a pohyblivost: soběstačný částečně soběstačný, omezení nesoběstačný při chůzi při jíde při hygieně při oblékání při vyzdvahování problémy se zrakem problémy se sluchem problémy s řečí tělesný handicap, jaký: cizinec, komunikační jazyk:

Vyznamné omezení: ne problém s zrakem problém s sluchem problém s řečí tělesný handicap, jaký: cizinec, komunikační jazyk:

Kompenzační pomůcky: ne brýle kontaktní čočky naslouchátko zvl. přetřaza troni dolni invalidní vozík berle / hůl jiné:

ODDĚLENÍ

PID

Vyprazdňování: Moč: bez obtíží pálení, řezání retence inkontinence jiné

Stoolice: bez obtíží, pravidelná příjem zácpa stomie inkontinence

Datum poslední stolice:

Hodnocení nutričního stavu: Obvyklá váha kg Aktuální váha kg Výška cm Vyrazně vyhubý ne ano (BMI pod 18,5) Vyrazně méně jí ne ano (1 lžíce 1/2 porce a méně) Vyrazně ztráta váhy ne ano (více než 10% za 30 dní) Při anamnéze je uvedeno podání odpadlé informu nutričního stavu. kontaktován nutriční terapeut ano ne kontaktován nutriční terapeut

Sociální anamnéza
Plan propuštění
Je sám schopen vykonávat aktivity denního života a sebe péči: ano ne
Pacient je orientován (casem, místem, osobou) a je schopen se sám rozhodovat. ano ne
Má problémy s medicací nebo péčí o stomii či invazivní vstupy apod. ne ano, jaké:

Vyžaduje následnou rehabilitaci: ne ano
Má problémy s ubytováním. ne ano
Pacient má kontaktní osobu, která mu po propuštění pomůže. ano ne
Kontaktován koordinátor následné péče. ano ne

Zjištění rizika vzniku dekubitu (rozšířená stupnice podle Nortonové)

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	Součet
úplná 4	do 10 4	normální 4	žádná 4	dobry 4	dobry 4	úplná 4	není 4	chodí 4	4
malá 3	do 30 3	alergie 3	*) 3	zhoršený 3	apatický 3	částečně omezená 3	občas 3	doprovod 3	3
částečná 2	do 60 2	vlhká 2	*) 2	špatný 2	zmatený 2	velmi omezená 2	převážně močová 2	seďačka 2	2
žádná 1	60+ 1	suchá 1	*) 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	žádná 1	stolice i moč 1	upoután na lůžko 1	1

*) diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. dle stupně závažnosti 3 - 1 bod.

Je-li součet nižší než 25, je pacient ohrožen vznikem dekubitu. Čím je součet nižší, tím je riziko vyšší. Postupuj dle POP NNH - 9/1. Prevence a léčba dekubitu.

Zjištění rizika pádu (mobifikace stupnice podle Conleyové)

Anamnéza	ANO	NE
pád v anamnéze během posledních 3 měsíců	2	0
vyšetření zmatenosti, nedostatečné vnímání rizik	3	0
agitace, neklid	2	0
porucha chůze	1 nebo 2 *)	0
porucha zraku	1 nebo 2 *)	0
Přímé dotazy Stává se Vám, že neudržíte cestou na WC stolici nebo moč ?	1 nebo 2 *)	0
Další okolnosti **)	1 nebo 2 *)	0
Součet		

*) hodnotíme dle závažnosti poruchy
 **) zaznamenané jinou významnou okolností, která má vliv na zvýšení rizika pádu a není uvedena v předchozích kolonkách (viz. Příloha č. 1 POP NNH - 11/2 Prevence pádu).
 Nežijistíme-li žádnou takovou skutečnost, kolonku nevyplňujeme

Je-li součet ≥ 2 , jedná se o rizikového pacienta.
 Postupuj podle POP NNH - 11/2 Prevence pádu rizikových pacientů

Další zjištěné skutečnosti a upozornění:

.....

.....

.....

Razítko a podpis sestry:

Podpis pacienta:

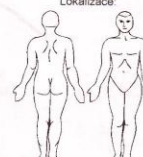
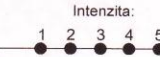

.....

.....

ODDĚLENÍ:

PID

Datum: _____ Čas překlady: _____ Překlad kam: _____
 TK: _____ Pravá HK: _____ Levá HK: _____ P: _____ TT: _____ D: _____
 Alergie: ne ano alergen: _____ Bilance tekutin (za předchozí den): _____
 Medikace podána: ano ne
 Pacient odevzdal léky: ano ne cennosti: ano ne

Rizika: <input type="checkbox"/> riziko pádu skóre <input type="checkbox"/> riziko vzniku dekubitu skóre <input type="checkbox"/> Infekční pacient typ infekce	Dýchání: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> kuřák	Soběstačnost a pohyblivost: <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný, omezení <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> při vyprazdňování
Sociální anamnéza: kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> potřeba pomoci po propuštění <input type="checkbox"/> kontaktován KDP	Výživa: <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> INZ	Významné omezení: <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> tělesný handicap, jaký: <input type="checkbox"/> cizinec, komunikační jazyk: <input type="checkbox"/> jiné:
Hodnocení nutričního stavu: Váha: Výška: nutriční riziko <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kontaktován NT	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická Lokalizace: 	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kontaktní čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> invalidní vozík <input type="checkbox"/> berle/ hůl <input type="checkbox"/> jiné
Vědomí: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> bezvědomí Kontakt: <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> nelze navázat	Intenzita: 	Vyprazdňování: Moč: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> pálení, řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné Stolice: <input type="checkbox"/> bez obtíží, pravidelná <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zápa <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> inkontinence
Psychický stav: <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> strach	Narušený spánek: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano léky:	Kůže: <input type="checkbox"/> beze změny <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> popálenina <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné porušení kožní integrity <input type="checkbox"/> jiné rány <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> chronická rána Lokalizace: 
Schopnost edukace: PACIENT <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne RODINA <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Potřeba duchovních služeb: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Katetry, drény <input type="checkbox"/> periferní žilní katetr <input type="checkbox"/> centrální žilní katetr <input type="checkbox"/> arteriální katetr <input type="checkbox"/> epidurální katetr <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> ETI / TSK <input type="checkbox"/>	datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ datum zavedení _____ datum a čas převazu _____ datum zavedení _____ datum a čas převazu _____

Pozn.:

Předal/a sestra: _____ Převzal/a sestra: _____

TK - tlak krve, P - puls, TT - tělesná teplota, D - dech, sat.O₂ - saturace hemoglobinu kyslíkem, INZ - inzulin, PID - pacientova identifikační data, CPAP - dýchání pomocí přetlaku (těžká maska), Dg. - diagnóza, ETI/TSK - endotracheální intubace / tracheostomická kanyla, NT - nutriční terapeut, KDP - koordinátor domácí péče

Příloha 2 Další části formulářů

ZÁZNAM O BOLESTI													
Pacientova hranice snesitelné bolesti:													
Datum													
Čas													
VAS a													
charakter													
Pulzující	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kolikovitá	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Řezavá	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurčitá	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Svíravá	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vystřelující	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lokalizace bolesti													
Projevy bolesti (při změněném stavu vědomí, komunikační bariéry pacienta)	Neverbální signály bolesti												
	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč	Pláč
	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání	Naříkání
	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy	Bol. grimasy
	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek	Smutek
	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid	Neklid
	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti	Sevřené pěsti
	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.	Úlevová pol.
	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné	Jiné
	Terapie	Vegetativní signály bolesti											
Tachykardie		Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie	Tachykardie
Tachypnoe		Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe	Tachypnoe
Hypertenze		Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze	Hypertenze
Pocení		Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení	Pocení
Nauzea		Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea	Nauzea
Zvracení		Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení	Zvracení
Epidural		Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural	Epidural
Opiáty		Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty	Opiáty
Jiné léky		Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky	Jiné léky
RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	RHB	
Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	Poloha	
Vývoj medikace *)	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	Psych. podpora	
Poznámky													
Podpis sestry:													
Podpis lékaře:													

*) Vývoj medikace:
 ↑ zvýšení medikační dávky
 → dávka zůstala stejná
 ↓ snížení dávky

NA HOMOLCE
NEMOCNICE

Oddělení _____

Formulář _____

PID _____

**Ošetřování dekubitů
a jiných ran**

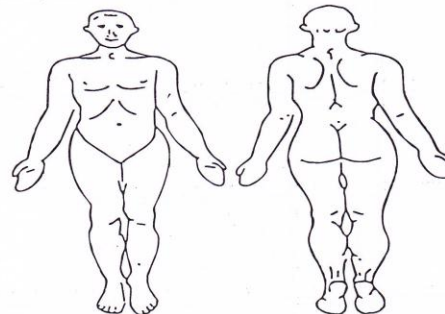
List číslo _____

Stupeň poškození:¹⁾

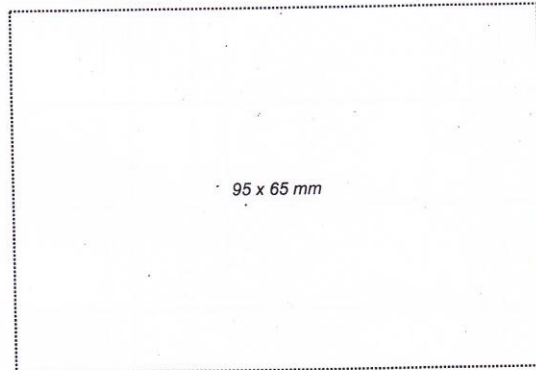
- I. Otok, zarudnutí, zatuhnutí postižené oblasti
- II. Ztráta pokožky, puchýře, hluboká oděrka, změna barvy kůže
- III. Poškození či ztráta všech tkáňových vrstev
 - a) rána je kryta nektrózou
 - b) rána granuluje
 - c) chronický vřed - plošný nebo kráter
 - d) chronický dekubit
- IV. Poškození či ztráta všech tkáňových vrstev komplikované zánětem kosti nebo kloubu
 - a) rána je kryta nektrózou
 - b) rána granuluje
 - c) chronický vřed - plošný nebo kráter
 - d) chronický dekubit

Popis rány:

- I. Barva
- II. Bolestivost
- III. Vzhled
- IV. Okolí
- V. Exsudace
- VI. Zápach
- VII. Hojení

Lokalizace (místo vzniku):Počet dekubitů a ran (celkem):²⁾ _____Příčina vzniku:³⁾ _____Datum hlášení:²⁾ _____**Fotografie (při zjištění dekubitu II. stupně a výše)**

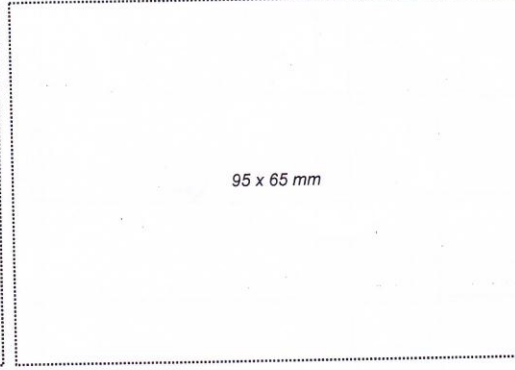
Datum: _____



95 x 65 mm

Fotografie (při překladu / propuštění nebo a měsíc)

Datum: _____



95 x 65 mm

Doporučení polohování:

1. Pravidelně a systematicky po 2 hodinách. Pokud je kůže citlivá, intervaly mezi polohováním se zkracují (minimum je po 30 minutách).
2. Základní schéma: vodorovná poloha na zádech - šikmá poloha vpravo - šikmá poloha vlevo. Šikmou polohou se rozumí 30° náklon. Skutečná poloha na boku (90°) není vhodná pro neúměrný tlak na zevní kotníky, hřeben kyčelní kosti a loket.
3. Není-li možné z různých důvodů pacienta polohovat, je vhodné vybavit lůžko antidekubitární matrací.
4. Doba, po kterou se pacient nesmí polohovat, by neměla přesahovat 3 dny. V těchto případech je vhodné zvážit a přistoupit k polohování pomocí nakloněné roviny. Pod matrací vsuneme klíny, které ji vychýlí o 15 - 20°. Pacient sám se neobrací.

Pokyny pro vyplnění:

1. dle: Riebelová, Válka, Franců: Trendy soudobé chirurgie, Galén, 2000
2. Má-li pacient více dekubitů II. stupně a výše, použijte na každý dekubit vlastní formulář (resp. stranu č.1)
3. dobrovolné

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s respondenty

Identifikace:	Délka praxe u lůžka:
Oddělení:	Nejvyšší dosažené vzdělání:
Co se vám vybaví pod pojmem ošetrovatelská dokumentace?	
Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je důležité?	
Dle vašeho názoru, pokládáte ošetrovatelskou dokumentaci za důležitý materiál pro sestru?	
Z vašeho pohledu, v čem tkví důležitost vedení ošetrovatelské dokumentace?	
Vedete u vás na oddělení hlášení sester?	

Co zaznamenáváte do hlášení sester?	
Setkal(a) jste se s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace?	
Používáte elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace?	
Dáváte přednost elektronické či písemné formě ošetrovatelské dokumentace?	
Co si myslíte o používání elektronické formy ošetrovatelské dokumentace?	
Máte nějaké konkrétní rozdělení v záznamech ošetrovatelské dokumentace pro denní a noční sestry?	
Jaké používáte rozlišení v aktuálně používaném formuláři pro ošetrovatelskou dokumentaci?	

Používáte zkratky v ošetrovateľskej dokumentácii?	
Odkud čerpáte zkratky vami používané v ošetrovateľskej dokumentácii?	
Co je dle vašeho názoru, najčastejší problém u vyplňování ošetrovateľskej dokumentace?	
Myslíte si, že súčasná ošetrovateľská dokumentace obsahuje všetky pro vás dôležité data o pacientovi?	
Jaké informácie postrádáte v aktuálne používané ošetrovateľskej dokumentácii?	
Myslíte si, že v aktuálne používané ošetrovateľskej dokumentácii jsou informácie o pacientovi zpracovány podrobne?	
Z vašeho pohľadu je súčasne používaná ošetrovateľská dokumentace vedená přehledne?	

Z vašeho pohledu setkal(a) jste se někdy s nesprávně vyplněnou ošetřovatelskou dokumentací?	
Přečetl(a) jste vždy veškeré informace zaznamenané předávající sestrou?	
Zaznamenáváte v ošetřovatelské dokumentaci předání a převzetí pacienta?	
Používáte jednotný formulář ošetřovatelské dokumentace ve vašem zdravotnickém zařízení?	
Jaký proces používáte ve vaší aktuální ošetřovatelské dokumentaci?	
Vede vaše zdravotnické zařízení standard k ošetřovatelské dokumentaci?	
Četl(a) jste někdy standard vedený vašim zdravotnickým zařízením?	

Četl(a) jste někdy vyhlášku či zákon týkající se ošetrovatelské dokumentace?	
Dle vašeho názoru, jak byste zlepšil(a) ošetrovatelskou dokumentaci?	
Dle vašeho názoru, lze zkvalitnit práci sestry s ošetrovatelskou dokumentací?	
Jak byste docílil(a) zkvalitnění práce sestry s ošetrovatelskou dokumentací?	
Jste spokojená(ý) se současnou ošetrovatelskou dokumentací?	

Zdroj: Vlastní zdroj