



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Administrativní zátěž sestry

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor:Bc. Renata Válková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Administrativní zátěž sestry*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Bc. Renata Válková

Poděkování

Děkuji své vedoucí diplomové práce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., za její odborné vedení a cenné informace, za její čas a pomoc, kterou mi během zpracování mé diplomové práce poskytovala. Za vstřícnou pomoc a konzultace při vyhodnocení statistických dat děkuji Mgr. Olze Dvořáčkové. Poslední dík patří všem respondentům a informantům, kteří se mnou sdíleli informace potřebné pro tuto práci. Také nesmím zapomenout poděkovat své rodině nejen za jejich čas, ale i podporu.

Administrativní zátěž sestry

Abstrakt

Současný stav: Problematika ošetrovatelské dokumentace je v současné době velice probíraným tématem, hlavně co se administrativní zátěže týká. Vzhledem k tomu, že práce s ošetrovatelskou dokumentací je nedílnou součástí každodenní práce sester a velice ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče, je velice důležité, aby práce s ní byla nejen efektivní, ale i přínosná a hlavně dostatečně srozumitelná. Toto by mohla přinést elektronická forma ošetrovatelské dokumentace, která je postupně na vzestupu díky postupné progresi elektronizace všech odvětví.

Cílem práce bylo zjistit a zmapovat postoje sester k aktuální ošetrovatelské dokumentaci. Určit, kolik pracovního času celkem stráví jejím záznamem u papírové podoby oproti elektronické, a v neposlední řadě vyhodnotit výhody popřípadě nevýhody elektronické formy ošetrovatelské dokumentace.

Metodika práce: Výzkumné šetření bylo realizováno kombinací kvalitativního a kvantitativního přístupu. Data kvalitativního výzkumu byla sebrána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a data kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Výzkumný vzorek byl tvořen sestrami, které denně pracují s ošetrovatelskou dokumentací. Konkrétně se jednalo o 112 respondentů. Výběr výzkumného vzorku pro kvalitativní výzkum byl proveden pomocí víceetapového shlukového výběru a velikost souboru byla určována teoretickým nasycením dat. Následně bylo vybráno 8 sester, se kterými byl realizován polostrukturovaný rozhovor.

Výsledky: Závěrem tedy můžeme říci, že majorita dotazovaných sester je se současnou ošetrovatelskou dokumentací víceméně spokojená. Postupná elektronizace ošetrovatelské dokumentace má mnohem kladnější ohlasy, než bychom očekávaly. Většina sester považuje ošetrovatelskou dokumentaci za nezbytnou součást nejen kvalitní ošetrovatelské péče, ale celkově celého ošetrovatelského procesu.

Závěry a doporučení pro praxi: Díky našemu výzkumnému šetření mohou být následně realizovány další rozsáhlejší a podrobnější výzkumy, jejichž zaměření může být orientované především na srovnávání papírové ošetrovatelské dokumentace s dokumentací elektronickou. Dnešní moderní společnost prochází ve všech odvětvích, tedy včetně zdravotnictví postupnou elektronizací. Zajímavé a především užitečné by

tedy bylo zjištění, zda elektronická ošetrovatelská dokumentace, kterou aktuálně již několik zdravotnických zařízení zcela využívá, dokáže mít v budoucnosti pro ošetrovatelskou péči kladná aktiva.

Klíčová slova

sestra, ošetrovatelství, dokumentace, elektronická dokumentace, péče, nemocnice

Administrative burden of nurse

Abstract

Current status: The issue of a nursing documentation is nowadays a very much discussed topic, especially its bureaucratic burden. A nursing documentation is an everyday part of a working process of a nurse as it has a great effect on a quality of care. Therefore, it is very important, that the documentation is not only easy to work with, but also very effective, understandable and beneficial. All of that could be reached easier by transferring the nursing documentation into its electronic form, which is more and more common thanks to the modernization of all kinds of industries in general.

The aim of this Thesis was mainly to find out and to document the opinion of a current nursing documentation held by nurses themselves, but also to learn how much time during their shift nurses have to spend filling up the paper documentation compare to the electronic form. Lastly, to evaluate advantages and disadvantages of the electronic form of nursing documentation.

Methodology: For the research realization we used a combination of a quality and quantity research. A quality part had been done by semi-structured interviews whereas the quantity part had been done by surveys.

Sample data consisted of nurses, who work with a nursing documentation on daily basis. Specifically, we involved 112 respondents who had been chosen by a specific selection and the size of a file had been set by the theory of data amount used in theory. Subsequently, we chose 8 nurses, who we hold a meeting with for the semi-structured interview.

Result: In conclusion, we are confident to say, that majority of nurses is moreover satisfied with the nursing documentation as it is at the moment, therefore the paper form of documentation. However, the unhurried electronification of the nursing documentation is welcomed by many more nurses than we expected it to be. Majority of nurses find any kind of nursing documentation as a very important part of their job and also of a high quality of nursing care in general.

Closure and a recommendation for practice usage: Our research opens up space for deeper analysis, which could be based on a comparison of the paper and the electronic form of a nursing documentation. As mentioned above, all kinds of industries are being transferred to an electronic form, especially data storage and its future archiving,

therefore healthcare should be one of them too. It would be interesting to find out whether the electronic form of documentation, which is already used in some healthcare institutions, has anyhow been beneficial for the quality of care provided.

Key words

Nurse, nursing, documentation, electronic nursing documentation, hospital

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Ošetřovatelství.....	11
1.2 Ošetřovatelská dokumentace	13
1.2.1 Historický vývoj ošetřovatelské dokumentace v České republice	16
1.3 Ošetřovatelský proces.....	17
1.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu.....	18
1.3.1.1 Zhodnocení nemocného, tj. zjišťování informací	19
1.3.1.2 Definice problémů klienta, tj. ošetřovatelská a sociální diagnóza	20
1.3.1.3 Definice intervencí, výkonů v rámci ošetřovatelské péče	21
1.3.1.4 Realizace navržených opatření, tj. realizace oš. intervencí	22
1.3.1.5 Vyhodnocení efektu poskytované péče	23
1.4 Ošetřovatelská elektronická dokumentace	24
1.4.1 Význam elektronické ošetřovatelské dokumentace.....	26
1.4.2 Nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace.....	27
1.4.3 Obsah elektronické ošetřovatelské dokumentace	27
1.5 Principy řízení ošetřovatelské dokumentace	30
1.6 Legislativa ošetřovatelské dokumentace	31
1.6.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách	32
1.6.2 Vyhláška č.137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci.....	33
1.6.3 Povinná mlčenlivost	34
1.6.4 Nahlížení do zdravotnické dokumentace	34
1.6.5 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace.....	35
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy	36

2.3	<i>Výzkumné otázky</i>	36
2.4	<i>Operacionalizace pojmů</i>	36
	3 METODIKA.....	38
3.1	<i>Metodika práce</i>	38
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	39
3.3	<i>Způsob statistického testování dat</i>	40
	4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
4.1	<i>Výsledky kvantitativního výzkumu – popisná statistika</i>	41
4.2	<i>Výsledky statistického testování</i>	58
4.3	<i>Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizace dat</i>	63
	4.3.1 <i>První kategorie – postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace</i>	64
	4.3.2 <i>Druhá kategorie – smysl ošetrovatelské dokumentace</i>	65
	4.3.3 <i>Třetí kategorie – forma a spokojenost s formou ošetrovatelské dokumentace</i>	66
	4.3.4 <i>Čtvrtá kategorie – pohled na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci</i>	67
	4.3.5 <i>Pátá kategorie – pracovní čas strávený ošetrovatelskou dokumentací</i>	69
	4.3.6 <i>Šestá kategorie – výhody elektronické formy ošetrovatelské dokumentace</i>	70
	4.3.7 <i>Sedmá kategorie – návrhy na změny v ošetrovatelské dokumentaci</i>	71
	5 DISKUZE	72
	6 ZÁVĚR.....	78
	7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
	8 SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

Tato práce se zabývá problematikou administrativní zátěže všeobecných sester. Administrativa a ošetrovatelská dokumentace je v současné době velmi aktuálním a diskutovaným tématem. Je také nedílnou součástí každodenní práce sester a ukazatelem poskytované kvality ošetrovatelské péče. Stále častěji dnes slyšíme, že práce s dokumentací je časově velmi náročná, některé údaje jsou zaznamenávány duplicitně a personál v důsledku toho nemá tolik času a prostoru na samotného pacienta. Je tedy elektronizace ošetrovatelské dokumentace pro sestry přínosem nebo naopak? Na tuto otázku se snaží nalézt odpověď právě tato práce.

Zejména v dnešní době, která je ve znamení pandemie koronaviru, je otázka efektivity práce ve zdravotnictví stěžejním a klíčovým tématem. Vláda, ale také zdravotnická zařízení či pracovníci, se musí zabývat možnostmi, které jim usnadní a zefektivní práci, aby bylo možné lépe zvládat pracovní zátěž v souvislosti s dopady koronavirové pandemie. I z tohoto pohledu je téma snižování administrativní zátěže zdravotních sester jednou z priorit, jelikož zbytečná administrativní zátěž jim může značně komplikovat jejich hlavní práci, totiž péči o nemocné.

Primárním cílem práce je zmapovat postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace, zjistit kolik času tráví sestry během směny u písemné a elektronické dokumentace, analyzovat výhody elektronické formy tohoto dokumentu. Na základě tohoto zjištění pak dojde k sestavení obecných návrhů a doporučení ke zlepšení aktuálního stavu v oblasti vedení ošetrovatelské dokumentace.

Dílčím cílem je identifikovat výhody elektronické zdravotní dokumentace oproti klasické (písemné) formě a dále zhodnotit, jestli je elektronická komunikace přehlednější a časově úspornější než klasická (písemná) forma.

Struktura práce je za účelem splnění těchto cílů rozdělena na popis současného stavu, zhodnocení postojů všeobecných sester k vedení ošetrovatelské dokumentace a dále na specifikaci návrhů a doporučení ke zlepšení. Popis současného stavu vysvětluje pojmy ošetrovatelství, ošetrovatelské dokumentace, ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské elektronické dokumentace a související legislativu. Kvalitativním a kvantitativním zkoumáním problematiky se zabývá následující kapitola, která obsahuje i metodický postup a stanovení hypotéz, popř. interpretaci dat. Dále jsou stanoveny návrhy a doporučení ke zlepšení aktuálního stavu.

1 SOUČASNÝ STAV

„Nestačí jen něco vědět, je třeba to i využít, nestačí něco chtít, je třeba to i vykonat.“

Johann Wolfgang von Goethe

1.1 Ošetřovatelství

Z historického hlediska je ošetřovatelství láskou k lidem, moudrostí a pomocí. V současné době se ošetřovatelství profiluje jako profese, která má přesně definované kompetence v rámci zdravotní péče a orientuje se na péči ve zdraví (tj. předcházení nemocem) a v nemoci. Zároveň se jedná o vědní disciplínu, která klade důraz na neustálé zvyšování kvality poskytované ošetřovatelské péče (Plevová, 2018). Zejména s ohledem na stárnutí populace a prodlužování naděje dožití se v hospodářsky vyspělých zemích musí rozvíjet kvalita ošetřovatelské péče (Čevela et al., 2012). Při dosahování těchto cílů hrají klíčovou roli sestry, které musí zhodnotit aktuální zdravotní stav a reakce pacienta na jeho neuspokojené potřeby.

Kutnohorská (2013) poukazuje na fakt, že kvalita ošetřovatelské práce je založena právě na schopnosti uspokojení individuálních potřeb pacienta/klienta, což vyžaduje ošetřovatelský personál s odpovídajícími znalostmi a dovednostmi (Kutnohorská, 2013). V historii světového ošetřovatelství lze nalézt řadu významných osobností, bez kterých by nemohlo dojít k rozvoji této oblasti a ke zkvalitňování poskytovaných služeb a péče v rámci ošetřovatelství. K nejvýznamnějším se řadí Florence Nightingalová (Wyatt, 2019). V roce 1853 začala jako vrchní sestra v Ústavu pro nemocné šlechtičny v Londýně zavádět inovativní metody ošetřovatelské péče a postupně se stala odbornou poradkyní zdravotnických zařízení a veřejného zdravotnictví. Velmi významná byla i její činnost v oblasti podpory vzdělávání sester, včetně zřízení vlastní vzdělávací instituce (McDonald, 2019). Za její největší přínos pro obor ošetřovatelství lze považovat působení v Krymské válce, kdy s pomocí týmu 38 všeobecných sester dokázala přes řadu překážek (včetně odporu části lékařů) snížit úmrtnost raněných vojáků ze 42,7 % na 2 % (Garkisch, 2020). Dále se například aktivně zapojovala do projektů domácí ošetřovatelské péče. Její činnost postavila základy pro moderní rozvoj ošetřovatelství jako plnohodnotného oboru zdravotnictví (Plevová, 2018). Právě F. Nightingalová byla v podstatě první osobou, která vymezila ošetřovatelství jako komplexní pojem. Její definice chápala ošetřovatelství jako činnost, která využívá prostředí pacienta jako nástroj k jeho uzdravení. Tímto se

začala psát moderní historie ošetřovatelství. Ošetřovatelství bylo nově chápáno jako praktická činnost ošetřovatelek za účelem pomoci nemocnému v procesu uzdravování, a to prostřednictvím jeho prostředí, ať už vnitřního, či vnějšího (Small, 2019).

Na konci 19. a na počátku 20. století je ošetřovatelství pojímáno jako reálná pracovní aktivita sestry, i když už se objevují první texty o ošetřovatelství, které vedou k ustanovení ošetřovatelství jako samostatného oboru zdravotnictví (Stasková et al., 2019). K rozvoji ošetřovatelství na území Československa velmi výrazně přispěla Alice Masaryková, která v období před první světovou válkou i po ní systematicky podporovala rozvoj československého ošetřovatelského vzdělávání a rozvoj kvality v ošetřovatelství (Kutnohorská, 2013). Od této doby prošlo ošetřovatelství řadou klíčových změn. Mezi nejvýznamnější patří dle Plevové (2018) následující:

- Ošetřovatelství se stává profesí, která má přesně definované kompetence v rámci zdravotní péče.
- Ošetřovatelství se orientuje na péči ve zdraví, předcházení onemocnění a péči v nemoci.
- Ošetřovatelství se snaží stále zvyšovat kvalitu poskytované ošetřovatelské péče.
- Ošetřovatelství je vědní disciplína a výzkum v ošetřovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí.
- Ošetřovatelství se využívá v praxi a je založené na důkazech.
- Nositelkami ošetřovatelství jsou všeobecné sestry, porodní asistentky, další profese jako například edukátorky pacientů/klientů různých národností a vyznání (Plevová, 2018).

V současné době je ošetřovatelství oborem, který se zakládá na nových poznatcích, jež se aplikují a ověřují v praxi. K tomuto procesu je nutností pochopit a prakticky uplatnit specifické ošetřovatelské znalosti a dovednosti, které se zakládají na výzkumech a faktech (Roux et al., 2008). Ošetřovatelství dnes využívá poznatky a metody z oblastí humanitních věd, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, teorií řízení a vedení, teorie vzdělávání, jde tedy o multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a praktickou aplikací (Plevová, 2018). Polícar (2010) vymezuje ošetřovatelství jako činnost, která se soustředí na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, případně zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka, zajištění klidného umírání a smrti (Polícar, 2010). Ve zdravotnické praxi se ošetřovatelství podílí

na široké škále činností, od prevence, diagnostiky, terapie až po rehabilitaci. Je to právě ošetrovatelský personál, který pomáhá jednotlivcům, rodinám či skupinám ke schopnosti samostatně uspokojovat jejich fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby (Posenau, 2016).

Ošetrovatelství je založeno na předpokladu, že plní různorodé cíle, od pomoci jednotlivcům, podpory zdraví, maximalizace lidského potenciálu v péči o sebe sama až po realizaci preventivních opatření nebo snižování negativního vlivu onemocnění na celkový stav člověka (Burton et al., 2014). Vždy je však stěžejní práce sester, která by měla v rámci ošetrovatelství vykazovat určité charakteristické rysy, jako je aktivní a vstřícné poskytování individualizované péče formou ošetrovatelského procesu na základě nejnovějších vědeckých poznatků z oboru, za předpokladu chápání pacienta jako komplexně biologického, psychosociálního a duchovního celku (Malíková, 2011).

1.2 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a je povinně vedena u každého pacienta, ať už se jedná o elektronickou či písemnou podobu. Zdravotnická dokumentace sestává ještě z lékařské a provozní dokumentace (Policar, 2010). Význam zdravotnické dokumentace spočívá v tom, že jde o soubor chronologicky uspořádaných a ucelených informací o příjemci zdravotní péče, o jeho celkovém zdravotním stavu, diagnostice, léčbě, rehabilitaci či ošetrovatelské péči (Dingová Šlíková et al., 2018). Poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat ošetrovatelskou dokumentaci dle platné legislativy. Zákon pak stanovuje přesná pravidla pro vedení ošetrovatelské dokumentace (Vondráček et al., 2013).

Ošetrovatelská dokumentace je pracovním nástrojem sester, je podstatnou náležitostí při dokumentování jednotlivých kroků a veškerých ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Její vedení je přitom významnou součástí práce sester, porodních asistentek či sester komunitní péče (Capriotti, 2019). *Česká asociace sester* (2017) chápe ošetrovatelskou dokumentaci jako nástroj profesionální praxe, který má podporovat proces péče (ČAS, 2017). Koubová (2018) uvádí, že dokumentace v ošetrovatelské péči musí obsahovat veškeré úkony, které souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče (Koubová, 2018). Z obecného hlediska by měla ošetrovatelská

dokumentace splňovat zásady v podobě vedení pouze v českém jazyce, časové posloupnosti údajů, utváření obsahu pouze kompetentními pracovníky a čitelností a přehledností zápisů, které musí být rovněž objektivní, faktické, srozumitelné apod. (Malíková, 2011).

„Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení.“ (ČAS, 2017).

Koubová (2018) se však také domnívá, že v řadě případů vedení ošetrovatelské dokumentace zabírá zdravotnickému personálu neúměrné množství času, což může být v neprospěch kvality péče o pacienta (Koubová, 2018). Studie z různých prostředí se shodují na faktu, že sestry vnímají dokumentaci jako zatěžující, druhotný úkol, který je odvádí od přímé péče o pacienty (Blair et al., 2012). Některé zahraniční studie dokonce hovoří o tom, že za chybami ve vedení ošetrovatelské dokumentace se skrývá neznalost či její omezené používání při práci v ošetrovatelském procesu (Ofi et al., 2012). Podle některých autorů (Jefferies et al., 2010) má kvalitní ošetrovatelská dokumentace splňovat hned několik podmínek, a to zejména těchto: je zaměřena na pacienta, má dané pořadí, aktuální čas, zaznamenává práci sester včetně nedostatků i vlastních klinických úsudků a splňuje zákonné požadavky (Jefferies et al., 2010).

Některé zdroje poukazují na příliš velké množství informací v ošetrovatelské dokumentaci. Právě nadbytečnost informací patří k nejčastějším chybám, které sestry realizují v rámci dokumentace ošetrovatelské péče. Některé údaje se zdvojují, ale přitom další údaje chybí (Koubová, 2018). Paans et al. (2010) poukazuje na fakt, že ve studii provedené v Nizozemsku se došlo k závěru, že jsou nedostatečně zaznamenávána některá důležitá hlediska hodnocení, a vznikají tak nepřesnosti v dokumentaci (Paans et al., 2010). Švýcarská studie zase ukazuje dysbalanci mezi fyzickým stavem pacienta a dokumentací (Gunnigberg et al., 2004).

V rámci práce sestry a vedení ošetrovatelské dokumentace se objevují následující souvislosti (ČAS, 2017):

- Nedílnou součástí ošetrovatelské praxe je vedení ošetrovatelské dokumentace.
- Znakem kvalifikovaného pracovníka v ošetrovatelství je profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace.

- K základním složkám ošetrovatelské dokumentace se řadí ošetrovatelská anamnéza, záznam o vývoji/stavu pacienta, ošetrovatelský plán, překládová/propouštěcí zpráva.
- Záznamy ošetrovatelské dokumentace nemají obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irrelevantní spekulace či urážlivé a subjektivní výroky.
- Záznamy ošetrovatelské dokumentace mají být konkrétní, soustavné a přesné, dále přehledné a také vytvářené takovým způsobem, aby je nebylo možné smazat.
- Zápis do ošetrovatelské dokumentace má být lehce identifikovatelný.
- Ošetrovatelské záznamy je nutné pořizovat vždy při změně pacientova/klientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu; volná místa proškrtnout.
- V rámci auditu ošetrovatelské dokumentace lze posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde má dojít ke zlepšení či poučení pracovníků.
- Povinností je chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta (ČAS, 2017).

ČAS (dle její prezidentky Marty Šochmanové) chápe vysokou míru administrativy v ošetrovatelství jako výrazný problém, který patří mezi nejčastější témata stížností ošetrovatelského personálu a také mezi jednu z nejčastějších příčin nespokojenosti zaměstnanců ve zdravotnictví. Zjednodušování ošetrovatelské dokumentace je proto klíčovou výzvou pro české zdravotnictví (Koubová, 2018).

Při vedení ošetrovatelské dokumentace se zdravotnickým zařízením doporučuje dodržovat následující pravidla:

- Popsání průběhu ošetrovatelské péče bez duplicitních záznamů či nucení zdravotních sester k víceméně umělé identifikaci ošetrovatelských diagnóz.
- Jasný popis problémů pacienta, které lze řešit ošetrovatelskou intervencí, a následným popisem intervencí a jejich efektu.
- Nezatěžování záznamů jasnými závěry (například je zbytečné detailně popisovat, že byla měřena bilance tekutin, když to z bilančního záznamu jasně vyplývá).
- Průkazné, jasné, ověřitelné popsání veškerých hledisek poskytnuté péče (Burton et al., 2019).

1.2.1 Historický vývoj ošetrovatelské dokumentace v České republice

Ošetrovatelská dokumentace, její podoba a chápání jejího významu prošly v České republice historickým vývojem, který významně ovlivnil i její současnou pozici (Kvapilová, 2015). Wichsová (2013) zmiňuje dobu, kdy byly za ošetrovatelskou dokumentaci považovány spíše provozní deníky, vypisování žádanek, hlášení sester, ale dokumenty postrádaly ucelené informace o konkrétním pacientovi. Jejich význam byl tak z ošetrovatelského, léčebného i legislativního rámce téměř nepoužitelný. Počátky kodifikace zdravotnické problematiky lze vysledovat už v 17. století v souvislosti s morovou epidemií (Wichsová, 2013). První zákon o veřejné zdravotní službě pak začal platit už v roce 1887 a řada právních předpisů vznikala i v období první republiky či v období před rokem 1989. V roce 1966 tak vzniká první zákon (zákon č. 20/1966 Sb.), který upravuje pojem zdravotnické dokumentace, její formu, pravidla nakládání s dokumentací či osoby, které mohou mít do dokumentace přístup. Pojem ošetrovatelská dokumentace se však v této legislativní normě nenachází (Kvapilová, 2015).

Po roce 1989 byl tento zákon několikrát novelizován a jedna z novel z roku 2001 se dotýkala i problematiky zdravotnické dokumentace, kdy byla uložena povinnost zdravotnickým zařízením k vedení zdravotnické dokumentace, ale také se zde specifikují podrobnosti o způsobu vedení dokumentace, o tom, kdo do ní smí nahlížet, a jak má probíhat její skartace (Uherek, 2008). Například v roce 2004 byla ošetrovatelská dokumentace v řadě případů předmětem kritiky, protože měla minimální odbornou výtežnost a řada údajů byla duplicitního charakteru, zjednodušeně lze říci, že šlo o opis lékařské dokumentace (Kvapilová, 2015). V témže roce je vydán *Věstník ministerstva zdravotnictví č. 9/2004*, který se věnuje koncepci ošetrovatelství a přímo stanovuje nutnost vedení ošetrovatelské dokumentace, která má zaznamenávat údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémech pacienta/klienta, rodiny či jeho blízkých nebo komunity (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

V roce 2006 došlo k další změně v legislativní úpravě, a to zejména vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, či následnou vyhláškou č. 479/2006 Sb. Vyhláška specifikovala, co má zdravotnická dokumentace obsahovat, jak má vypadat. Právě část o jejím obsahu definuje rovněž dokumentaci ošetrovatelské péče, tj. obsah záznamu ošetrovatelské péče, dokumentace ošetrovatelského plánu, ošetrovatelské propouštěcí zprávy nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu (Policar, 2010).

V roce 2011 dochází k další legislativní změně, kdy jsou vyhlášky nahrazeny zákonem č. 372/2011 Sb. Tento zákon specifikuje jednotlivé druhy dokumentace a způsoby nakládání s těmito druhy dokumentace (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Nejnovější vyhláškou, která souvisí s ošetrovatelskou dokumentací, je vyhláška MZ č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, se kterou jsou odstraněny přesné požadavky a pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace (Vyhláška č. 137/2018 Sb.).

Spousta zdravotnického personálu se může mylně domnívat, že tato vyhláška ruší předešlé zákony, tak tomu však není. Pravda je, že tato vyhláška již nestanovuje přesné kroky, které jsou obsažené v ošetrovatelském procesu, ale určitě není touto vyhláškou ošetrovatelská dokumentace zcela zrušena. Vše, co musí ošetrovatelská dokumentace obsahovat, je definováno MZ ČR v metodickém pokynu (Koubová, 2018).

S ošetrovatelskou dokumentací je v úzkém vztahu ošetrovatelský proces, který je pracovním nástrojem sester.

1.3 Ošetrovatelský proces

Na konci šedesátých let 20. století proniká ze Spojených států amerických do Evropy teoretický koncepční model, který se nazývá ošetrovatelský proces. Do praxe se dostává v roce 1973 v USA, kde *Americká asociace sester* stanovila základní fáze ošetrovatelského procesu (Seaback, 2012).

V České republice se jeho aplikace začíná objevovat na konci osmdesátých let 20. století. Tento koncept je založen na požadavku uspokojování potřeb příjemců ošetrovatelské péče ošetrovatelským týmem a cílem je dosažení kvalitní ošetrovatelské péče, tedy jde v podstatě o jakýsi standard ošetrovatelské praxe (Dingová Šliková et al., 2018). V padesátých letech minulého století existují ve Spojených státech amerických ideální podmínky pro rozvoj metody ošetrovatelského procesu a pro realizaci významných změn v oboru ošetrovatelství. Vyskytují se zde problémy se zabezpečením zdravotní péče pro populaci a v souvislosti s tím se projevuje velký význam autonomie sester pro zajištění kvalitní péče. Z tohoto důvodu se začíná tříbit teorie a praxe ošetrovatelského procesu (Seaback, 2012). Poprvé tento pojem definuje v roce 1955 autorka Hallová, následně se přidávají další autoři, a vytváří se tak teoretický základ tohoto přístupu (Snowden, 2010).

Do Evropy přichází teorie později, a to zejména díky implementaci *Střednědobého programu WHO pro ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě pro léta 1976 až 1983*. V České republice se začíná ošetřovatelský proces systematicky rozvíjet až po roce 1989 (Plevová, 2018). Ošetřovatelský proces je klíčovým metodickým rámcem, jehož prostřednictvím má dojít ke splnění cílů ošetřovatelství. Tento proces poskytuje prostor pro individualizovaný přístup k ošetřování klienta, ať už v institucionální či terénní péči, a také definuje způsob řešení praktických a sociálních situací vycházejících z interakce mezi klientem a zdravotnickým personálem. Vždy se jedná o sérii vzájemně propojených činností, které se realizují ve prospěch klienta (Mlýnková, 2010).

Ošetřovatelský proces je účinnou metodou pro usnadnění klinického rozhodování a řešení problematických situací v rámci ošetřovatelské praxe (Dingová Šliková et al., 2018). Přináší výhody, a to jak klientům/pacientům, tak i sestřím. Mastiliaková (2014) mezi výhody pro sestru řadí důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělání, spokojenost a odborný růst, vyhnutí se rozporům se zákonem, realizaci a plnění standardů ošetřovatelské praxe. Výhodou pro pacienta je zejména zajištění kvality, návaznosti a kontinuity a spoluúčast pacienta (Mastiliaková, 2014). Každá fáze ošetřovatelského procesu vede k realizaci individualizované ošetřovatelské péče, jejímž cílem je prevence, eliminace či úleva dle individuálních potřeb (Dingová Šliková et al., 2018). Všeobecně známý ošetřovatelský proces má svoji stanovenou strukturu, která je podstatná a přínosná pro plánování ošetřovatelské péče a dle které lze efektivně postupovat v rámci ošetřovatelství. Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu jsou sice teoretickým konstruktem, ale tímto prostřednictvím lze poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči (Messer, 2016).

1.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Nyní již neplatná verze legislativního předpisu o záznamech ošetřovatelské péče v podstatě obsahovala popis a jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu (Koubová, 2018). Tento záznam ošetřovatelské péče obsahoval následující náležitosti (Hlaváčová, 2018):

- Ošetřovatelská anamnéza pacienta a zhodnocení zdravotního stavu.

- Ošetrovatelský plán, tj. popis problému pacienta nebo stanovení diagnóz, dále stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta.
- Dle konkrétní povahy ošetrovatelského výkonu pak časový údaj o jeho realizaci, hodnocení ošetrovatelské péče a průběžné změny.
- Ošetrovatelská či překladová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči, včetně údajů o poskytnuté ošetrovatelské péči, a také časové údaje (Hlaváčová, 2018).

Jiný přístup definuje následujících pět fází ošetrovatelského procesu, přičemž se dané fáze vzájemně prolínají či opakují (Mlýnková, 2010):

- Zhodnocení nemocného, tj. zjišťování informací.
- Definice problému klienta, tj. ošetrovatelská a sociální diagnóza.
- Definice intervencí, výkonů v rámci ošetrovatelské péče.
- Realizace navržených opatření, tj. realizace ošetrovatelských intervencí.
- Vyhodnocení efektu poskytované péče (Mlýnková, 2010).

Všechny fáze ošetrovatelské dokumentace mají být zaznamenány do příslušné dokumentace, a to přehledně, jednoduše a účelně. (Dingová Šliková et al., 2018).

1.3.1.1 Zhodnocení nemocného, tj. zjišťování informací

V rámci této fáze je účelem systematické posouzení klienta, jde tedy o získání relevantních údajů. Zdrojem těchto informací jsou různé dokumenty, fyzikální vyšetření, zdravotnická dokumentace, výsledky laboratorních vyšetření a testů, informace od třetích osob (rodiny, přátel) či poznatky z odborné literatury. Na základě získaných dat může dojít k vyvození závěru o stavu zdraví klienta (Mastiliaková, 2014). Nutností je v této fázi ošetrovatelského procesu sběr informací a jejich následná analýza. Posuzování by mělo probíhat po celou dobu ošetrování až po závěrečné zhodnocení a ukončení péče (Dingová Šliková et al., 2018).

Účelem posuzování je získání objektivních a subjektivních údajů s cílem vytvoření databáze o pacientově odpovědi na zdravotní potíže, s důrazem na potřebu ošetrovatelské péče. Tuto databázi informací tvoří anamnestické údaje (ošetrovatelská anamnéza), údaje získané při fyzikálním vyšetření, včetně odchylek od norem, dále výsledky laboratorních

a diagnostických vyšetření či další záznamy a zprávy o pacientově zdravotním stavu (Slezáková, 2014). Získání informací o klientech je klíčovou součástí úspěšné realizace ošetrovatelského procesu. Sestra musí identifikovat všechny souvislosti, které ovlivňují zdravotní stav pacienta, tedy nikoliv pouze zdravotní stav jako takový (Malíková, 2011). Zhodnocení je založeno na principu saturace, tj. naplňování narušených nebo nenaplňovaných potřeb (Mastiliaková, 2014).

V rámci této fáze ošetrovatelského procesu se často jeví jako nejzákladnější a nejdůležitější naplnění narušených potřeb klienta, protože takové mohou často vést k ohrožení života (například jde o potřebu dýchání). Po splnění základních potřeb přichází čas na naplnění základních potřeb psychologického a sociálního rázu; jejich posloupnost vždy závisí na konkrétní situaci. (Dingová Šliková et al., 2018). Zdrojem informací jsou metody získávání údajů, mezi které se řadí zejména pozorování, rozhovor či fyzikální (screeningové) vyšetření. Doplnkovou metodou je například posuzovací či hodnotící škála, stupnice atd. Sestra musí mít dobré pozorovací, ale také komunikační schopnosti, aby mohla provést tuto fázi dostatečně správně (Kudlová, 2016).

1.3.1.2 Definice problémů klienta, tj. ošetrovatelská a sociální diagnóza

Jedná se o analyticko-syntetický myšlenkový proces, ve kterém sestra identifikuje zdravotní problémy, aby precizně posoudila získané údaje. Dochází k analýze všech parametrů, k jejich syntéze a seskupení a dále k návrhu hypotéz o zdravotním stavu klienta (Gulanick, 2016). Klasifikace diagnóz je realizována s využitím systému *Asociace pro tvorbu diagnóz NANDA*. V současnosti neustále dochází k přidávání a revizi ošetrovatelských diagnóz, takže celkový počet diagnóz přesahuje 200. V rámci diagnostiky jsou stanoveny vyšetřované oblasti, tzv. domény (Patiraki et al., 2015). Těchto existuje dohromady 13. Každá z domén je dále rozpracována do podřadnějších kategorií, tzv. tříd, kterých je 47. Z těchto tříd jsou potom odvozeny jednotlivé ošetrovatelské diagnózy, které mají přiřazené číselné kódy, stejně jako lékařské diagnózy. Určující znaky se pak vyhledávají právě v doménách a třídách (Vörösová et al., 2015). Pokud je nalezena shoda, tak nastává druhá fáze, kdy dochází k vyhledání souvisejících faktorů. Pokud souhlasí shoda a s ní související faktory, tak následuje třetí fáze, což je

ověření diagnózy. Takto ověřená diagnóza se запиše do ošetrovatelské dokumentace (Dingová Šliková et al., 2018).

Jedná se o základní nástroj pro shromáždění údajů o zdravotním stavu pacienta. Realizuje se zejména ještě před fyzikálním vyšetřením. Jde o členěný rozhovor, který se zaměřuje na získání specifických zdravotních údajů (Haugen et al., 2019). Získané informace se v této fázi ošetrovatelského procesu analyzují, aby mohlo dojít k preciznější identifikaci potenciálních problémů a rizik, které klienta ohrožují (Malíková, 2011). Tato analýza údajů by měla přispět k identifikaci aktuálně existujícího či hrozícího problému, který narušuje uspokojení potřeby či odchylky od normy (Dingová Šliková et al., 2018). V této fázi ošetrovatelského procesu se získávají například identifikační údaje, informace o hlavních potížích či důvodu návštěvy, anamnéza aktuálního onemocnění, anamnéza předcházejících onemocnění, rodinná anamnéza, životní styl, sociální údaje, psychologické údaje, spirituální anamnéza (Slezáková, 2014). To znamená, že je v této fázi ošetrovatelského procesu využíváno širokého množství subjektivních i objektivních informací.

Zdrojem informací se stává sám příjemce péče, další sekundární data jsou získávána od okolí, blízkých, spolupacientů, ostatních členů týmu nebo ze zdravotnické dokumentace. Další informace se využívají prostřednictvím pozorování nebo měření objektivních ukazatelů (Kudlová, 2016). Výstupem veškerých informací, resp. zpracování těchto informací je ošetrovatelská diagnóza. Tato se vztahuje k pacientovým potřebám, problémům, ať už jsou přítomné, nebo hrozí jejich vznik (Dingová Šliková et al., 2018).

1.3.1.3 Definice intervencí, výkonů v rámci ošetrovatelské péče

Ve třetí fázi se jedná zejména o definování cílů a očekávaných výsledků intervencí a výkonů, které mají vést ke zlepšení zdravotního stavu pacienta či k jeho uzdravení. Ke stanoveným cílům se potom plánují intervence pro konkrétního pacienta (Tóthová, 2014). Výsledkem je individualizovaný, celostní plán ošetrovatelské péče. Účelem ošetrovatelského plánu je přesně definovat jak výsledek péče, kterého má být dosaženo, tak i zároveň určit, kdo, co, kdy a jakým způsobem bude vykonávat (Patiraki et al., 2015). Dochází k identifikaci cíle, kterého má být dosaženo. Tento může být krátkodobý či

dlouhodobý. Dále platí, že má jít o dosažitelný a reálný cíl, a to v realisticky stanoveném čase (DingováŠliková et al., 2018).

Sestra v této fázi ošetrovatelského procesu projednává s klientem možnosti ovlivnění jeho zdravotního stavu a jiných problémů, aby mohlo dojít k zařazení plánovaných intervencí do plánu (Mastiliaková, 2014). Tvorba plánu sestává z několika na sebe navazujících kroků. Jako první se začíná definicí priorit dle důležitosti, dále se pokračuje stanovením cílů a očekávaných výsledků, až poté jsou naplánovány vhodné ošetrovatelské zásahy, které se v podobě ošetrovatelských ordinací zapisují. K dalším zásadám ošetrovatelského plánu patří nutnost vytvoření písemné verze ošetrovatelského plánu (Dingová Šliková et al., 2018). Záznamem plánu v ošetrovatelské dokumentaci dochází k potřebnému předání informací o konkrétním pacientovi všem členům týmu (Tóthová, 2014).

Pacient by měl chápat význam, smysl a očekávaný přínos každé intervence. Tuto znalost musí získat právě v rámci této fáze ošetrovatelského procesu (Malíková, 2011). Podle Tóthové (2014) se individualita ošetrovatelské péče odvíjí právě od správného plánování intervencí. Pro zdárné zvládnutí ošetrovatelské péče je velmi důležitá spolupráce s pacientem a jeho rodinou (Tóthová, 2014). Ošetrovatelský plán je ústřední součástí ošetrovatelského procesu, protože umožňuje naplánovat ošetrovatelskou péči a následně dle něj tuto péči také realizovat (Ballantyne, 2016).

1.3.1.4 Realizace navržených opatření, tj. realizace oš. intervencí

V této fázi dochází ke konkrétním akcím, které vyplývají z ošetrovatelského plánu. Veškeré aktivity a reakce klienta je velmi vhodné dokumentovat (Mastiliaková, 2014). Realizace v rámci ošetrovatelského procesu tedy sestává z výkonu naplánovaných ošetrovatelských intervencí, které se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace, a to dle časové a logické posloupnosti (Slezáková, 2014). Pokud sestra pracuje dle plánu, který je v souladu se zdravotním stavem pacienta, sestra může určité části intervencí delegovat na ostatní zainteresované pracovníky týmu. (Malíková, 2011). To znamená, že sestra úkony buď sama vykonává, nebo je deleguje na jiný personál, ale každopádně odpovídá za rozhodnutí i provedení. Zpravidla se upřednostňují nezávislé intervence (strategie a zásahy). V rámci realizačního procesu sestra realizuje nejen ošetrovatelskou

péči, ale také poradenství, podporu, obhajobu práv pacientů. Všechny tyto činnosti mají souvislost s rolí sestry (Slezáková, 2014).

1.3.1.5 Vyhodnocení efektu poskytované péče

V rámci této fáze dochází k vyhodnocení toho, jestli došlo ke splnění plánovaných cílů a očekávaných výsledků a jestli byly všechny naplánované aktivity účinné i v oblasti prevence komplikací. Pokud se cíl nepodařilo naplnit, tak je nutné deklarovat důvod a pokračovat v realizaci (Mastiliaková, 2014). V rámci ověření dochází v podstatě k hodnocení efektivity, kdy je identifikován rozdíl mezi očekávaným výsledkem a skutečností. Musí být zjištěno, jestli došlo k dosažení cíle, nedošlo k dosažení cíle, či se cíl podařilo splnit pouze částečně. Při hodnocení se využívá stejných metod a stejných zdrojů jako při definici anamnézy (Doenges, 2016).

Hodnocení je buď průběžné, či závěrečné při ukončení hospitalizace (Dingová Šliková et al., 2018). Pokud se intervence potvrdily jako účinné, tak dochází ke skončení intervencí. Vždy je nutné komunikovat s pacientem a zjistit, jestli došlo ke zlepšení, či nikoliv (Malíková, 2011). V rámci fáze hodnocení v ošetrovatelském procesu pak sestra určuje, jestli došlo k naplnění cílů definovaných v ošetrovatelském plánu, komparuje odpovědi pacienta s výsledky apod. (Gulanick, 2016).

Přesně tímto určuje, jestli došlo k dosažení cíle. V podstatě existují tři základní možnosti pro vyhodnocení cíle (Slezáková, 2014):

- Cíl byl splněn – ošetrovatelské intervence mohou být ukončeny.
- Cíl byl částečně splněn.
- Cíl nebyl splněn – sestra musí plán přehodnotit, modifikovat a navrhnout pokračování určitých ošetrovatelských intervencí (Slezáková, 2014).

Vyhodnocení cílů a očekávaných výsledků zároveň vyžaduje zopakování všech fází ošetrovatelského procesu (Mastiliaková, 2014):

- Posuzování – shromáždění, uspořádání dat, včetně deklarace validity a platnosti, dále dokumentování dat.
- Diagnostika – analýza dat, identifikace zdravotních problémů, rizik a projevů zdravotních problémů, dále se formuluje ošetrovatelská diagnóza.

- Plánování cílů a intervencí – definice prioritních problémů a diagnóz, formulace cílů a očekávaných výsledků, dále výběr a rozepsání ošetrovatelských intervencí.
- Realizace – opětovné posouzení klienta, rozhodování sestry o potřebě asistence, realizace ošetrovatelských intervencí, dohled nad delegovanou péčí, dokumentace ošetrovatelských činností.
- Vyhodnocení – shromáždění dat k naplánovaným výsledkům, komparace dat s reálnými výsledky, posouzení ošetrovatelské činnosti a dosažených výsledků, vyvození závěrů o stavu problémů, pokračování, úprava a ukončení plánů péče o klienta (Mastiliaková, 2014).

„Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče s podporou zázemí moderního elektronického vedení zdravotnické dokumentace mají klíčový význam první dvě fáze ošetrovatelského procesu: záznam údajů systematického posouzení stavu zdraví klienta, pacienta, rodiny a komunity a ošetrovatelská diagnostika.“ (Mastiliaková, 2014, s. 192)

1.4 Ošetrovatelská elektronická dokumentace

Elektronizace ve zdravotnictví je poměrně novým fenoménem, který vede k tomu, že je zdravotní péče podporována elektronickými a informačními technologiemi. Cílem elektronického zdravotnictví je zlepšení prevence, diagnostiky, sledování a usměrňování poskytování zdravotní péče a životního stylu obyvatelstva. Většina zdrojů vyzdvihuje spíše výhody, které sebou elektronizace přináší (Šupšáková, 2017). Mezi tyto patří například Špinar et al. (2013), kteří považují elektronickou formu za přehlednější, přínosnější a dostupnou pro veškerý zdravotnický personál, což zajišťuje lepší kontinuitu péče (Špinar et al., 2013). Diamond (2006) poukazuje i na ekonomickou stránku věci v souvislosti se snížením nákladů při používání elektronické dokumentace (Diamond, 2006).

Zásluhou elektronické ošetrovatelské dokumentace se zdravotnická zařízení mohou vyvarovat chyb, které se opakují v písemné formě ošetrovatelské dokumentace (Zdravotnické noviny, 2017). Přínosem je zejména prostor pro přehledné shromáždění zdravotnických dat o pacientech a možnost snadného vyhledávání těchto dat. Toto v konečném důsledku vede ke zlepšení aplikace konkrétní léčby, ke snižování chybovosti personálu, k omezení omylů při podávání léků či rozhodování zdravotnického personálu.

Celkově se posiluje i role pacienta, protože má usnadněn přístup k záznamům o svém zdravotním stavu (Pěkná, 2010). Některá ze zdravotnických zařízení využívají elektronickou formu dokumentace velmi aktivně a v podstatě se snaží přiblížit cíli v podobě „paperlesshospital – nemocnice bez papírů“. Zároveň si lze stěží představit zdravotnické zařízení, ve kterém by, alespoň částečně, nefungoval informační systém, který vyžaduje určitou elektronizaci procesů a dokumentů (Policar, 2010).

To odpovídá tomu, že v posledních letech dochází k vývoji informačních systémů a technologií, které mají pomáhat sestřím v oblasti zajištění každodenní péče o pacienty. Tímto proniká elektronizace i do oblasti vedení a správy ošetrovatelské dokumentace, čímž vzniká trend elektronické ošetrovatelské dokumentace, který je významným pomocníkem v zajištění kvalitního ošetrovatelského procesu (Čeledová, 2017). Sestry musí v dnešní době zvládat práci na počítači, aby mohly plně využívat potenciál, který elektronická ošetrovatelská dokumentace nabízí (Hariyati et al., 2016). Informační technologie se stávají nedílnou součástí zdravotnictví a sestry musí mít dostatečné schopnosti pro jejich ovládnutí, protože jsou nezbytnou součástí jejich pracovních aktivit (Goncalves et al., 2016).

Využití elektronické ošetrovatelské dokumentace má však i další výhody, protože elektronická data umožňují anonymizované vyhodnocení velkých souborů těchto dat, čímž lze dále zlepšovat výsledky ošetrovatelského procesu. Například lze prostřednictvím analýzy většího množství dat najít prostor pro zlepšení ošetrovatelské praxe (Macieira et al., 2017).

1.4.1 Význam elektronické ošetrovatelské dokumentace

Elektronizace ve zdravotnictví má význam zejména v tom, že umožňuje efektivnější uložení informací a jejich snadnější vyhledávání či ověření. Dochází k výraznému zefektivnění poskytované péče (Pěkná, 2010).

Z obecnějšího hlediska patří ke klíčovým výhodám elektronické ošetrovatelské dokumentace následující (Messer, 2016):

- Dodržování ošetrovatelského procesu.
- Možnost využití databanky formulací v rámci ošetrovatelské anamnézy a ošetrovatelského plánu.
- Rychlé využití sestavených dat, automatické dodržení evaluačních časů.
- Data jsou k dispozici i ostatním a je možná jejich archivace.
- Rychlý přístup k ošetrovatelské dokumentaci v různých časových úsecích.
- Zkracuje se čas předání a usnadňuje kontrola poskytované péče (Messer, 2016).

Z těchto informací vyplývá, že ošetrovatelská dokumentace umožňuje charakterizovat výkony ošetrovatelské péče, slouží pro dohledání dokumentovaných výstupů jednotlivých fází ošetrovatelského procesu a funguje jako podklad při předávání informací mezi členy zdravotnického týmu. Ošetrovatelskou dokumentaci lze také využít pro analýzu statistických dat, pro vědecko-výzkumnou činnost, pro plánování ekonomických ukazatelů, či jako důkazní materiál (Kvapilová, 2015). Elektronická ošetrovatelská dokumentace vytváří prostor pro účinnější, hospodárnější realizaci ošetrovatelského procesu, protože poskytuje čitelnou a úplnou dokumentaci, což v případě písemné dokumentace nemusí platit. Sestrám přináší potřebnou informační podporu v průběhu ošetrovatelského procesu, zejména v rámci hodnocení stavu pacienta, plánování a vyhodnocení efektu poskytované péče, tedy v podstatě ve všech fázích ošetrovatelského procesu (Hariyati et al., 2016). Sestry jsou odpovědné za neustálou identifikaci problémů v ošetrovatelské péči, dále za implementaci a přizpůsobení péče aktuálním podmínkám apod. Elektronická ošetrovatelská dokumentace je v tomto významnou pomocí (Macieira et al., 2017).

1.4.2 Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

K nevýhodám elektronické ošetrovatelské dokumentace patří relativně vysoké pořizovací náklady na zařízení a nutná školení (Messer, 2016). Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace lze také odvodit i z nevýhod, které sebou nese elektronizace ve zdravotnictví z obecného hlediska, což jsou již zmiňované značné náklady na pořízení technologií a s nimi související náročnost na technologické dovednosti personálu, která je tím vyšší, čím nižší je úroveň počítačové gramotnosti mezi zdravotnickými a nezdravotnickými pracovníky (Středa et al., 2016). Další možnou překážkou či negativem může být čas, který je třeba k seznámení se s novým systémem (Pěkná, 2010).

Dalšími nevýhodami jsou především komplikovaná ochrana osobních údajů pacientů, možnost zhroucení informačního systému nebo skutečnost, že záznamy v elektronické podobě lze velmi snadno pozměnit nebo upravit (Hannah et al., 2014). Každopádně nelze zpochybňovat, že elektronická forma vedení zdravotnické dokumentace je v absolutním souladu s aktuálním trendem digitalizace společnosti, který se projevuje ve všech oblastech, zdravotnictví nevyjímaje (Heidarizadeh et al., 2017). V dnešní době se tak stále častěji setkáváme s vedením dokumentace obojím způsobem, což samozřejmě eliminuje rizika a nevýhody obou možných forem vedení zdravotní dokumentace. (Špinar et al., 2013).

1.4.3 Obsah elektronické ošetrovatelské dokumentace

V České republice momentálně není definována jednotná předloha zdravotnické či ošetrovatelské dokumentace, takže lze v praxi identifikovat různé typy a formáty, dle konkrétního přístupu jednotlivých zdravotnických zařízení (Šnajdrová, 2018). Legislativa definuje pouze povinný obsah jednotlivých částí zdravotnické dokumentace (Kudlová, 2016). Dle odborných názorů by však měla zdravotnická dokumentace splňovat některé základní požadavky, a to zejména v podobě smysluplných formulářů, které usnadňují práci (Dingová Šliková et al., 2018).

Ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat následující: *„Vstupní ošetrovatelský záznam s ošetrovatelským posouzením, plán ošetrovatelské péče a jeho hodnocení, realizaci ošetrovatelské péče, denní záznamy, výstupní ošetrovatelský záznam, záznamy*

o různých ošetrovatelských testech, plány péče o rány, dekubity a bolest a záznamy o edukaci, poučení pacientů“ (Dingová Šliková et al., 2018, s. 78).

Obsah ošetrovatelské dokumentace, ať už elektronické, či písemné formy, musí jasně charakterizovat podobu realizace všech fází ošetrovatelského procesu, včetně plnění legislativních požadavků (Peate, 2018). Údaje zaznamenává sestra v chronologické posloupnosti. Obsah ošetrovatelské dokumentace je zdrojem informací o potřebách pacienta, cílech ošetrovatelské péče, o podobě péče jako takové a také o výsledcích ošetrovatelské péče (Plevová, 2018). K záznamům elektronické ošetrovatelské dokumentace se řadí zejména ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán, realizace ošetrovatelského plánu, denní záznamy, ošetrovatelská propouštěcí/překládová zpráva či doplňující formuláře (Kudlová, 2016).

Ošetrovatelskou anamnézu zpracovává sestra. Smyslem anamnézy je prostřednictvím rozhovoru s pacientem vyhledat v jeho minulosti souvislosti s nynějšími zdravotními problémy (Peate et al., 2018). Jde o řízený rozhovor, v jehož rámci musí sestra vědět, jak se ptát, aby byl výsledek přínosem pro další léčbu pacienta. Důraz musí být kladen také na přehlednost a účelnost této anamnézy (Nejedlá, 2015). Ošetrovatelská anamnéza by měla být dokumentována na jednom standardizovaném formuláři. Hodnocení lze provádět například pomocí checklistu a v rámci konzultace s klientem (Messer, 2016). Výstupem ošetrovatelské anamnézy má být ošetrovatelská diagnóza, která je potom klíčovým záznamem v rámci ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelská diagnóza je závěrem, který je možné definovat pouze po pečlivém a systematickém procesu sběru údajů v rámci posouzení zdravotního stavu. Diagnóza je výsledkem diagnostického procesu (Plevová, 2018).

Definice ošetrovatelské diagnózy je v kompetenci všeobecné sestry. Problém pacienta má být jednoznačně pojmenován pomocí odborné terminologie, včetně toho, jestli jsou problémy aktuální, či potenciální, tedy mohou nastat (Burda et al., 2016). V rámci ošetrovatelské diagnostiky se využívá klasifikační systém ošetrovatelských diagnóz taxonomie II *NANDA International*. S využitím klasifikace lze každou ošetrovatelskou diagnózu specifikovat dle konkrétních diagnostických komponent typu standardizovaného názvu, číselného kódu, definice, definujících charakteristik, souvisejících či rizikových faktorů (Plevová, 2018).

Ošetrovatelský plán je individuálním plánem péče o pacienta. Z hlediska obsahu dokumentace by měl plán obsahovat definici strategie ošetrování, dále popis intervencí, cíle prevence, redukce a eliminace problémů pacienta. Je tedy nutné vytvořit písemnou formu tohoto plánu (Plevová, 2018). Ošetrovatelský plán deklaruje přehled zákroků, které mají vést k tomu, že pacient a zdravotní tým dosáhne společného cíle (Gulanick, 2016). Veškeré intervence je nutné plánovat za podmínky jejich reálnosti a splnitelnosti (Burda et al., 2016). Definování ošetrovatelského plánu dle ošetrovatelských diagnóz by mělo být pro pacienta zárukou kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče, která se zaměří na jeho individuální potřeby a obtíže (Wichsová, 2013).

V rámci realizace ošetrovatelského plánu dochází k uskutečnění jednotlivých kroků, které obsahuje. Důležité je v této fázi zapojit i pacienta, který musí být seznámen s ošetrovatelským plánem a také se v rámci jeho realizace podílet na jednotlivých ošetrovatelských intervencích (Haugen et al., 2019). Po dobu realizace ošetrovatelského plánu musí být plán zpřístupněn celému ošetrovatelskému týmu, který jej plní pod dohledem všeobecné sestry (Burda et al., 2016). Realizaci každé ošetrovatelské intervence musí zdravotní sestra zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace, a to při podmínce aktuálnosti, úplnosti, přesnosti, srozumitelnosti, konkrétnosti a dostupnosti daného záznamu (Plevová, 2018).

Denní záznamy jsou v rámci ošetrovatelské dokumentace průběžným hodnocením, ke kterému dochází v průběhu celé doby poskytování ošetrovatelské péče. Je vhodné zaznamenat způsoby reakce jedince na poskytovanou péči, změny v klinickém stavu, výskyt nových problémů, které musí být řešeny (Burton, 2019). Často se posuzuje a uvádí informace o stavu vědomí, vitálních funkcích, stavu kůže a sliznic, vyprazdňování, bolesti, přítomnosti infekce, hojení ran, chuti k jídlu, příjmu a výdeji tekutin, či mobility nebo sebeobslužných činnostech (Plevová, 2018). Důsledně a kvalitně vedené záznamy jsou důležitým komunikačním nástrojem mezi sestrami a ostatními členy týmu (Snopek et al., 2017). Jednotlivé ošetrovatelské postupy je nutné zhodnotit z hlediska jejich úspěšnosti a z hlediska splnění stanovených cílů (Burda et al., 2016).

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva je v podstatě závěrečným hodnocením poskytované ošetrovatelské péče. Obsah této dokumentace by měl zhodnotit dosažené změny v uspokojování potřeb jednotlivce v závislosti na cílech péče, dále přehledně kompletizovat a sumarizovat poskytovanou ošetrovatelskou péči, či informovat

o doporučeném dalším postupu péče (Tingle et al., 2013). Dále se v rámci zprávy uvádí, v jakém zdravotním stavu byl pacient přijat do ošetrovatelské péče, jaké ošetrovatelské diagnózy se řešily, jaká proběhla edukace (Plevová, 2018).

Doplňující formuláře mají charakter veškerých dalších potřebných součástí ošetrovatelské dokumentace. Jejich konkrétní podoba závisí na konkrétní potřebě zdravotnické organizace a konkrétní situaci (případu) (Sedlářová, 2008). Zpravidla se jedná o následující formuláře (Policar, 2010):

- Záznamy a pacientem podepsané formuláře. Například při jeho přijetí do ústavní péče nebo seznámením s potřebnými informacemi.
- Záznamy orientující se na sledování konkrétních rizik u pacienta a realizaci opatření proti těmto rizikům, jako typ dekubity, pády, výživa, bolesti.
- Záznamy edukačního charakteru deklarující priority výuky pacienta, popisující metody výuky, včetně reakce pacienta.
- Záznamy o ošetřování ran, ordinační karta s tělesnou teplotou pacienta, výškou, váhou apod. (Policar, 2010).

1.5 Principy řízení ošetrovatelské dokumentace

„Ošetrovatelská dokumentace plní svou funkci, pokud je vedena průkazně, pravdivě, čitelně a podle platných právních předpisů. Ošetrovatelská dokumentace má své výhody jak pro pacienta (návaznost péče, popsání a řešení problémů), tak i pro zdravotníky (nezdvojení činností, sledování vývoje, ochrana před spory s právníky).“ (Burda, Šolcová, 2016, s. 82)

Vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace má řadu specifíků, mezi které patří i nutnost zajištění bezpečnosti přístupu a důvěrnosti tohoto typu dokumentace (Šupšáková, 2017). Zdravotní sestra vyplňující ošetrovatelskou dokumentaci má povinnost zajistit, že budou data zabezpečena. Dále mají být vytvořeny místní standardy, které specifikují, kteří pracovníci mají k datům přístup apod. (ČAS, 2017). Elektronické záznamy ošetrovatelské péče musí v každém případě obsahovat datum a čas provedení úkonu, dále identifikační údaje zdravotnického pracovníka či jiného odborného pracovníka, který daný záznam provedl. Veškerá zdravotnická dokumentace musí být neustále dostupná všem osobám, které se podílí na poskytování zdravotní péče, aby se

usnadnila výměna informací a kontinuita plánované péče (Skolnik, 2011). Je nutné naplnit nejen legislativní požadavky, ale také obecná pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace (Mach et al., 2013).

Legislativní požadavky vedou k tomu, že musí být dokumentace využitelná jako důkaz o poskytnuté zdravotní péči, o postupu lege artis, důkazem k posouzení informovanosti pacienta, podkladem pro kontrolní a studijní činnosti či pro posouzení úrovně poskytované péče, ale také jako pilíř programu kontinuálního zvyšování kvality péče či sběru statistických dat (Bartůněk, 2016). K obecným zásadám pro vedení zdravotnické dokumentace se řadí (Pokorná et al., 2019):

- Dodržovat princip řízené zdravotnické dokumentace.
- Dodržovat pravidla implementace nových dokumentů.
- Definovat rozsah a podobu v rámci konkrétního obsahu jednotlivých formulářů.
- Definovat pravidla pro vyplňování.
- Definovat pravidla pro implementaci externí dokumentace (Pokorná et al., 2019).

1.6 Legislativa ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnickým zařízením je ukládána povinnost vést zdravotnickou dokumentaci zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V tomto zákoně je dále zakotvena povinná mlčenlivost zdravotnického personálu o veškerých informacích, které se během svého povolání dozvěděli. I veškeré náležitosti, které musí zdravotnická dokumentace obsahovat, lze zde najít. Důležité je, aby veškeré záznamy byly nejen pravdivé, ale také čitelné. Dokumentace může mít jak podobu grafickou, tak záznamovou či audiovizuální (Zákon č. 372/2011 Sb.). Jako základní legislativní prameny jsou pro účely této kapitoly vybrané předpisy ve formě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vyhlášky č. 137/2018, jenž se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve formulaci následujících nařízení, metodické pokyny Ministerstva zdravotnictví (Policar, 2010).

1.6.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 372/2011 Sb. definuje kritéria či podmínky pro vedení zdravotnické dokumentace následujícím způsobem, tedy za těchto podmínek lze vést elektronickou zdravotnickou dokumentaci (Šupšáková, 2017):

- a) Technické prostředky využívané pro uložení záznamů v elektronické podobě zaručí, že údaje v záznamech nebude možné dodatečně modifikovat. Za technické prostředky se považují organizačně-technická opatření, informační systémy, technické zařízení a vybrané pracovní postupy.
- b) Informační systém musí evidovat seznam identifikátorů záznamů v elektronické dokumentaci pacientů, které provede poskytovatel a které umožní jeho poskytování dálkovým přístupem.
- c) Provádění bezpečnostních kopií musí být realizováno minimálně jednou za pracovní den.
- d) Před skončením doby životnosti zápisu na technickém nosiči dat musí být zajištěn přenos na jiný technický nosič dat.
- e) Musí být znemožněno provádění dodatečných zásahů do kopií, které jsou uloženy pro dlouhodobé uchování. Kopie se musí vytvářet minimálně jednou ročně.
- f) V rámci uchování kopií pro dlouhodobé uchování na technickém nosiči dat je zajištěn přístup k těmto údajům pouze oprávněným osobám, je zajištěna jejich čitelnost v závislosti na době stanovené pro uchování zdravotnické dokumentace.
- g) Pokud dokumentace vyžaduje podpis osoby, která není zdravotnickým či odborným pracovníkem, tak musí být dokument převeden do elektronické podoby a v této podobě doplněn doložkou, která potvrdí převedení podepsané uznávaným elektronickým podpisem osoby, která převod realizovala.
- h) Prostřednictvím autorizované konverze dokumentů lze převést výstupy ze zdravotnické dokumentace.
- i) Informační systém, kde se vede zdravotnická dokumentace, musí umožnit tvorbu speciálních kopií uložené zdravotnické dokumentace ve formátu, který lze číst a zpracovat v jiném informačním systému (Šupšáková, 2017).

Zdravotnická elektronická dokumentace pak dle tohoto zákona má obsahovat informace o identifikačních údajích pacienta, pohlaví pacienta, identifikačních údajích poskytovatele, informace o zdravotním stavu pacienta, údaje o rodinné, osobní

a pracovní anamnéze, údaje o úmrtí pacienta či další údaje, které vyplývají z platné legislativy (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.6.2 Vyhláška č.137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Vyhláška č. 137/2018 mění vyhlášku číslo 98/202 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a to hned v několika ohledech (Vyhláška č. 137/2018 Sb.).

Novelizovaná verze vyhlášky č. 98/2012 zásadně redukuje obsahové vymezení ošetrovatelské dokumentace. Tato novela taxativně nevyjmenovává jednotlivé části ošetrovatelského procesu, které je nezbytné dokumentovat, ale zároveň neruší nutnost tvorby ošetrovatelské dokumentace. Zdravotnickým zařízením umožňuje nastavit proces řízení ošetrovatelské dokumentace, co nejvíce na míru individuálním potřebám (Šochmanová, 2018).

Mluvčí Ministerstva zdravotnictví se k novele vyjadřuje následovně (Koubová, 2018): „*Ministerstvo zdravotnictví již nechce taxativně stanovovat jednotlivé součásti ošetrovatelské dokumentace, avšak toto opatření neznamená, že dokumentaci ošetrovatelské péče rušíme. Cílem novely vyhlášky o zdravotnické dokumentaci je snížit administrativní zátěž, opakování či několikeré přepisování zápisů či plnění požadavků, které, jak ukázala praxe, jsou pouze formální.*“ (Koubová, 2018)

Novela přináší zrušení povinných náležitostí v rámci záznamů, které se dotýkají informovaného souhlasu, negativního reversu či dříve vysloveného souhlasu s poskytováním informací. V žádném případě pak novela nepřináší rušení povinnosti vedení ošetrovatelské dokumentace. Novela v podstatě určuje, že musí být ošetrovatelská dokumentace vedena, ale není dále konkrétní (Svobodová, 2018).

Dalším opatřením Ministerstva zdravotnictví ke snížení administrativy pracovníků ve zdravotnictví je příprava a realizace vzdělávacího kurzu *Administrativní pracovník ve zdravotnictví*, jehož prostřednictvím je možné zaměstnat nezdravotnického pracovníka, který zdravotnickému personálu pomůže s administrativou. Tímto by mělo dojít k odlehčení zdravotníkům od administrativy, aby se mohli více věnovat pacientům (Ministerstvo zdravotnictví, 2019)

1.6.3 Povinná mlčenlivost

Dle zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotnického zařízení vázán mlčenlivostí o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.). Tato povinnost mlčení se vztahuje i k dalším subjektům, jako zdravotnickým pracovníkům a jiným odborným pracovníkům, osobám získávajícím způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka či jiného odborného pracovníka apod. (Kverjick et al., 2010). Legislativa zároveň uvádí i výjimky, kdy se za porušení mlčenlivosti nepovažuje (Zákon č. 372/2011 Sb.):

- Předání informací nutných pro další zajištění poskytovaných zdravotních služeb.
- Sdělování údajů nebo jiných skutečností, pokud s tím pacient nebo jeho zákonný zástupce souhlasí v daném rozsahu.
- Pokud se jedná o případ, kdy lze údaje nebo skutečnosti sdělit bez souhlasu pacienta.
- Sdělování údajů pro potřeby trestního řízení, v rámci ochrany vlastních práv, v občanskoprávním řízení, vypracování odborného posudku apod. (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.6.4 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Nahlížení do zdravotnické dokumentace je také upraveno legislativou, a to zákonem č. 372/2011 Sb. Zákon rozeznává situace, kdy pacient udělil souhlas s nahlížením do dokumentace a kdy tento souhlas neudělil, resp. je to v zájmu pacienta. Se souhlasem pacienta může do zdravotnické dokumentace nahlížet kromě pacienta samotného také zákonný zástupce či opatrovník, osoby určené pacientem a osoby blízké zemřelému pacientovi v legislativně omezeném rozsahu (Vondráček et al., 2008). Bez souhlasu pacienta se pak jedná zejména o osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a další odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.6.5 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace

Dle novely vyhlášky č. 98/2012 musí každý poskytovatel zdravotních služeb zařadit zdravotnickou dokumentaci tak, aby věděl, kdy má rozhodnout o její skartaci. Jak uvádí zmíněná vyhláška, tak zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena. Tímto zničením se rozumí znehodnocení takovým způsobem, že není umožněna rekonstrukce a identifikace obsahu (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Dále platí, že poskytovatel pořídí a uchová písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zničena. Tento soupis obsahuje identifikační údaje pacienta (Policar, 2010).

Novela vyhlášky č. 98/2012 snižuje dobu uchování zdravotnické dokumentace či jejích částí, a to následovně (Svobodová, 2018):

- Z původních deseti let na pět po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi u registrujících poskytovatelů v oboru zubního lékařství či v oboru gynekologie a porodnictví.
- U následné a dlouhodobé lůžkové péče byla doba uchování zdravotnické dokumentace zkrácena ze 40 na 20 let.
- Lhůta 10 let byla zachována u registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a u registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (Svobodová, 2018).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace.
2. Zjistit, kolik času tráví sestry během směny u písemné a elektronické dokumentace.
3. Analyzovat výhody elektronické formy tohoto dokumentu.

2.2 Hypotézy

1. Elektronická ošetrovatelská dokumentace je přehlednější než písemná.
2. Sestra stráví více času nad písemnou formou dokumentace než nad elektronickou.
3. Sestry mají větší obavy z práce s elektronickou formou dokumentace než s písemnou.

2.3 Výzkumné otázky

1. Kolik času stráví sestra vedením písemné a elektronické dokumentace?
2. Jaká je spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací na jejich pracovišti?
3. Co by sestry v ošetrovatelské dokumentaci změnily?

2.4 Operacionalizace pojmů

Operacionalizace popisuje definici pojmů, která pro výzkum zobrazuje důležité vlastnosti sociálních jevů pro následující empirické měření (Bártlová et al., 2008). V našem výzkumném šetření jsou základními pojmy: ošetrovatelství, ošetrovatelská dokumentace, elektronická ošetrovatelská dokumentace, písemná ošetrovatelská dokumentace.

- Ošetrovatelství - je humanitní věda, jejíž praxe je založena na vědeckých poznatcích. Jde o integrovanou vědní disciplínu, jejíž hlavní funkcí je pomáhat jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimálního biologického, sociálního, osobního a duchovního stavu (Farkašová, 2006).
- Ošetrovatelská dokumentace - je součástí dokumentace zdravotnické a obsahuje záznamy o ošetrovatelské péči, průběhu ošetrování a o doporučení

k dalším ošetřovatelským intervencím. Jednoduše lze říci, že ošetřovatelská dokumentace slouží k zaznamenávání ošetřovatelského procesu (Policar, 2010).

- Elektronická ošetřovatelská dokumentace - je zapisování ošetřovatelského procesu do konkrétního softwarového programu namísto ručního zapisování na papír. Program obsahuje různé formuláře pro vedení ošetřovatelské anamnézy. Tímto se odbourávají duplicitní záznamy a celkově se snižuje pracnost záznamů a zvyšuje kvalita dokumentace (TRIBUNE, 2010).
- Písemná ošetřovatelská dokumentace - je zapisování ošetřovatelského procesu do papírové formy. Musí být vedena dle stanovených pravidel a právních předpisů (Plevová, 2018).

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Se zřetelem na námi zvolené cíle byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu výzkumného šetření. Kvantitativní šetření bylo uskutečněno pomocí dotazníkového šetření, které bylo realizováno se sestrami nejen z různých oddělení, ale i z různých pozic. Pro sběr dat byl použit nestandardizovaný dotazník (*Příloha č. 1*). Pomocí tohoto dotazníku jsme se snažily zjistit postoj sester na současnou ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou obvykle pracují, jakou formu používají a kolik času s ní během směny stráví. Dále jsme se snažily odhalit, zda je ošetrovatelská dokumentace přínosná pro pacienty a pro sestry a zda slouží jako nástroj pro ulehčení práce. Další otázky se týkaly záležitosti postupné elektronizace ošetrovatelské dokumentace. V neposlední řadě nás zajímalo, zda jsou nějaké záznamy, které sestry v ošetrovatelské dokumentaci postrádají, či jim naopak některé přebývají.

Ke sběru dat pro kvalitativní část výzkumného šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor (*Příloha č. 2*). Informanty byly sestry zaměstnané na různých pracovištích a různých pozicích, které ovšem denně pracují s ošetrovatelskou dokumentací pomocí ošetrovatelského procesu. Výběrovým kritériem byla přitom sestra pracující na libovolném standardním oddělení, kde hlavní podmínkou byla práce s ošetrovatelskou dokumentací, která souvisí s každodenním poskytováním ošetrovatelské péče.

Výzkumné šetření bylo realizováno ve třech nejmenovaných zdravotnických zařízeních. Rozhovory z kvalitativního šetření byly následně zapsány přímou transkripcí. Z kvantitativního šetření byla data ze získaných dotazníků vyhodnocena statisticky. Všichni respondenti a informanti byli předem ujištěni o zachování jejich anonymity, což bylo samozřejmě splněno.

Informanty byly sestry, které klasifikovaly a zkoumaly ošetrovatelskou dokumentaci, její pozitivní a negativní stránky, její slabiny a benefity a také celkový pohled na tuto problematiku. Zajímalo nás aktuální názor a postoj na ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou sestry pracují, a zda jim vyhovuje její stávající forma. Všechny tyto poznatky byly shromážděny pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Následně byly všechny rozhovory nejen zaznamenány, ale i přepsány. Zpracovány byly pomocí metody tužka–papír. Všechna dostupná data byla rozčleněna do 7 kategorií. Těmito kategoriemi jsou:

1. postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace;
2. smysl ošetrovatelské dokumentace;
3. forma a spokojenost s formou ošetrovatelské dokumentace;
4. pohled na elektronickú ošetrovatelskou dokumentaci;
5. pracovní čas strávený ošetrovatelskou dokumentací;
6. výhody elektronické formy ošetrovatelské dokumentace;
7. návrhy na změny v ošetrovatelské dokumentaci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci výzkumného šetření byly vybrány tři nemocnice. Zvolen byl víceúrovňový shlukový výběr, který je velice podobný stratifikovanému náhodnému výběru, avšak není tak podrobně zaměřený. Vytvářejí se zde přirozená seskupení lidí, tzv. klastry. V našem případě tvoří základní soubor nemocnice, které mají různá oddělení a z nich byla vybrána pro náš výzkum pouze některá. Hlavní podmínkou bylo oddělení standardní, neboť JIP či dětská oddělení mají ošetrovatelskou dokumentaci trochu odlišnou oproti oddělením standardním. Ze standardních oddělení byly dále vybrány náhodné sestry z různých pozic. Jediným kritériem zde byla práce s ošetrovatelskou dokumentací. Výzkumné šetření jsme samozřejmě zahájily až po souhlasu a schválení všech zúčastněných.

V kvantitativním výzkumném šetření, které bylo realizováno pomocí dotazníků, jich bylo rozdáno 150. Vyplněných se jich navrátilo 113, tedy 75 %. Jeden z dotazníků nemohl být použit pro náš výzkum, neboť nebyl správně vyplněn. Ke zpracování jich nakonec tedy bylo použito pouze 112.

V kvalitativním výzkumném šetření informanti nezastupují populaci jednotlivců, ale určitý problém. Zde tedy není zvolena určitá strategie výběru informantů, jde pouze o získání vyčerpávajících dat k dané problematice. V našem případě se jedná o teoretický výběr pomocí tzv. nabalování (snowball sampling). V praxi jsou data sbírána, a tudíž i vzorek je vybírán tak dlouho, dokud není dosaženo tzv. teoretické saturace, tzn. dokud nová informace nevede k dalším změnám. Náš výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření byl utvořen z 8 sester z různých standardních oddělení a odlišných pozic. Vybrané sestry musely splňovat kritéria práce na standardním oddělení, a tudíž pracovat s ošetrovatelskou dokumentací.

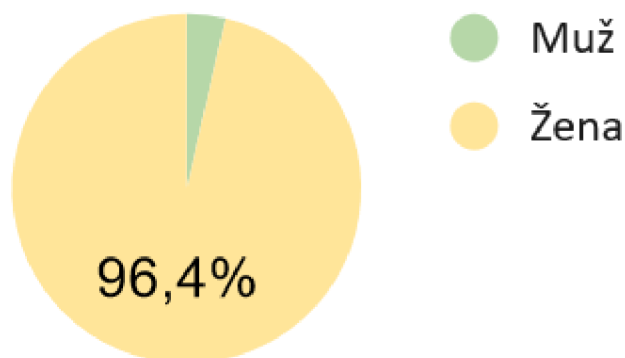
3.3 Způsob statistického testování dat

Pro statistické zpracování sebraných dat byl využit program MS Excel 2019 a TIBCO STATISTICA. Všechna sebraná a vyhodnocovaná data byla přepsána právě do MS Excel a TIBCO STATISTICA. Následně byly vypočteny četnosti, jak absolutní, tak relativní, a další důležité parametry pro popisnou statistiku. Pro vyhodnocení stanovených hypotéz byl využit Mann-Whitneyho test. Výpočty byly aplikovány v programu TIBCO STATISTICA. Po provedení testů byla data interpretována do tabulek a poté byly vytvořeny grafy.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

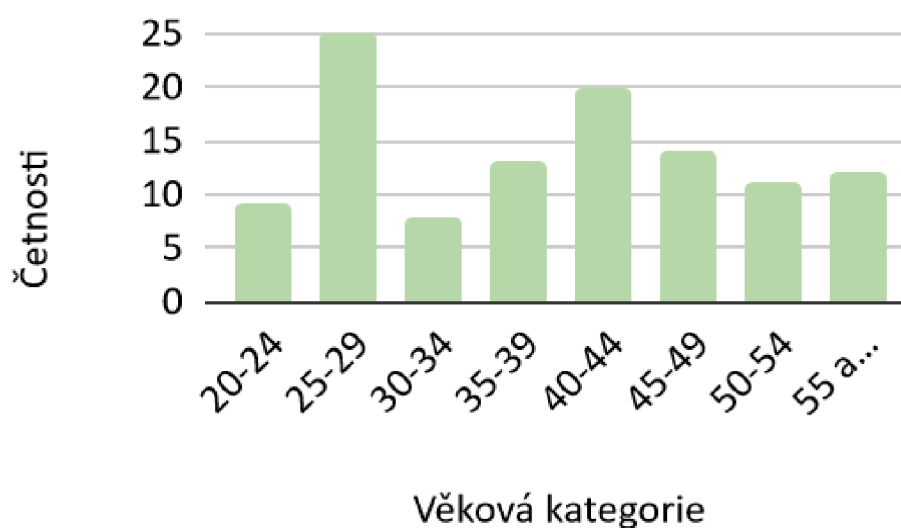
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu – popisná statistika

Graf 1 Pohlaví



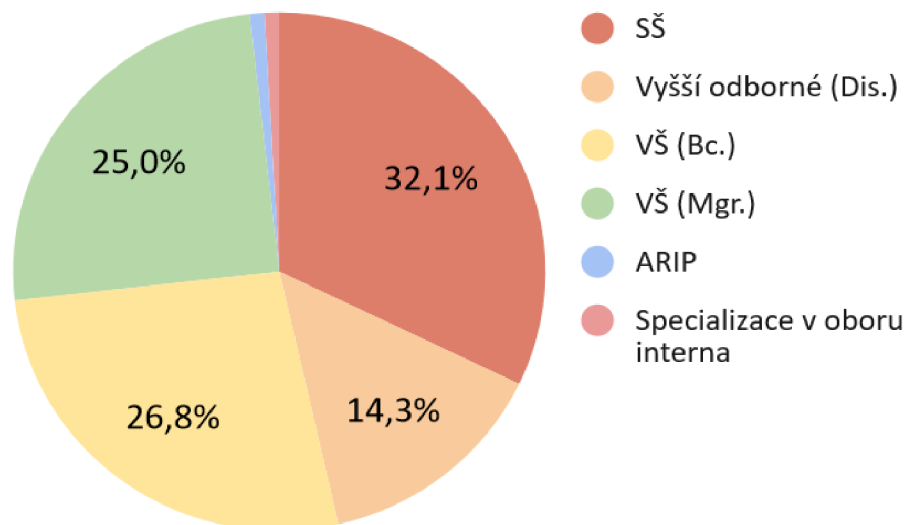
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů bylo 108 žen (96 %) a 4 muži (4 %).

Graf 2 Věk



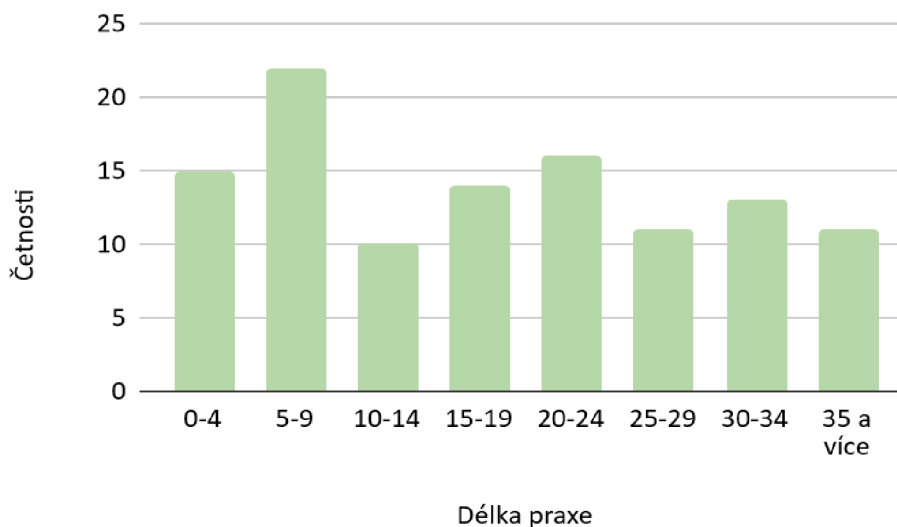
Ze souhrnu 112 (100 %) respondentů bylo 9 (8 %) respondentů ve věku 20–24 let, 25 (22 %) respondentů ve věku 25–29 let, 8 (7 %) respondentů ve věku 30–34 let, 13 (12 %) respondentů ve věku 35–39 let, 20 (18 %) respondentů ve věku 40–44 let, 14 (12 %) respondentů ve věku 45–49 let, 11 (10 %) respondentů ve věku 50–54 let a ve věku 55 a více let jich bylo 12 (11 %).

Graf 3 Vzdělání



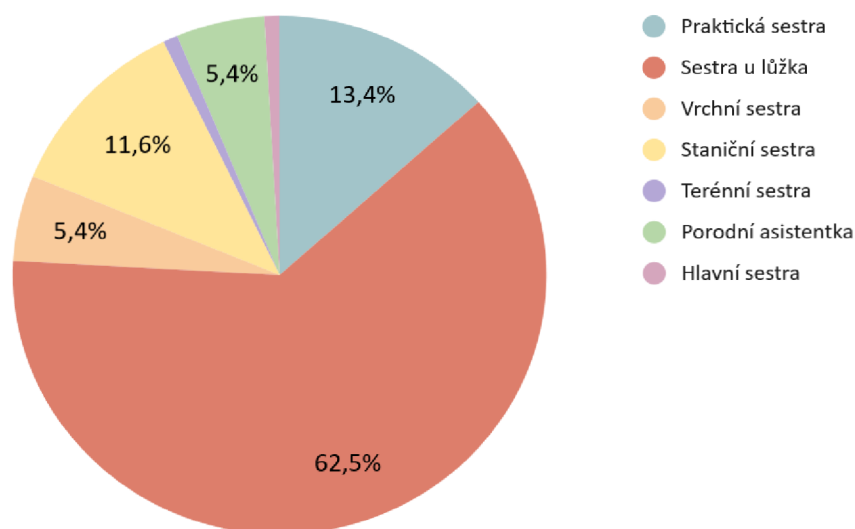
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů má 36 (32 %) vzdělání středoškolské (SŠ), 16 (14 %) vyšší odborné vzdělání (DiS.), 30 (27 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání (Bc.), 28 (25 %) vysokoškolské magisterské vzdělání (Mgr.), 1 (1 %) respondent má ARIP a 1 (1 %) specializaci v oboru interna.

Graf 4 Délka praxe



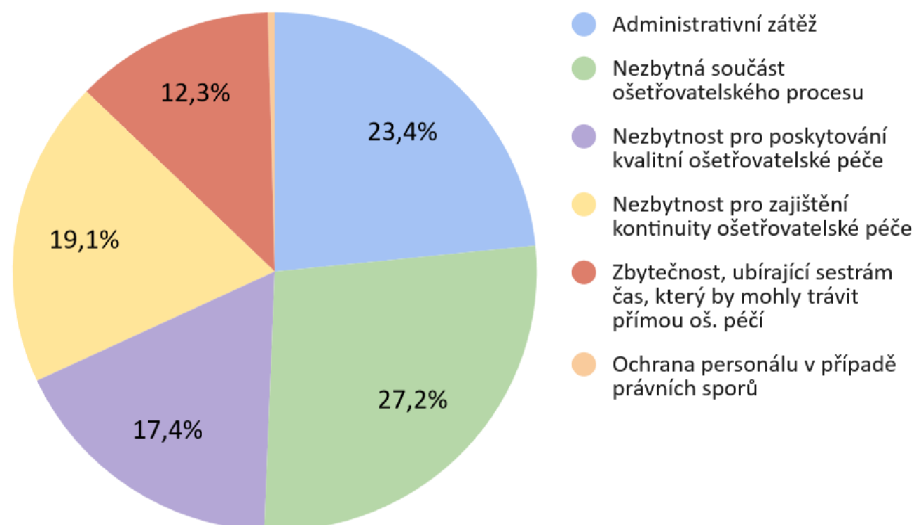
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů má 15 respondentů (13 %) praxi v oboru 0–4 let, 22 (20 %) respondentů 5–9 let, 10 (9 %) respondentů 10–14 let, 14 (12 %) respondentů 15–19 let, 16 (14 %) respondentů 20–24 let, 11 (10 %) respondentů 25–29 let, 13 (12 %) respondentů 30–34 let a 35 a více let má 11 (10 %) respondentů.

Graf 5 Pracovní pozice



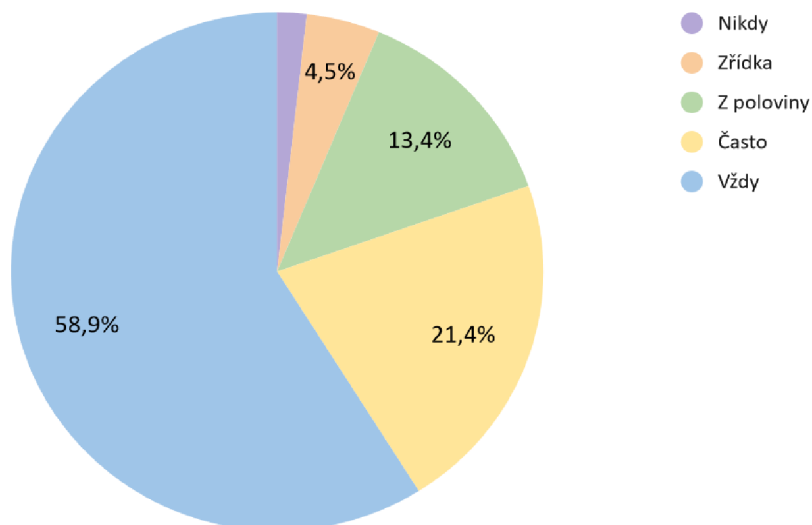
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů je 70 (63 %) respondentů klasická sestra u lůžka, 15 (13 %) respondentů jsou praktické sestry, 13 (12 %) respondentů jsou staniční sestry a 6 (5 %) respondentů jsou sestry vrchní, dále 6 (5 %) respondentů jsou porodní asistentky, 1 (1 %) respondent pracuje jako terénní sestra a 1 (1 %) respondent jako sestra hlavní.

Graf 6 Ošetrovatelská dokumentace



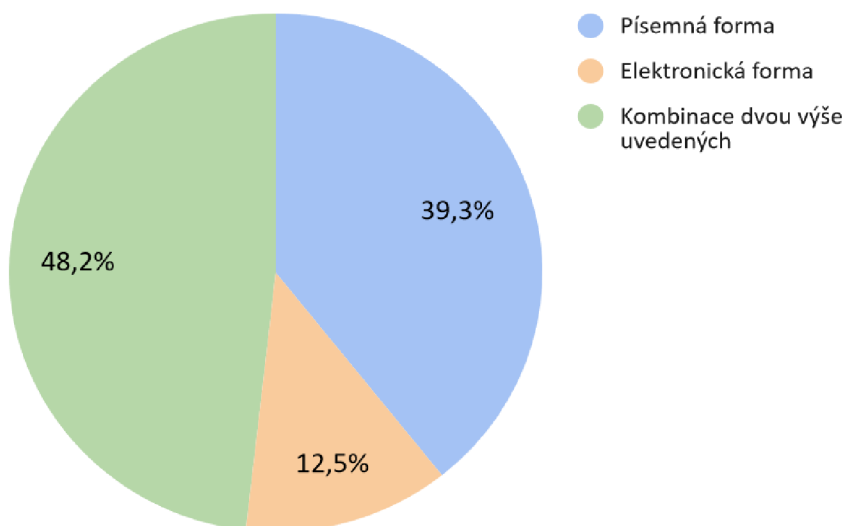
V následující otázce měli respondenti možnost výběru z více odpovědí. Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich nejvíce, tj. 64 (27 %), vidí ošetrovatelskou dokumentaci jako nezbytnou součást ošetrovatelského procesu. Na druhou stranu téměř polovina respondentů 55 (23 %) shledává ošetrovatelskou dokumentaci jako byrokratickou zátěž. Nezbytnost pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče vidí v ošetrovatelské dokumentaci 41 (17 %) respondentů, stejně tak pro 45 (19 %) respondentů lze zajistit kontinuitu ošetrovatelské péče pouze pomocí ošetrovatelské dokumentace. Celkem 29 (12 %) respondentů vidí v ošetrovatelské dokumentaci zbytečnost, která pouze sestřám ubírá čas. Pouze 1 (2 %) respondent uvedl ochranu personálu v případě právního sporu.

Graf 7 Práce s dokumentací



Z úplného souhrnu všech 112 (100 %) respondentů jich 66 respondentů (59 %) používá dokumentaci při své práci vždy, 24 (21 %) respondentů uvedlo, že dokumentaci používají často, 15 (13 %) z nich ji používá jen z poloviny, 5 (5 %) respondentů jen zřídka a 2 (2 %) respondenti uvedli, že ošetrovatelskou dokumentaci nepoužívají při své práci nikdy.

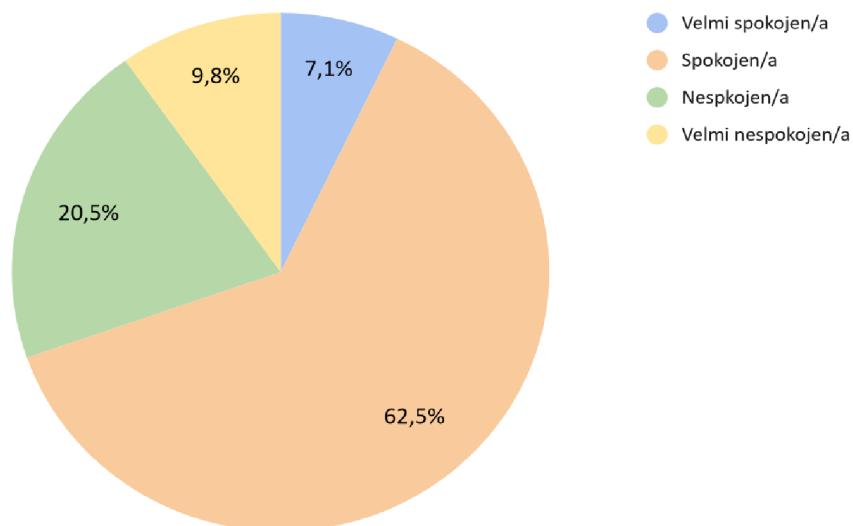
Graf 8 Forma ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů uvedlo nejvíc, tj. 54 (48 %) respondentů, že využívá při své práci kombinaci papírové a elektronické formy ošetrovatelské dokumentace, 44 (39 %) respondentů používá pouze písemnou formu ošetrovatelské

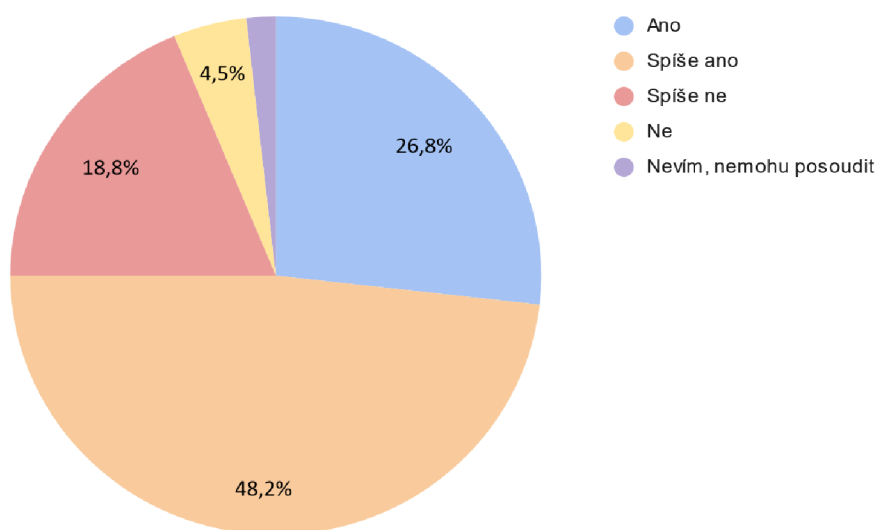
dokumentace a 14 (13 %) respondentů uvedlo používání pouze elektronické formy ošetrovatelské dokumentace.

Graf 9 Spokojenost s aktuální ošetrovatelskou dokumentací



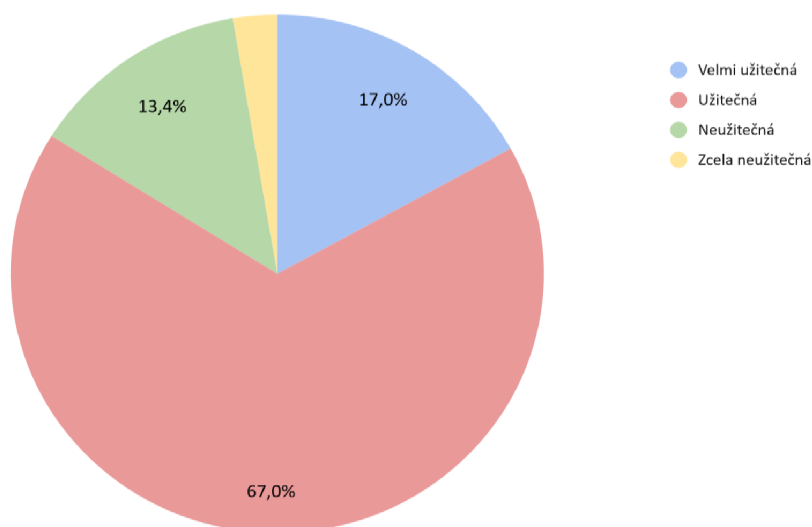
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů 70 respondentů (63 %) uvedlo, že jsou spokojeni s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou aktuálně během směny pracují, 23 respondentů (20 %) jich je nespokojeno, 11 (10 %) respondentů je s ošetrovatelskou dokumentací velmi nespokojeno a 8 (7 %) velmi spokojeno.

Graf 10 Přínos ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovatelskou péči



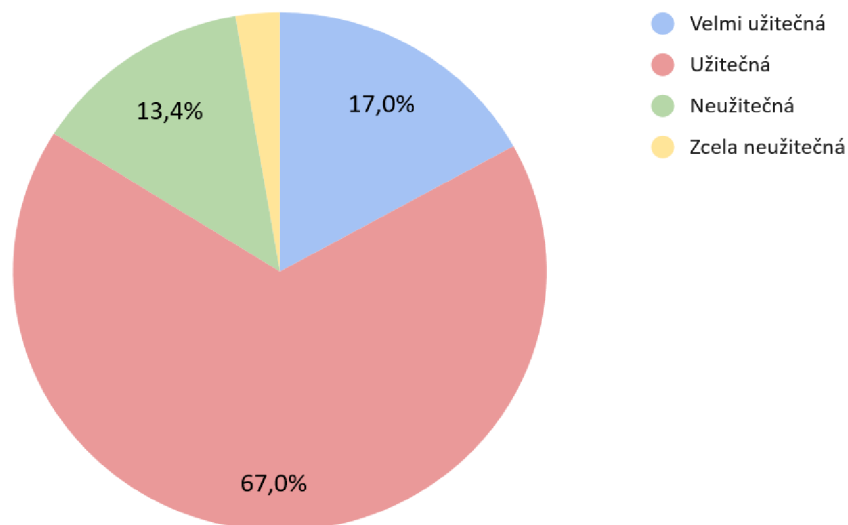
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů si nejvíce respondentů, tj. 54 (48 %), myslí, že ošetrovatelská dokumentace přínos pro ošetrovatelskou péči spíše má, 30 (27 %) respondentů je o přínosu ošetrovatelské dokumentace přesvědčeno, 21 (19 %) respondentů se oproti tomu kloní k odpovědi spíše ne, 5 (5 %) je přesvědčeno, že přínos ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovatelskou péči není žádný, a 2 (1 %) respondentů tento názor nemůže posoudit.

Graf 11 Prospěšnost ošetrovatelské dokumentace pro pacienta



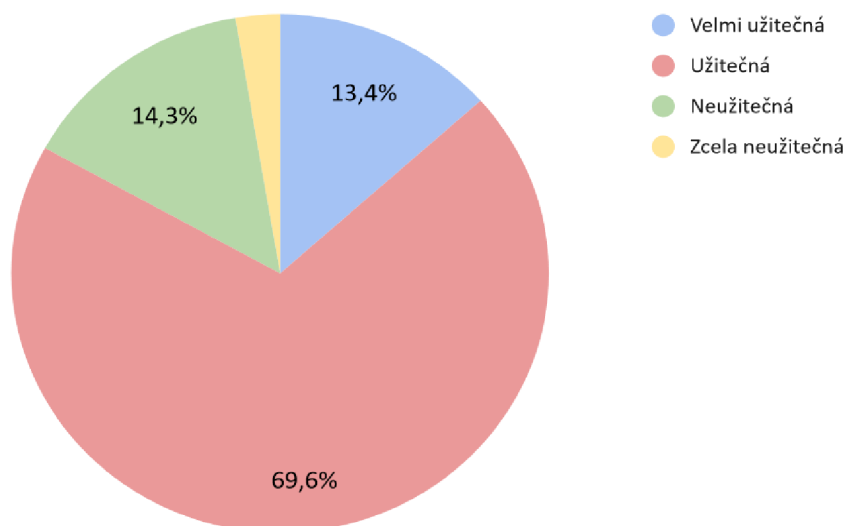
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů si 75 (67 %) respondentů myslí, že ošetrovatelská dokumentace je pro pacienta užitečná a přínosná v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o něj, 19 (17 %) respondentů ji však považuje pro pacienta za neužitečnou, 15 (13 %) respondentů si myslí, že je pro pacienty ošetrovatelská dokumentace velmi užitečná, a zbývajících 3 (3 %) respondenti ji považují za zcela neužitečnou pro pacienta.

Graf 12 Prospěšnost ošetrovatelské dokumentace pro sestru



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů si 75 (67 %) respondentů myslí, že ošetrovatelská dokumentace je pro sestru užitečná, 19 (17 %) respondentů ji považuje dokonce za velmi užitečnou, 15 respondentů (13 %) si myslí, že je pro ně ošetrovatelská dokumentace neužitečná, a zbývající 3 (3 %) respondenti ji považují za zcela neužitečnou.

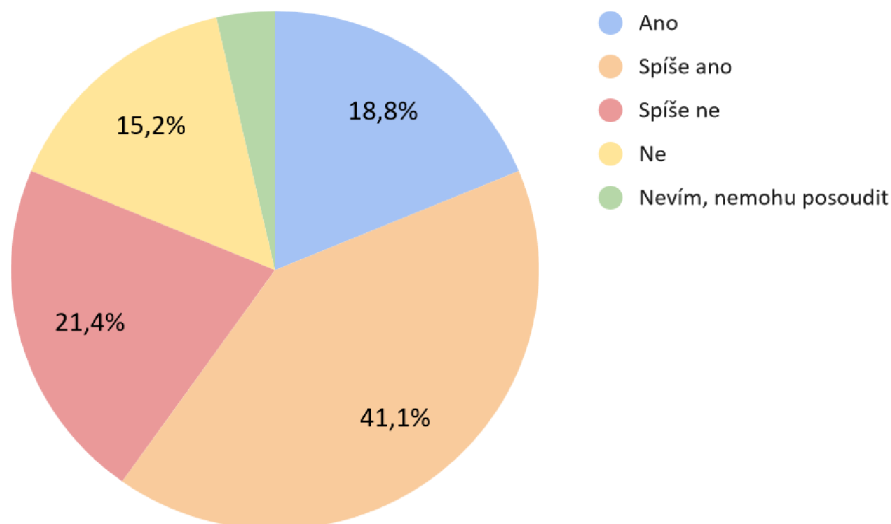
Graf 13 Smysl ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů 78 (70 %) respondentů považuje vedení ošetrovatelské dokumentace za užitečné a 15 (13 %) respondentů za velice užitečné,

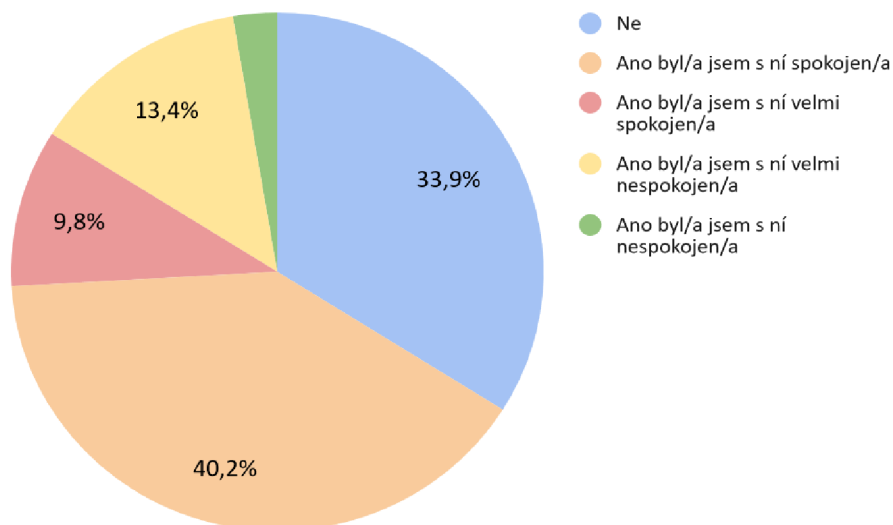
o jednoho více, tj. 16 (14 %) respondentů, její vedení považuje za neúčinné a 3 (3 %) respondenti dokonce za zcela neúčinné.

Graf 14 Snazší ošetrovatelská péče díky ošetrovatelské dokumentaci



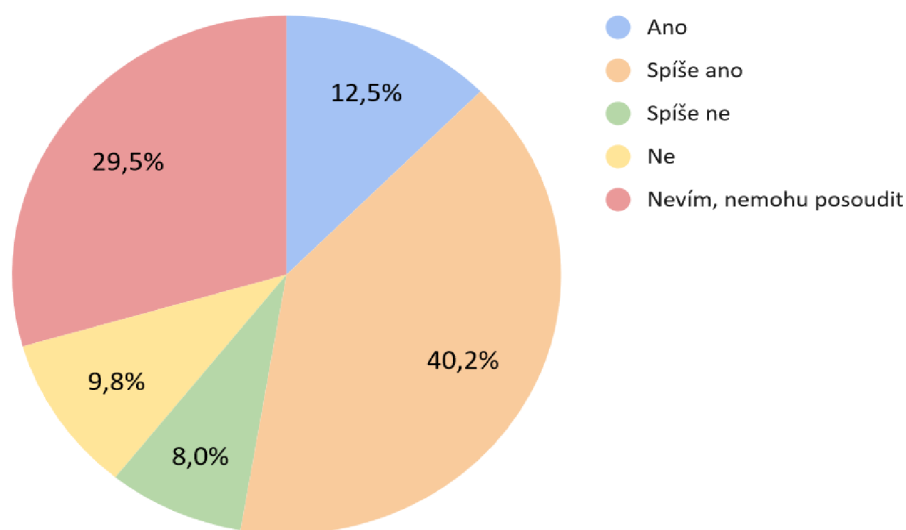
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů si 46 (41 %) myslí, že ošetrovatelská péče je díky ošetrovatelské dokumentaci spíše jednodušší a 24 (21 %) respondentů si myslí pravý opak, 21 (19 %) respondentů je zcela přesvědčeno o snazší ošetrovatelské péči díky ošetrovatelské dokumentaci, ale 17 (15 %) respondentů je přesvědčeno o pravém opaku. Zbývající 4 (4 %) respondenti nedokážou tuto skutečnost posoudit.

Graf 15 Praxe s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace



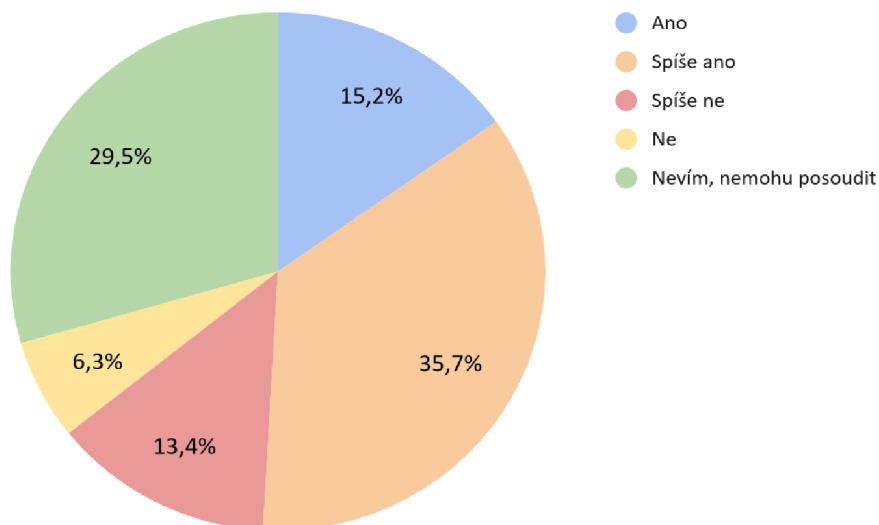
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů se jich 38 (34 %) ještě s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace nesešlo, ale 45 (40 %) respondentů se již s touto formou setkali a byli s ní spokojeni, 11 (10 %) jich bylo s touto formou dokonce velmi spokojeno, naopak pouze 3 (3 %) respondenti, kteří již mají zkušenost s elektronickou formou, s ní bylo nespokojeno a 15 (13 %) respondentů bylo dokonce velmi nespokojeno.

Graf 16 Přehlednost elektronické ošetrovatelské dokumentace



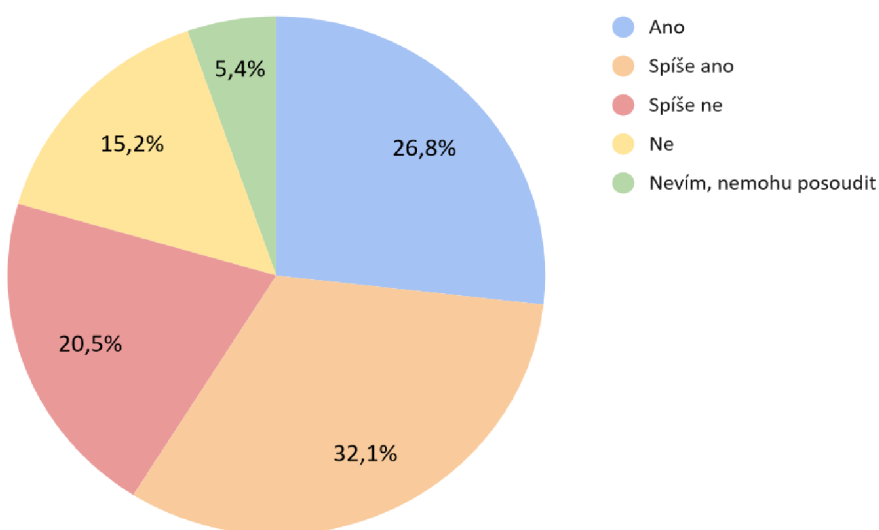
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich pouze 14 (13 %) považuje elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za přehlednou, 45 (40 %) respondentů uvedlo, že spíše ano. Celkem 33 (29 %) respondentů uvedlo, že nemohou tuto skutečnost objektivně posoudit. 11 (10 %) respondentů ji považuje za nepřehlednou a 9 (8 %) jich označilo možnost „spíše ne“.

Graf 17 Elektronický záznam je jednodušší, spolehlivější a bezpečnější



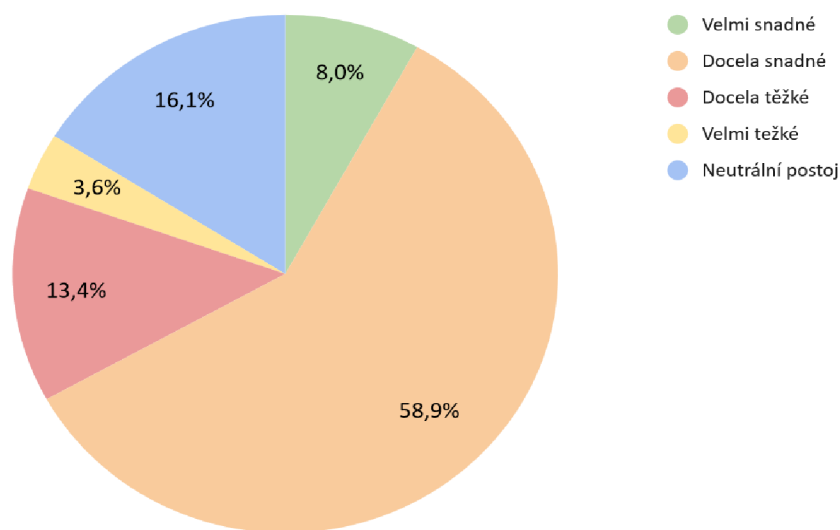
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich 40 (36 %) uvedlo, že elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci spíše považují za spolehlivější, jednodušší a bezpečnější; jen 17 (15 %) respondentů uvedlo, že je o tomto faktu plně přesvědčeno. Dalších 33 (30 %) respondentů uvedlo, že toto nemohou posoudit, 15 (13 %) si myslí, že tomu spíše tak není a 7 (6 %) je o tom zcela přesvědčeno.

Graf 18 Nepřítomnost ošetrovatelské dokumentace má negativní dopad na ošetrovatelskou péči



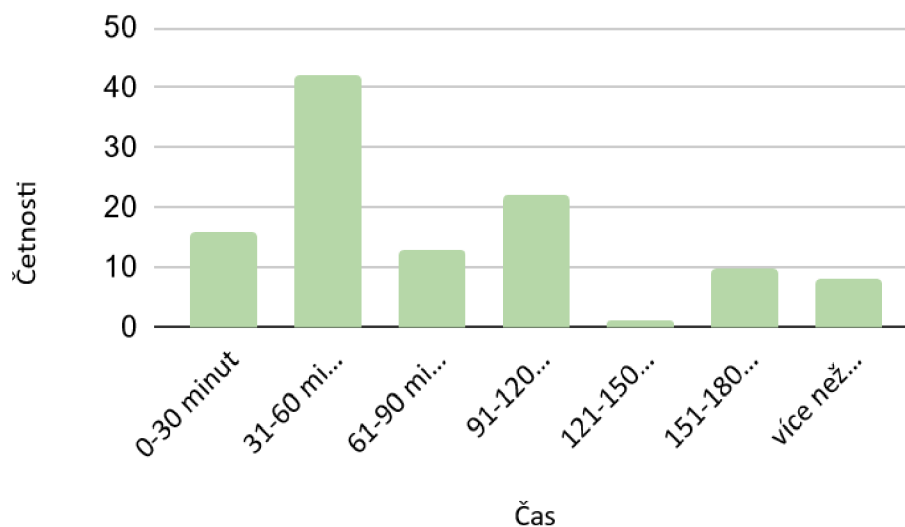
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů si 36 (32 %) spíše myslí, že absence ošetrovatelské dokumentace by měla negativní dopad na kvalitu ošetrovatelské péče, 30 (27 %) respondentů si myslí, že rozhodně ano. Dalších 23 (21 %) respondentů se přiklání k odpovědi spíše ne a 17 (15 %) respondentů je pevně přesvědčeno o negativním dopadu na ošetrovatelskou péči při nevedení ošetrovatelské dokumentace. Celkem 6 (5 %) respondentů toto nedokázalo posoudit.

Graf 19 Obtížnost zaznamenávání ošetrovatelské dokumentace



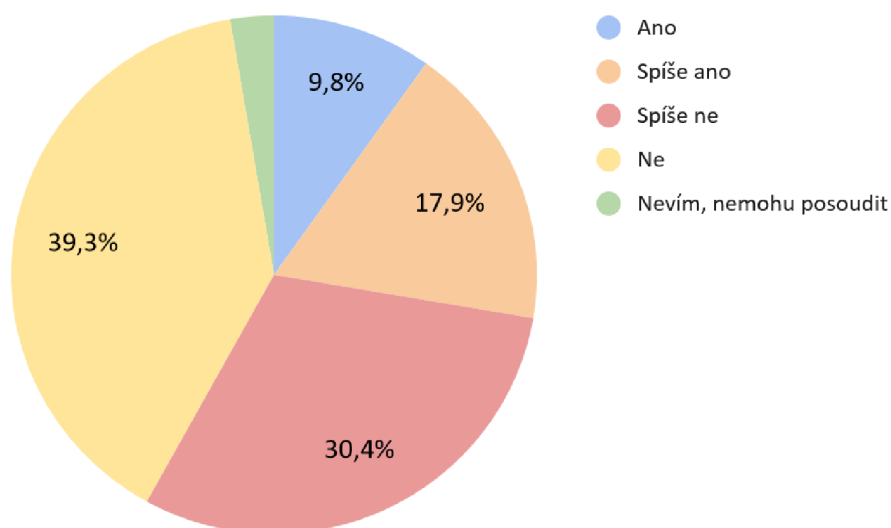
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů 66 (59 %) považuje vedení ošetrovatelské dokumentace za celkem snadné a pouze 9 (8 %) respondentů vidí její zaznamenávání jako velmi snadné. Jako docela těžké vidí zaznamenávání ošetrovatelské dokumentace 15 (13 %) respondentů a 4 (4 %) respondenti to vnímají jako velmi těžké. Celkem 18 (16 %) respondentů se pak k obtížnosti zaznamenávání ošetrovatelské dokumentace staví neutrálně.

Graf 20 Čas strávený s dokumentací



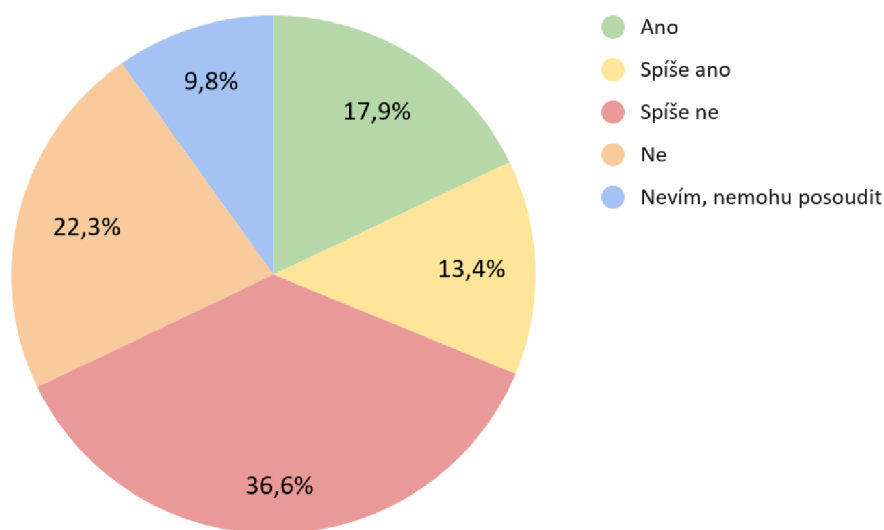
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich nejvíce, tj. 42 (37 %), vybralo možnost, že s vedením ošetrovatelské dokumentace stráví 31–60 minut. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí, tj. počtem 22 (19 %) respondentů, bylo, že stráví se zapisováním ošetrovatelské dokumentace mezi 91–120 minutami, 16 (13 %) respondentů uvedlo 0–30 minut a 13 (12 %) respondentů 61–90 minut. Delší časové úseky byly zastoupeny poměrně málo. 10 (12 %) respondentů uvedlo 151–180 minut a u 8 (6 %) respondentů vybralo možnost více než 180 minut. Pouze 1 (1 %) respondent uvedl čas strávený ošetrovatelskou dokumentací mezi 121–150 minutami.

Graf 21 Převaha času s ošetrovatelskou dokumentací oproti ošetrovatelské péči



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich nejvíce, tj. 44 (39 %) uvedlo, že si nemyslí, že tráví více času dokumentací než péčí o pacienta. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo spíše ne, byla zaznamenána u 34 (30 %) respondentů. Spíše ano uvedlo 20 (18 %) respondentů a rezolutní ano 11 (10 %) respondentů. Pouze 3 (3 %) respondenti tuto situaci nemohli zhodnotit a posoudit.

Graf 22 Přebytečné informace v ošetrovatelské dokumentaci



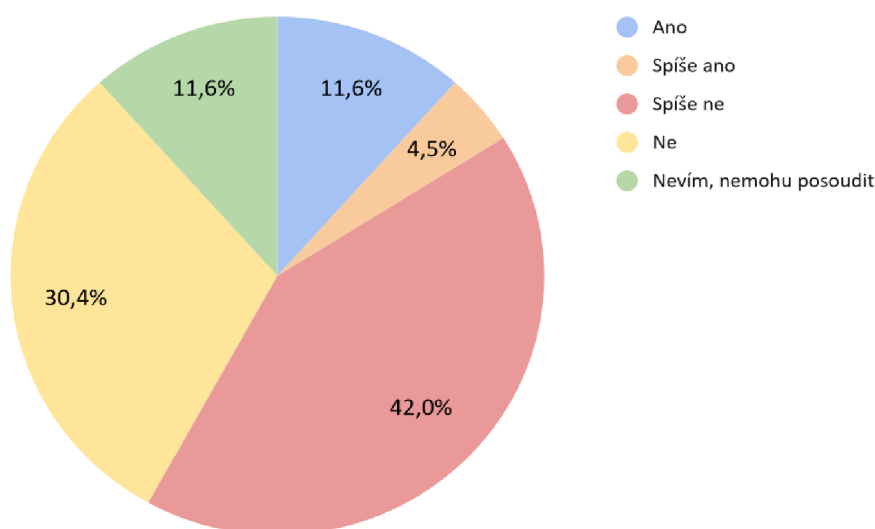
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů, jich nejvíce, tj. 41 (37 %), uvedlo, že si spíše nemyslí, že by v ošetrovatelské dokumentaci byly přebytečné informace, a 25 (22 %) respondentů je o tom zcela přesvědčeno. Celkem 20 (18 %) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci se přebytečné informace nachází, a 15 (13 %) respondentů uvedlo, že spíše ano. Odpověď „nevím, nemohu posoudit“ označilo celkem 11 (10 %) respondentů.

Ti, kteří odpověděli ano, uváděli jako přebytečné informace např.:

- „Denní zápis směny –konkrétně fráze, které nic neříkají, ale vyžaduje je tam audit, např. Komplexní ošetrovatelská péče provedena (pacient nesoběstačný v kategorii 4).“
- „Bolest, nutrice, polohování, příprava na vyšetření, převazy.“
- „Duplicita s lékařskou dokumentací.“
- „Údaje o minulých hospitalizacích.“
- „Rizikové dotazníky.“

- „*Otázka víry, návštěva kaplana.*“
- „*Sexuální orientace.*“
- „*Opakovaná hospitalizace, pitný režim.*“
- „*Třeba Barthel test, Norton atd. u krátkodobých hospitalizací, nebo u operací mladších ročníků, kteří jsou zdraví.*“
- „*Sociální situace pacienta.*“

Graf 23 Chybějící informace v ošetrovatelské dokumentaci



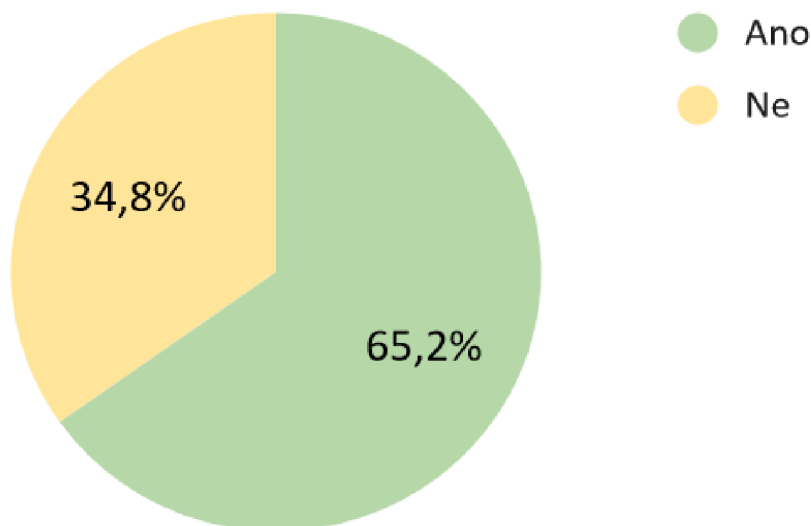
Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů, jich nejvíce, tj. 47 (42 %) uvedlo, že si spíše nemyslí, že by v ošetrovatelské dokumentaci chyběly nějaké informace, a 34 (30 %) respondentů je o tom zcela přesvědčeno. Celkem 13 (12 %) respondentů nachází některé informace, které jim v ošetrovatelské dokumentaci chybějí, a 5 (4 %) respondentů uvedlo, že spíše ano. Odpověď „nevím, nemohu posoudit“ označilo celkem 13 (12 %) respondentů.

Ti, kteří odpověděli ano, uváděli jako chybějící informace např.:

- „*Telemetrie, kyslík, nebulizace, klidový režim.*“
- „*Náboženství, stravování.*“
- „*Soběstačnost v předchorobí, návyky a postoj ke zdraví.*“
- „*Vegetariánství, veganství.*“
- „*Psychický stav.*“

- „Životní styl.“
- „Hlubší sociální a psychologický pohled na pacienta.“

Graf 24 Duplicita záznamů

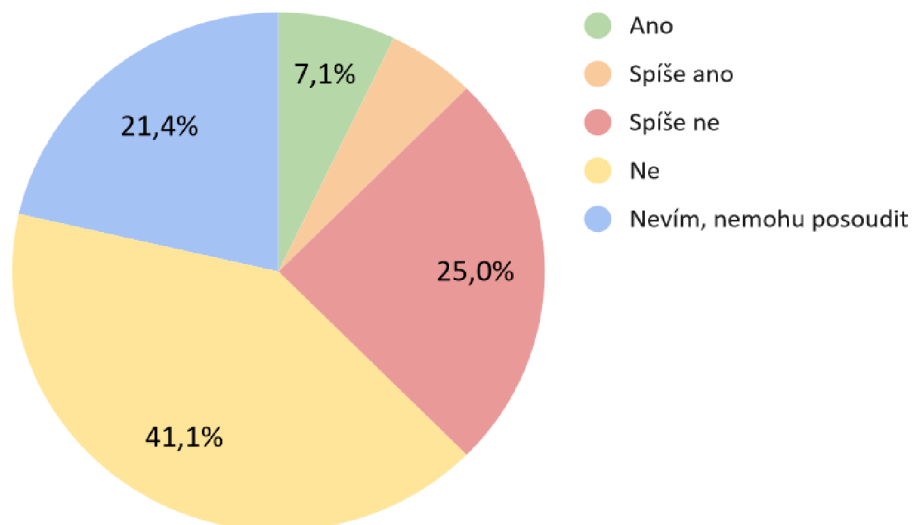


Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich 73 (65 %) odpovědělo, že jsou v ošetrovatelské dokumentaci záznamy, které jsou vyplňovány duplicitně, a 39 (35 %) respondentů žádné takové záznamy neshledává.

Ti, kteří odpověděli ano, nejčastěji uvádí tyto záznamy:

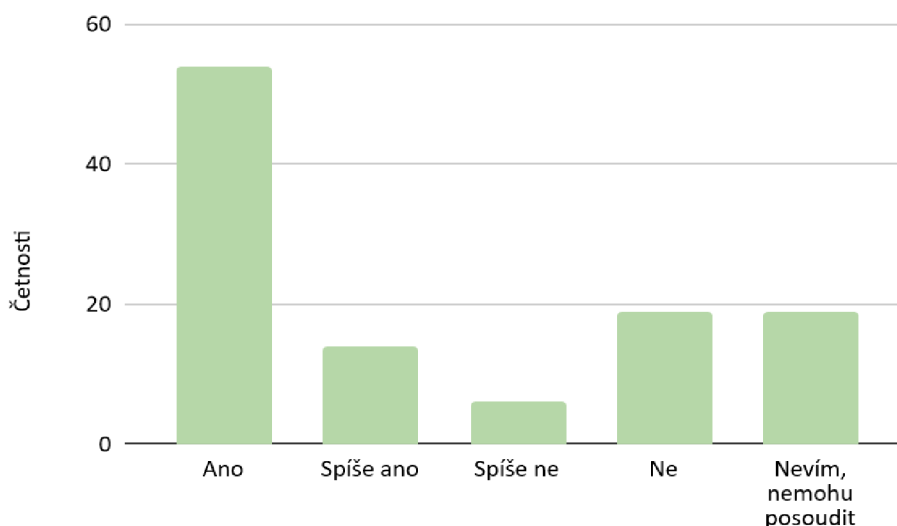
- „Diety, invazivní vstupy.“
- „PMK, CŽK, ATB.“
- „Hodnocení vstupů.“
- „Váha, výška, BMI – duplicita s dekurzem.“
- „Překladová zpráva.“
- „Osobní anamnéza.“
- „Hmotnost a výška pacienta.“
- „Hlášení, překladová zpráva.“
- „Podávání léků.“
- „Bolest, stravování, pohyblivost.“

Graf 25 Přínos duplicitních záznamů



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů, jich nejvíce, tj. 46 (41 %), odpovědělo, že určitě přínos v duplicitě záznamů nevidí, a 28 (25 %) respondentů uvedlo, že spíše ne. Dále 24 (21 %) respondentů odpovědělo, že to nemohou posoudit, 8 (7 %) v nich nějaký přínos vidí a 6 (6 %) spíše ano.

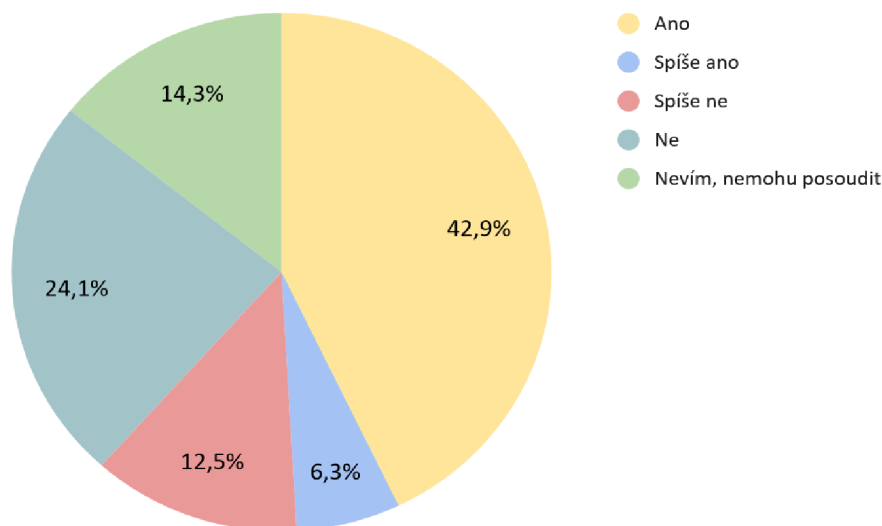
Graf 26 Přehlednost a srozumitelnost ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů, jich nejvíce tj. 54 (48 %), odpovědělo, že ošetrovatelská dokumentace, se kterou pracují, je pro ně přehledná a srozumitelná, a 14 (13 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano. Nesrozumitelná a nepřehledná přijde 19

(17 %) respondentům, stejně jako 19 (17 %) respondentů uvedlo, že to nemohou posoudit. Pouze 6 (5 %) uvedlo, že spíše ne.

Graf 27 Práce s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací je těžší a náročnější



Z celkového počtu 112 (100 %) respondentů jich nejvíce, tj. 48 (43 %), odpovědělo, že práce s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací bude těžší a náročnější než s papírovou, ale jen 7 (6 %) respondentů uvedlo, že spíše ano. Dále uvedlo 27 (24 %) respondentů, že se nedomnívají, že by práce s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací měla být náročnější, a 14 (13 %) uvedlo, že spíše ne. Posledních 16 (14 %) respondentů uvedlo, že nemohou tuto skutečnost posoudit.

4.2 Výsledky statistického testování

Vzhledem k tomu, že u času stráveného prací na dokumentaci nebylo možné předpokládat normální rozložení hodnot, bylo jeho porovnání pro písemnou a elektronickou formu testováno pomocí Mann-Whitneyho testu. Porovnání proměnných ordinálního typu (s odpověďmi ano/spíše ano/spíše ne/ne) dle skupin podle typu používané dokumentace byla testována taktéž pomocí Mann-Whitneyho testu. Výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA, hladina významnosti činila 5 %.

Výzkumná hypotéza H1: Elektronická ošetrovatelská dokumentace je přehlednější než písemná.

Statistické hypotézy:

H₀: Hodnocení přehlednosti dokumentace ze strany sester nezávisí na typu dokumentace (elektronická, písemná).

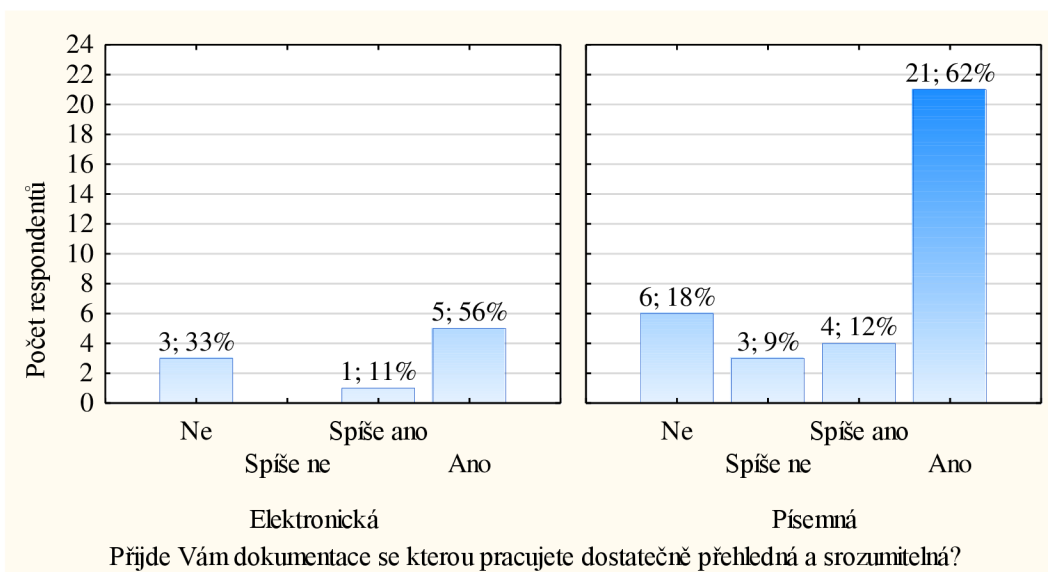
H_A: Hodnocení přehlednosti dokumentace ze strany sester závisí na typu dokumentace (elektronická, písemná).

Tabulka 1: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a tabulka četností

Skupina	ne		spíše ne		spíše ano		ano	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Elektronická (n=9)	3	33	0	0	1	11	5	56
Písemná (n=34)	6	16	3	9	4	12	21	62
P-hodnota:	0,609		rozhodnutí o H ₀ :			nezamítáme		

Za přehlednou považuje dokumentaci 56 % sester, na jejichž pracovišti se používá elektronická dokumentace, a 62 % sester, na jejichž pracovišti se používá písemná dokumentace. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,609, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v hodnocení přehlednosti elektronické a písemné dokumentace. Výzkumná hypotéza H1 nebyla potvrzena. Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu.

Graf 28



Výzkumná hypotéza H2: Sestra stráví více času nad písemnou formou dokumentace než nad elektronickou.

Statistické hypotézy:

H₀: Doba strávená vyplňováním dokumentace u sester nezávisí na typu dokumentace (elektronická, písemná).

H_A: Doba strávená vyplňováním dokumentace u sester závisí na typu dokumentace (elektronická, písemná).

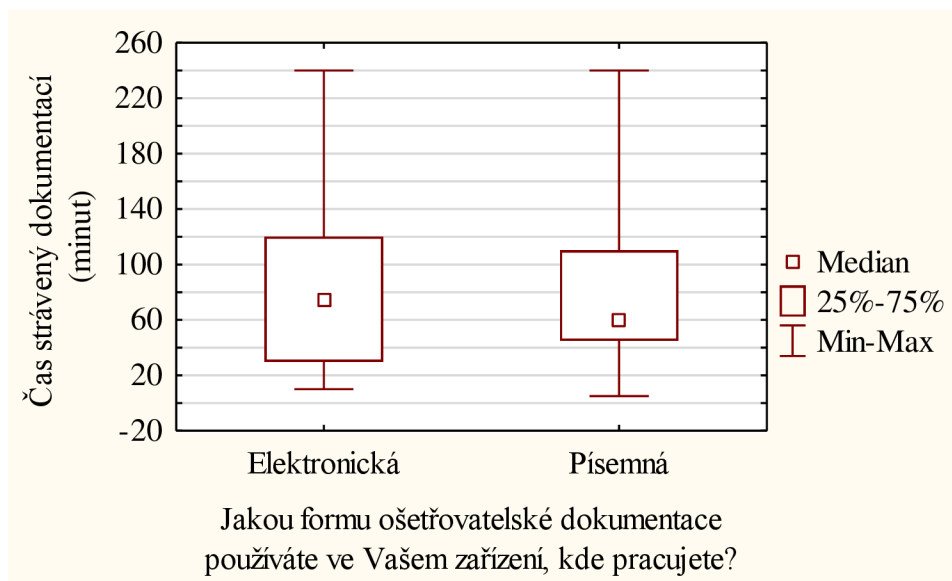
Tabulka 2: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	p-hodnota
Elektronická	79,3	60,2	75,0	0,828 (nezamítáme H ₀)
Písenná	80,2	53,1	60,0	

Průměrná doba strávená vyplňováním dokumentace činila pro sestry, na jejichž pracovišti se používá pouze elektronická dokumentace, 79,3 minut při směrodatné odchylce 60,2 minut a pro sestry, na jejichž pracovišti se používá pouze písemná dokumentace, 80,2 minut při směrodatné odchylce 53,1 minut. Mediánová doba činila pro první skupinu 75 minut a pro druhou skupinu 60 minut. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,828, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza

nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v době strávené vyplňováním dokumentace pro sestry, na jejichž pracovišti se používá pouze elektronická forma, a sestry, na jejichž pracovišti se používá pouze písemná forma. Výzkumná hypotéza H2 nebyla potvrzena. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 29



Výzkumná hypotéza H3: Obavy z používání pouze elektronické formy dokumentace jsou vyšší u sester, na jejichž pracovišti se zatím používá písemná forma.

Statistické hypotézy:

H₀: Obavy z používání pouze elektronické formy dokumentace nezávisí na tom, zda už je na pracovišti elektronická forma používána.

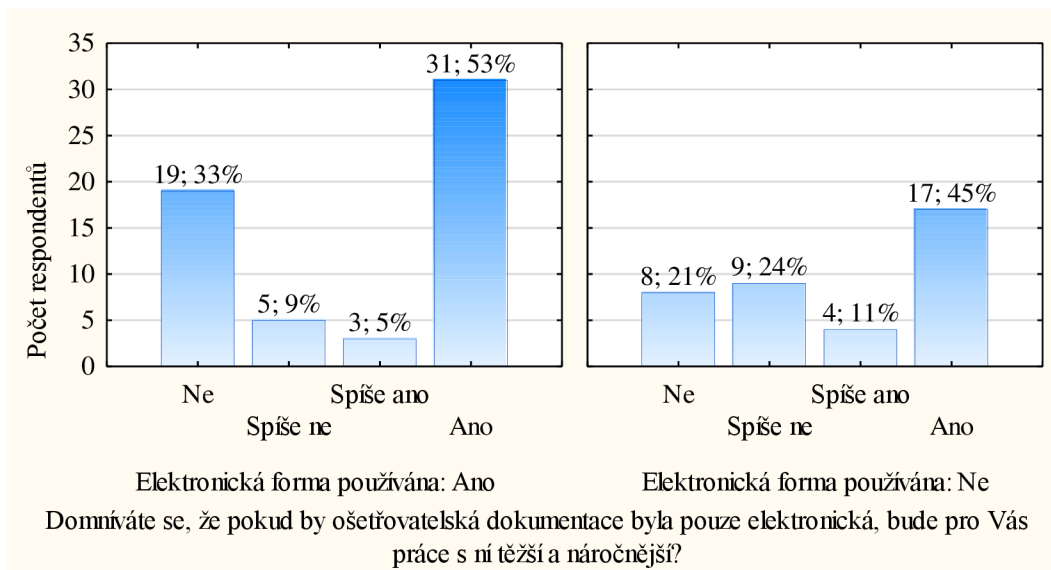
H_A: Obavy z používání pouze elektronické formy dokumentace závisí na tom, zda už je na pracovišti elektronická forma používána.

Tabulka 3: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a tabulka četností

Elektronická	ne		spíše ne		spíše ano		ano	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ano (n=58)	19	33	5	9	3	5	31	53
Ne (n=38)	8	21	9	24	4	11	17	45
P-hodnota:	0,061		rozhodnutí o H ₀ :			nezamítáme		

Obavy z elektronické dokumentace uvedlo 53 % sester, na jejichž pracovišti se tato forma dokumentace už používá, a 45 % sester, na jejichž pracovišti se tato forma dokumentace zatím nepoužívá. Naopak se elektronické formy dokumentace neobává 33 % sester, na jejichž pracovišti se tato forma dokumentace už používá, a 21 % sester, na jejichž pracovišti se tato forma dokumentace zatím nepoužívá. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,061, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost míry obav z elektronické formy dokumentace na tom, zda se již tato forma dokumentace na pracovišti používá. Výzkumná hypotéza H3 nebyla potvrzena. Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu.

Graf 30



4.3 Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizace dat

Následující část se věnuje výsledkům kvalitativní části výzkumu, která byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Východiskem jsou zde veškeré informace, které byly získány pomocí rozhovorů se sestrami. Sestrám z různých standardních oddělení, které poskytují ošetrovatelskou péči, tudíž pracují s ošetrovatelskou dokumentací, byly položeny různorodé, předem připravené otázky (*Příloha č. 2*), které se týkají právě ošetrovatelské dokumentace.

Na základě otázek, které byly sestrami kladeny, bylo vytvořeno sedm kategorií:

1. postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentaci
2. smysl ošetrovatelské dokumentace
3. forma a spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací
4. pohled na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci
5. čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací
6. výhody elektronické formy ošetrovatelské dokumentace
7. návrhy na změny v ošetrovatelské dokumentaci

Každé sestře bylo přiděleno číslo 1–8 a písmeno S (jako sestra).

Tabulka 4: Věk, vzdělání a délka praxe dotazovaných sester

Sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
S1	25 let	Mgr.	2 roky
S2	48 let	SŠ(+specializace)	20 let
S3	38 let	SŠ (+specializace)	3,5 roku
S4	28 let	Bc.	3 roky
S5	25 let	Mgr.	6 let
S6	26 let	Bc.	3 roky
S7	28 let	Mgr.	1 rok
S8	34 let	Bc.	12 let

4.3.1 První kategorie – postoj sester k vedení ošetrovatelské dokumentace

Úplně na začátku nás zajímalo, jak se vůbec sestry k ošetrovatelské dokumentaci staví. Ptaly jsme se, co si představí pod pojmem ošetrovatelská dokumentace, jaký k ní mají vztah, postoj a jak moc je pro ně důležitá. Téměř všechny sestry shledávají ošetrovatelskou dokumentaci jako důležitý nástroj pro kontinuální zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Toto stanovisko sdílí sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S7. Sestra S1 formulovala odpověď následovně: *„Ošetrovatelská dokumentace slouží určitě k zlepšení celkové péče o pacienta, zaznamenává o něm veškeré důležité informace, které lze dále využít při péči o něj. Je často ovšem také příčinou chyb a neshod, kdy by měla následně sestru „kryt“, a pokud je vedena správně, můžeme se o ni „opřít“ v případě, kdy vznikne problém.“* Další tři sestry S2, S3 a S4 se ve své odpovědi v podstatě shodují. V ošetrovatelské dokumentaci vidí sice možnou administrativní zátěž, avšak bez její informativní funkce nelze poskytovat ošetrovatelskou péči. Jak uvádí sestra S2: *„Ošetrovatelská dokumentace je spousta na první pohled zbytečných papírů, avšak pokud je vedena kvalitně, objektivně a je aktuální, slouží jako nástroj pro zlepšování kvality ošetrovatelské péče.“* Sestra S3 říká: *„Domnívám se, že ošetrovatelská dokumentace svým informativním charakterem může určitě zkvalitnit ošetrovatelskou péči, avšak pouze pokud jsou data pravdivá a poctivě zaznamenávána.“* Sestra S5 uvádí: *„Představím si spoustu papírů, které jsou důležité jak pro sestru, lékaře, tak i pacienta. Takže za mě jde určitě o prostředek ke zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Je důležitá pro sestru, která s ošetrovatelskou dokumentací pracuje nejvíce a zaznamenává všechny nově zjištěné údaje o pacientovi. Během hospitalizace v ní může sledovat, jak se vyvíjí pacientův stav z ošetrovatelského hlediska“.* Poslední dvě sestry S6 a S8 mají na ošetrovatelskou dokumentaci spíše negativní názor. Jak uvádí sestra S6: *„Spíše si pod ošetrovatelskou dokumentací představuji nepotřebnou administrativní zátěž, která určitě nemůže vést k jakémukoliv zlepšení kvality ošetrovatelské péče“.* Poslední sestra S8 uvádí: *„Ošetrovatelská dokumentace je nesmírně důležitá věc pro zaznamenávání procesu okolo pacienta. Nicméně se na ní lpi přehnaně. Audit se řídí jen čistě dokumentací a mnohdy je důležitější než lidskost sestry a její přímý kontakt s pacientem. Myslím, že jde jednoduše pouze o nástroj práce sestry než o zajištění kvalitnější péče.“* Z výpovědí sester je zřejmé, že téměř všechny vidí přes některé drobnější nedostatky ošetrovatelskou dokumentaci

jako nezbytnou součást pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Téměř nikdo ji nevnímá jako přehnanou administrativní zátěž, což je celkem zajímavé a pozitivní zjištění.

4.3.2 Druhá kategorie – smysl ošetrovatelské dokumentace

V další kategorii jsme se zabíraly, jaké místo má ošetrovatelská dokumentace v ošetrovatelské péči a jaký hlavní účel plní nejen pro sestry, ale i pro pacienty, o nichž celá ošetrovatelská dokumentace je. Úplně všechny sestry, tj. S1–S8, se shodují na informativním charakteru ošetrovatelské dokumentace. Hlavním účelem ošetrovatelské dokumentace je pro ně zaznamenávání veškerých informací o pacientovi a sestry práci tak, aby věděly, jak poskytovat odpovídající ošetrovatelskou péči. Jak říká např. sestra S3: *„Nedovedu si představit dávat ošetrovatelskou péči s absencí ošetrovatelské dokumentace, veškeré důležité informace potřebné pro práci s pacientem jsou právě v ošetrovatelské dokumentaci.“* Dále sestra S5: *„Bez ošetrovatelské dokumentace by to úplně nefungovalo, ošetrovatelskou dokumentaci vidím jako takový návod pro sestru, který zajišťuje veškeré informace o pacientovi.“* Nebo sestra S8: *„Pro mne má ošetrovatelská dokumentace důležitou roli, pro zjištění a zaznamenání informací o pacientovi a úkonech, myslím, že jsou zde postupně a přehledně vedeny veškeré důležité informace pro poskytování ošetrovatelské péče.“* Názory sester se začaly lišit především v pohledu na nutnost a záměr ošetrovatelské dokumentace pro pacienta a sestru. Překvapením bylo, že většina sester vidí smysl ošetrovatelské dokumentace především v tzv. „krytí“. Celkem 5 sester uvedlo, že dokumentace je vlastně vyplňována jen kvůli nutnosti a potřebě mít nějaký podklad, kdyby se náhodou něco stalo, aby byly kryté. Na tomto tvrzení se shodují sestry S1, S3, S4, S7, S8. Jak uvádí např. sestra S3: *„Ošetrovatelská dokumentace má pro mě, jako pro sestru, význam především v případném krytí, kdyby se náhodou něco stalo – co je zapsané, je udělané a to je důležité.“* Nebo sestra S4: *„Vzhledem k tomu, že mi přijde, že čím dál více přibývá stížností ze strany rodiny pacientů, ošetrovatelská dokumentace pro mě slouží jako krytí, že jsem udělala to, co jsem udělat měla.“* A dále sestra S8: *„V našem povolání je důležité mít možnost si „krytí“ žádat, což má právě ošetrovatelská dokumentace zajistit.“* Pouze sestry S2, S5 a S6 vidí v ošetrovatelské dokumentaci trochu hlubší význam a účel pro ně samotné. Sestra S2 říká: *„Ošetrovatelská dokumentace*

zajišťuje sestřím profesionalitu a podporu procesu péče o jednotlivce.“ Sestra S5: *„Ošetrovatelská dokumentace nám zjednodušuje a zkvalitňuje péči o pacienta, neboť v ní máme veškeré informace a poznatky k tomu, jak s pacientem pracovat.*“ Nebo sestra S6: *„Ošetrovatelská dokumentace znamená přehlednou, kontinuální a srozumitelnou ošetrovatelskou péči díky veškerým informacím v ní obsažených.*“ V přínosu a účelu ošetrovatelské dokumentace pro pacienta byly sestry celkem jednotné. Většina sester uvádí lepší komunikaci mezi personálem a pacientem, dále individuální přístup a v neposlední řadě zlepšení kvality ošetrovatelské péče. Na těchto tvrzeních se shodují sestry S1, S4, S5, S6 a S7. Sestra S4 například uvádí: *„Ke každému pacientovi bychom měli přistupovat individuálně a poskytnout mu adekvátní ošetrovatelskou péči a to lze pouze při vedení ošetrovatelské dokumentace.*“ Dále sestra S5: *Ošetrovatelská dokumentace slouží jako nástroj komunikace, díky kterému lze opět ošetrovatelskou péči individualizovat a zajistit její nejvyšší možnou kvalitu.*“ A sestra S7 uvádí: *„Kvalitní ošetrovatelskou péči lze zajistit, pouze pokud je o všem záznam, že bylo provedeno a pacient se zpětně může tázat, co se s ním dělo.*“ Dvě sestry S2 a S3 v ošetrovatelské dokumentaci nenachází absolutně žádný účel pro pacienty, ale vidí důležitost výhradně jen pro sestry. Jak uvádí sestra S2: *„Jediné k čemu může být pacientovi ošetrovatelská dokumentace je jeho stížnost,*“ nebo sestra S3: *„Nevidím žádný důvod, proč by pacient potřeboval svou ošetrovatelskou dokumentaci, myslím, že jde pouze o sesterskou aktuální potřebu zaznamenat vše, co udělala.*“ Sestra S8 sděluje spíše práva pacienta než účel ošetrovatelské dokumentace pro něj samotného. A uvádí: *„Pacient má právo nahlédnout do dokumentace, či si zažádat o její výpis, k ničemu jinému mu ošetrovatelská dokumentace nemůže sloužit.*“

4.3.3 Třetí kategorie – forma a spokojenost s formou ošetrovatelské dokumentace

Následující kategorie se věnuje formě ošetrovatelské dokumentace, se kterou sestry denně pracují. Zajímalo nás, zda jim nejen forma, ale také přehlednost, členění a grafická podoba jejich konkrétní ošetrovatelské dokumentace vyhovuje. Tři ze sester S1, S5 a S6 uvedly na jejich pracovišti používání výhradně papírové formy ošetrovatelské dokumentace, další tři sestry S2, S3 a S8 naopak používají pouze elektronickou a zbylé

dvě S4 a S7 uvádí kombinace obou předešlých. V podstatě všechny sestry uvedly spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou pracují. Přehlednost je uspokojivá a informace, které potřebují o pacientovi vědět, si v ní vždy najdou. Ovšem najdou se i menší nedostatky, které na dokumentaci shledávají. Sestra S1 vypovídá: *„U nás používáme pouze papírovou formu dokumentace, se kterou jsem spokojená. Je přehledná a dobře členěná, jediné, co vnímám jako problém oproti elektronické je častá ztráta či založení listů dokumentace.“* Sestra S5: *„Zatím používáme pouze papírovou a jsem s ní převážně spokojená, nedostatky které na ni shledávám, nemají žádný vliv na kvalitu péče o pacienta.“* Sestra S2 uvádí: *„U nás používáme pouze elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace a naprosto mi to vyhovuje, dokumentace je přehledná, údaje jsou aktuální a práce s programem je jednoduchá.“* Nebo sestra S3: *„Aktuálně pracuji pouze s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací a nemohu si to vynachválit, je naprosto přehledná, čitelná a určitě mnohem více praktická než ta papírová.“* I sestra S8 je s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací spokojená: *„Po zkušenosti s používáním elektronické ošetrovatelské dokumentace bych ji určitě doporučila všem, kteří by měli možnost výběru. Je naprosto přehledná, jednoduchá, čitelná a informace o pacientovi jsou nejen aktuální, ale i utříděné a srozumitelné.“* Sestry, které používají kombinaci papírové a elektronické ošetrovatelské dokumentace, mají takovýto názor: Sestra S4: *„U nás používáme jak papírovou, tak elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci a to mi zcela vyhovuje. Dokumentace je pro mě přehledná, věcná a srozumitelná, jediné, co mi vadí, je neustálé tištění papírů, které zbytečně ničí životní prostředí.“* Sestra S7: *„Líbí se mi, že používáme kombinaci papírové a tištěné verze ošetrovatelské dokumentace, stále mám v ruce něco hmatatelného, na co jsem zvyklá, a zároveň se postupně seznamuji s elektronickým záznamem, avšak domnívám se, že určitě do budoucna bude přechod na pouze elektronickou verzi nevyhnutelný.“*

4.3.4 Čtvrtá kategorie – pohled na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci

Vzhledem k tomu, že čas a pokrok nelze zastavit, ve zdravotnické sféře tomu není jinak, proto jsme se v této kategorii snažily zjistit, jak sestry vnímají elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, jaké s ní mají zkušenosti, jaké výhody či nevýhody s sebou přináší a zda by byli pro celkovou elektronizaci ošetrovatelské dokumentace. Přestože

výhradně elektronickou podobu ošetrovatelské dokumentace používají pouze tři z tázaných sester, téměř všechny se k elektronické ošetrovatelské dokumentaci vyjádřily pozitivně, dokonce i ty, které jsou spokojené s papírovou formou, by byly pro postupnou elektronizaci. Pouze sestra S5, která nemá zatím s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací zkušenosti, vidí její zavedení spíše negativně: *„Zatím nemám s elektronickou podobou ošetrovatelské zkušenosti žádné, tudíž nemohu soudit, avšak pokud bych si mohla vybrat, zůstanu pouze u té papírové.“* Všechny ostatní sestry se k této problematice vyjadřují spíše pozitivně. Sestra S1: *„Přestože mé zkušenosti jsou s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací mizivé, určitě bych byla pro její zavedení, přijde mi, že to vůbec není špatné. Určitě je čitelnější a přehlednější, pokud funguje vše tak, jak má.“* Sestra S2 říká: *„Elektronickou dokumentaci používáme u nás již přes 10 let a hodnotím ji velice kladně. V nedávné době jsme byli nuceni jistými okolnostmi přejít na krátký čas k písemné formě a již si to nedovedu představit. Elektronická dokumentace je rychlá, přehledná a ucelená. Jedná se o aktuální souhrn celého ošetrovatelského procesu.“* Dále se vyjadřuje sestra S6 takto: *„Aktuálně jsme ve fázi přechodu z papírové formy právě na elektronickou a musím říci, že přestože se teprve vše učím, přijde mi mnohem přehlednější a jednodušší než ta papírová. Sice mi to trvá déle a má to ještě nějaké nedostatky, ale to je vše o zvyku.“* Sestra S3 uvádí: *„Elektronickou dokumentaci používáme na našem pracovišti již delší dobu a rozhodně ji hodnotím kladně. Určitě dávám přednost elektronické formě, avšak pouze elektronické. Je přehledná, čitelná a data jsou jednotná. Máme přeci 21. století, elektronická ošetrovatelská dokumentace je nutností a přínosem.“* A sestra S7 říká: *„S elektronickou formou nemám velké zkušenosti a stále dávám větší přednost té papírové, neboť jsem na ni zvyklá, avšak můj postoj k postupné elektronizaci je určitě kladný, jde asi o hudbu budoucnosti a asi je to tak správné. Bude se šetřit životní prostředí a na vizity se bude chodit s tabletem. Bude to asi pohodlnější.“* Z těchto zjištění je zřejmé, že postupná elektronizace celé ošetrovatelské dokumentace by sestrám nedělala problém a s největší pravděpodobností by to mohlo být nakonec mnohem efektivnější než ta papírová forma.

4.3.5 Pátá kategorie –pracovní čas strávený ošetrovatelskou dokumentací

Nyní jsme navázaly na předešlou kategorii a snažily jsme se zjistit, kolik času přibližně může sestra věnovat vedení ošetrovatelské dokumentaci oproti péči o pacienta a zda jsou nějaké viditelné rozdíly v času stráveném nad písemnou a elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace. Zajímavé je, že sestry pracující s elektronickou formou dokumentace S2, S3 a S8 uvádějí čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací kratší oproti těm, které pracují s písemnou formou S1, S5 a S6. Sestry S4 a S7, které používají kombinaci jak písemné, tak elektronické ošetrovatelské dokumentace, uvádějí, že čas strávený s pacientem a s ošetrovatelskou dokumentací je v podstatě stejný. Sestra S2 říká: *„Bez ošetrovatelské dokumentace si nedovedu představit, že by bylo přijatelné poskytovat ošetrovatelskou péči. Strávím s ní cca. 30–60 minut. Pacient je vždy na prvním místě, ale řádně vedená dokumentace, která souhlasí se stavem pacienta, je důležitá.“* Dále sestra S3 uvádí: *„Řekla bych, že převážnou část času věnuji pacientům, s dokumentací strávím během směny maximálně 60 minut. Vždy nejprve pacient a až poté dokumentace.“* A sestra S8: *„S elektronickou dokumentací mi přijde, že máme najednou více času na pacienty. Pouze naklikám vše potřebné a mohu se věnovat pacientům. S dokumentací strávím kolem 60 minut za směnu.“* Sestry pracující s papírovou ošetrovatelskou dokumentací uvádějí čas strávený s vedením dokumentace o něco delší. Sestra S1 říká: *„Myslím, že určitě nejde poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez jakéhokoliv záznamu tudíž bez ošetrovatelské dokumentace. Osobně s ní strávím cca. něco přes 2 hodiny. Pořád je to méně času, než který věnuji pacientům, takže to považuji za adekvátní.“* Sestra S5 dále uvádí: *„S vyplňováním ošetrovatelské dokumentace strávím něco okolo 2 hodin a s přímou péčí o pacienta je to určitě více. Ošetrovatelská dokumentace je nepostradatelná pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale vyplňovala bych ji až na konci směny.“* A sestra S6 uvádí: *Časově to přesně neodhadnu, ale tuším, že by to mohlo být něco okolo 2–3 hodin, kdežto péči o pacienta strávím určitě více času. Ošetrovatelské dokumentaci se věnuji vždy až poté, co mám o pečovaného pacienta.“* Poslední dvě sestry vypovídají takto: Sestra S4: *„S ošetrovatelskou dokumentací strávím asi tak 1:1 s přímou péčí o pacienta. Určitě pro mě je prioritou pacient a péče o něj. Nevybrala jsem si práci v kanceláři, ale v nemocnici. Na to stále kladu důraz. Já jsem sestra. Ne sekretářka. Pacient by měl před každou sestrou vítězit nad papíry. Takže pacient, pacient, pacient a minimálně papíry.“* Sestra S7: *„Řekla bych,*

že čas strávený s dokumentací je stejný jako ten, který strávím s péčí o pacienta. Dokumentace je velice důležitá a čas, který jí věnuji, považuji za adekvátní.“ Na základě těchto výpovědí lze říci, že elektronická ošetrovatelská dokumentace nějaký čas, který může být věnován pacientovi, ušetřit skutečně dokáže.

4.3.6 Šestá kategorie – výhody elektronické formy ošetrovatelské dokumentace

Jednu značnou výhodou jsme již zmínily v předešlé kategorii a tou je úspora času, která je právě pro sestry a jejich povolání velice důležitá, neboť zbývající volný čas mohou trávit u pacienta, který jejich péči potřebuje. V této kategorii jsme zjišťovaly další pozitivní stránky a přínosy, které s sebou postupná elektronizace ošetrovatelské dokumentace může nést. V podstatě všechny sestry našly na elektronické ošetrovatelské dokumentaci nějaké pozitivum, přestože s ní nepracují, či pracovat ani nechťejí. Jak uvádí sestra S1: „*Kdykoliv potřebuji zjistit nějaké údaje o pacientovi, vezmu si ošetrovatelskou dokumentaci, do které mohu nahlédnout, informovat se v ní, ujistit se, informovat se o předchozí péči aj. Ošetrovatelská dokumentace je velikým pomocníkem a já jsem přesvědčena, že elektronická dokumentace je především velice dobře čitelná, což je často veliký problém u té písemné; a věřím i ve větší přehlednost a dostupnost.*“ Další výhody sděluje i sestra S2: „*Pokud mohu mluvit konkrétně o naší elektronické dokumentaci, její největší výhoda oproti papírové je zejména v přehlednosti, skvělé členitosti, čitelnosti, ucelenosti a rychlosti při vyhledávání konkrétních údajů.*“ Další pozitiva elektronické ošetrovatelské dokumentace vidí i sestra S4: „*Největší výhodou elektronické ošetrovatelské dokumentace vidím v dostupnosti pro veškerý zdravotnický personál. Poté samozřejmě čitelnost a přehlednost.*“ Zajímavou výhodou zmiňuje sestra S8: „*Velikou výhodou shledávám v evidenci důležitých údajů o pacientovi, kde je možné kdykoliv nahlédnout do historie a zjistit tak potřebné informace. Přeci jen mnohem jednodušeji se podíváme do nějakého programu, než bychom se přehrabovali v haldě papírů. Data jsou strukturovaná a je možné z nich vytvářet i různé statistické výstupy.*“ Pouze jedna jediná sestra S5 v této chvíli nenachází žádné výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace: „*Já osobně jsem zvyklá na papírovou formu ošetrovatelské dokumentace a chtěla bych u ní zůstat. U možné elektronizace vidím spíše negativa než nějaké výhody. Mít fyzicky papír mi přijde prostě bezpečnější a lepší než nějaký systém, který může kdykoliv*

spadnout a v tu chvíli mohou být všechny informace pryč. “Závěrem tedy můžeme říci, že elektronizace ošetrovatelské dokumentace sebou nese spoustu výhod a nejedna sestra by tuto změnu uvítala.

4.3.7 Sedmá kategorie – návrhy na změny v ošetrovatelské dokumentaci

V konečné kategorii jsme se zaměřily konkrétně na obsah ošetrovatelské dokumentace. Zajímalo nás, zda podle sester obsahuje ošetrovatelská dokumentace veškerá důležitá data, či zda jim některé pro ně podstatné informace v dokumentaci chybí. Sestra S1 říká: *„V naší dokumentaci nepostrádám naprosto žádná data, všechny důležité informace o pacientovi, které ke své práci potřebuji vědět, mám k dispozici. Naopak nacházím záznamy, které se zbytečně opakují (např. invazivní vstupy). Zlepšení je tedy možné v odstranění těchto duplicitních záznamů, některým částem by naopak bylo dobré věnovat více prostoru. Pokud mluvíme o zlepšení kvality péče, mělo by se udělat opravdu to, co se zapíše do ošetrovatelské dokumentace.“* Sestra S2 dále uvádí: *„S dokumentací, jak je momentálně nastavena, jsem spokojená a žádné chybějící ani přebytné informace nenacházím. V rámci zlepšení ošetrovatelské dokumentace bych se obecně zaměřila na jednotnou podobu dokumentace ve všech zařízeních s ohledem na specifika pracovišť.“* Sestra S4 vidí sjednocení ošetrovatelské dokumentace jako změnu, která by vedla ke zlepšení: *„Na našem pracovišti bych dokumentaci nijak neměnila, ale možná sjednotit dokumentaci v celé ČR? Dále je důležité, aby data o pacientovi byla v ošetrovatelské dokumentaci aktuální, jedině tak lze zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči.“* Další výpověď na návrh určitých změn nám poskytla sestra S6: *„Momentálně mě nenapadají žádné informace, které mi v ošetrovatelské dokumentaci buď přebývají či chybí. Určitě bych odstranila duplicitu některých záznamů a především je důležité mít dokumentaci rychlou a věcnou. Vyplňovat jen nezbytně důležité věci okolo pacienta. Nezdržovat se informacemi, které jsou druhořadé a zbytečně neztrácet čas vyplňováním, ale mít možnost se věnovat pacientovi i fyzicky.“* Ze všech dostupných výpovědí je zřetelné, že sestry by nijak výrazně jejich stávající ošetrovatelskou dokumentaci neměnily.

5 DISKUZE

Ošetrovatelská dokumentace je naprosto nezbytnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Pomocí ní je zaznamenáván ošetrovatelský proces, který slouží k uspokojování individuálních potřeb pacientů. Výzkumné šetření této práce bylo zaměřeno především na celkový postoj sester k ošetrovatelské dokumentaci a na porovnání elektronické a papírové formy této dokumentace.

Celkem 35 % respondentů má subjektivní pocit, že ošetrovatelská dokumentace je pouze administrativní zátěží a zabírá mnoho času, který by raději věnovali přímé ošetrovatelské péči. Jak ale uvádí Šochmanová (2018), vedení ošetrovatelské dokumentace sice často ubírá sestrám velké množství času, který by mohly věnovat péči o pacienty, avšak je nutné dosáhnout určité rovnováhy; na administrativu se nemůže nahlížet pouze jako na nutné zlo. Cílem dnešní ošetrovatelské dokumentace je především eliminace zdvojení určité administrativní činnosti a doplnění pracovního týmu zaměstnancem, kterému by byla právě administrativní složka svěřena (Šochmanová, 2018).

Na druhou stranu 65 % respondentů, což dle našeho názoru není málo, vidí v ošetrovatelské dokumentaci určitou důležitost. Nejčastěji uvádějí, že ošetrovatelskou dokumentaci považují za nezbytnou a nepostradatelnou součást ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská dokumentace má dále přispívat ke kvalitní či kontinuální ošetrovatelské péči. Je to ve shodě s tím, co uvádí Mičudová (2006), totiž že kvalitní ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovatelského procesu. Jedná se o hlavní zdroj informací o veškerých potřebách pacientů a o cílech, kterých chceme pomocí ošetrovatelské péče dosáhnout. Pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče slouží právě kvalitní vedení a zpracování ošetrovatelské dokumentace (Mičudová, 2006).

Cílem bylo zjistit, jaký postoj sestry obecně k ošetrovatelské dokumentaci zaujímají. Z výsledků výzkumu vyplývá, že větší část respondentů zaujímá k ošetrovatelské dokumentaci pozitivní postoj, zatímco menší část respondentů shledává i některá negativa (viz Graf 6, str. 44).

Výzkum, který byl realizován v rámci této diplomové práce, ukazuje, že naprostá většina respondentů (83 %) považuje ošetrovatelskou dokumentaci za užitečnou (viz Graf 13, str. 48). Toto tvrzení je podloženo ještě Grafem 10 na str. 46, kde můžeme vidět, že 75 % respondentů vidí ve vedení ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovatelskou péči

jako takovou neodmyslitelný přínos. Stejně jak uvádí Pokorná (2017), hlavním účelem ošetrovatelské dokumentace nemá být prodloužení času, který sestra stráví administrativní prací, ale právě naopak má ošetrovatelskou péči usnadnit a umožnit sestřám zaměřit se na hlavní problémy pacientů a zároveň je rychle a účelně řešit (Pokorná, 2017).

Drtivá většina respondentů, tj. 84 %, vidí v ošetrovatelské dokumentaci přínos nejen pro sestry, ale i pro pacienty. To můžeme dobře vidět v Grafu 11 (str. 47) a Grafu 12 (str. 48), které zachycují názory respondentů na prospěšnost ošetrovatelské dokumentace pro pacienta, respektive pro sestru. Petržilková (2012) shledává vedle administrativního účelu jako hlavní smysl ošetrovatelské dokumentace účel klinický, kdy má dokumentace poskytovat aktuální přehled o postupném vývoji zdravotního stavu pacienta a zároveň jsou zde zapsány jak pozitivní, tak negativní reakce pacienta na konkrétní léčbu a ošetrování (Petržilková, 2012).

Jak jsme již zmiňovaly, ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Může mít několik podob a forem: písemnou, elektronickou, grafickou, či jejich kombinaci (Policar, 2010). Jedním z cílů naší diplomové práce bylo porovnat právě písemnou ošetrovatelskou dokumentaci s dokumentací elektronickou. Snažily jsme se především vyhodnotit časovou náročnost každé z těchto forem a jejich možné výhody a nevýhody. Na Grafu 8 na str. 45 můžeme vidět, že téměř polovina respondentů (48 %) při své práci používá kombinaci písemné a elektronické dokumentace. Dále 39 % respondentů používá výhradně písemnou formu a 13 % pracuje pouze s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace. Je tedy zřejmé, že postupná elektronizace je ve zdravotnictví na vzestupu, avšak velice pomalým tempem oproti jiným odvětvím.

Peterová (2021) informuje o schváleném zákonu o elektronizaci zdravotnictví. Cílem je nastavit základní pravidla a celou architekturu postupné elektronizace českého zdravotnictví. Základním principem má být decentralizace veškerých dat již existujících institucí, nástrojů a procesů (Peterová, 2021). Z tohoto tvrzení je možné se domnívat, že postupná elektronizace se nevyhne právě ani ošetrovatelské dokumentaci. Jak je také vidět v Grafu 15 na str. 49, více než polovina respondentů (66 %) již má nějakou praxi s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace, přičemž 50 % s ní bylo spokojeno. Dle eHealth (2012) je možné podle aktuální české legislativy vést zdravotnickou

dokumentaci výhradně v elektronické podobě, která má – jak vyplývá i z některých poznatků, shrnutých v této práci – celou řadu výhod oproti papírové formě dokumentace. Nejenže má menší prostorové a organizační nároky, ale i nižší spotřebu materiálu. Kromě toho jsou zde i další aspekty, které poukazují na výhodnost elektronické formy jak pro personál, tak především pro pacienta. To vše samozřejmě za dodržení bezpečnostních a legislativních podmínek (eHealth, 2012).

Jak můžeme vidět v Grafu 16 na str. 50, nadpoloviční většina respondentů (53 %), kteří již mají za sebou nějakou interakci s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace a zároveň s ní pracují, ji považuje za velice přehlednou, což koreluje s tvrzením Dingové Šlikové et al. (2018), která uvádí, že veškeré kroky ošetrovatelského procesu musí být zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace, která ovšem musí být pro tento účel zpracována jednoduchým, přínosným a hlavně přehledným způsobem (Dingová Šliková et al., 2018). Téměř stejné procento respondentů (Graf 17 na str. 51) považuje elektronický záznam ošetrovatelské dokumentace za jednodušší, spolehlivější a bezpečnější.

Jak uvádí Policar (2010), cílem elektronického zdravotnictví je dosažení stálého hospodářského a sociálního přínosu, a především vysoké úrovně nejen důvěry, ale zejména bezpečnosti. Jednoduše řečeno, hlavním cílem postupné elektronizace je bezpečná a kvalitní zdravotní péče (Policar, 2010). Problém nastává při konkrétní implementaci ošetrovatelské dokumentace do praxe, kdy z našeho výzkumu dle Grafu 27 na str. 58 vyplývá, že téměř polovině respondentů (49 %) připadá práce s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace těžší a náročnější. Nabízí se tedy otázka, zda by postupná elektronizace ošetrovatelskou péči spíše nezhoršila, protože pokud by sestry musely vynaložit vysoké úsilí, a tudíž mnoho času tomu, aby dokázaly s elektronickou formou pracovat, logicky by jim nezbyval dostatek času na přímou ošetrovatelskou péči. Toto tvrzení však vyvrací Pátková (2007), když v rámci vlastního pozorování mezi sestrami, které s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace běžně pracují, zjistila, že počáteční obavy sester z práce s novým softwarovým systémem rychle pominuly, a naopak se jim elektronická dokumentace stala velkým přínosem, zejména pokud jde o úsporu času, který pak mohly věnovat samotné ošetrovatelské péči (Pátková, 2007). Předpokládáme tedy, že pro dnešní mladou generaci by to opravdu problém nebyl,

ba naopak, a můžeme jen doufat, že i starší ročníky by práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací nakonec uvítaly.

Zajímavým zjištěním je, že většina, tj. 70 %, respondentů je spokojena s aktuální ošetrovatelskou dokumentací, se kterou nyní pracují – ať už jde o formu písemnou, elektronickou či kombinaci obou, respondenti k ní nemají žádné větší výhrady (Graf 9 na str. 46). Toto zjištění nám připadá pozoruhodné v souvislosti s tím, že je v dnešní době ošetrovatelská dokumentace velice diskutovaným tématem, hlavně kvůli nespokojenosti sester, které s ní pracují a považují ji za značnou administrativní zátěž. Můžeme se domnívat, že byl tento problém z nějaké části vyřešen novou vyhláškou z roku 2018. Jak vyplývá ze zjištění Koubové (2018), tato vyhláška výrazně redukuje byrokratickou zátěž, na druhou stranu se však objevují obavy z absence jasných a přesných pravidel, podle kterých by měla být ošetrovatelská dokumentace vedena. V praxi by tak měla být zvolena zlatá střední cesta, jelikož je díky této vyhlášce ponechána managementu nemocnic volná ruka v nastavení dokumentace na míru konkrétnímu zdravotnickému zařízení. Ministerstvo zdravotnictví definuje obsah prostřednictvím metodického pokynu, avšak už nejsou striktně stanoveny jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu (Koubová, 2018).

Hypotézy diplomové práce byly zaměřeny na porovnání elektronické formy ošetrovatelské dokumentace s formou písemnou.

První hypotéza měla zjistit, zda je elektronická forma ošetrovatelské dokumentace přehlednější než písemná. V Grafu 28 na str. 60 můžeme vidět, že tuto hypotézu jsme potvrdit nemohly. U obou forem ošetrovatelské dokumentace uvádí více než polovina respondentů, že jim jejich konkrétní ošetrovatelská dokumentace vyhovuje a shledávají ji dostatečně přehlednou a srozumitelnou. Toto je celkem zajímavé zjištění, protože právě úspora času a přehlednost mají být největším přínosem postupné elektronizace. Jak uvádí Pěkná (2010), vyhledávání v elektronické dokumentaci je nejen velice rychlé, ale i snadné. Právě díky přehlednému shromažďování záznamů a možnosti vyhledávání veškerých informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu může být efektivněji poskytována konkrétní léčba (Pěkná, 2010).

Dalším pozoruhodným výsledkem bylo nepotvrzení druhé hypotézy, kdy jsme se domnívaly, že sestry stráví více času s písemným záznamem ošetrovatelské dokumentace

oproti tomu elektronickému. Jak můžeme vidět v Grafu 29 na str. 61, sestry, které pracují s elektronickou dokumentací, stráví průměrně 79 minut jejím vedením, zatímco 80 minut je to průměrně u sester, které používají při práci písemnou dokumentaci. Výsledky jsou tedy prakticky rovnocenné. Je ovšem otázkou, jaké jsou přesné příčiny tohoto zjištění – zdali toto není ovlivněno subjektivní efektivitou práce sester, kdy jedna konkrétní sestra věnuje ošetrovatelské dokumentaci vždy určitý čas a je jedno, jestli k tomu používá softwarový program nebo tužku a papír. Tato oblast tedy otevírá další otázky, které by si zasluhovaly hlubší výzkumy.

Výzkumné otázky práce byly zaměřeny více obecně na konkrétní ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou sestry pracují, avšak i téma elektronické ošetrovatelské dokumentace se v jejich rámci řešilo.

Z poskytnutých odpovědí lze dojít k závěru, že většina sester je aktuálně spokojena s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou běžně při své směně pra

cují. Část z nich pracuje s papírovou formou, část s elektronickou a našly se i takové, které používají kombinaci obou. Přestože některé sestry nemají s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací žádné zkušenosti, téměř všechny našly na jejím používání určitá pozitiva a přínos pro ošetrovatelskou péči.

První kategorizační skupina zahrnovala poznatky o postoji sester k ošetrovatelské dokumentaci. Téměř všechny sestry shledávají ošetrovatelskou dokumentaci jako důležitý nástroj pro kontinuální zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Z výpovědí sester je zřejmé, že téměř všechny vidí – přes některé drobnější nedostatky – ošetrovatelskou dokumentaci jako nezbytnou součást práce pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Téměř nikdo ji nevnímá jako přehnanou administrativní zátěž, což je celkem zajímavé a pozitivní zjištění.

Vzhledem k tomu, že čas a pokrok nelze zastavit, ve zdravotnické sféře tomu není jinak. V další kategorizační skupině jsme se snažily zjistit, jak sestry vnímají elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, jaké s ní mají zkušenosti, jaké výhody či nevýhody s sebou tato forma přináší a zda by byly pro celkovou elektronizaci ošetrovatelské dokumentace. Přestože výhradně elektronickou podobu ošetrovatelské dokumentace používají pouze tři z tázaných sester, téměř všechny se k elektronické

ošetřovatelské dokumentaci vyjádřily pozitivně. Dokonce i ty, které jsou spokojené s papírovou formou, by byly pro postupnou elektronizaci. Pouze jedna sestra, která zatím nemá s elektronickou ošetřovatelskou dokumentací zkušenosti, vidí její zavedení spíše negativně. Z těchto zjištění je zřejmé, že postupná elektronizace celé ošetřovatelské dokumentace by sestřám nedělala problém a s největší pravděpodobností by to mohlo nakonec přispět ke zvýšení efektivity práce s ošetřovatelskou dokumentací oproti formě papírové, a tím i ke zvýšení kvality ošetřovatelské péče. Sestry by v tomto ohledu měly získávat čím dál více poznatků a být otevřené postupné elektronizaci, která s sebou přináší celou řadu změn, z nichž většina by měla být pozitivních.

Naše práce otvírá prostor pro další výzkumnou činnost, která by měla směřovat ke zjištění, jak moc dokáže elektronická ošetřovatelská dokumentace posunout nejen ošetřovatelství, ale celkově zdravotnictví kupředu.

6 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce se věnovala administrativní zátěži sester, s níž je spojena především ošetrovatelská dokumentace. V práci byly stanoveny tři základní cíle. K naplnění cílů jsme zvolily kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření.

Prvním cílem bylo zmapovat celkový postoj sester k aktuální ošetrovatelské dokumentaci, druhým zjistit, kolik času jim zabere vedení papírové ošetrovatelské dokumentace oproti té elektronické, a posledním cílem bylo zjistit možné výhody elektronické podoby tohoto záznamu.

Kvantitativní část výzkumného šetření byla realizována pomocí dotazníkového šetření, kdy byl použit nestandardizovaný dotazník. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny tři hypotézy: *H1: Elektronická ošetrovatelská dokumentace je přehlednější než písemná, H2: Sestra stráví více času nad písemnou formou dokumentace než nad elektronickou a H3: Sestry mají větší obavy z práce s elektronickou formou dokumentace než s písemnou.* Na základě stanovených výsledků, které jsme získaly z dotazníkového šetření, jsme ani jednu ze stanovených hypotéz nemohly potvrdit.

Pro kvalitativní část této diplomové práce, která byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na standardních odděleních, byly stanoveny tři výzkumné otázky: *V1: Kolik času stráví sestra vedením písemné a elektronické dokumentace? V2: Jaká je spokojenost sester s ošetrovatelskou dokumentací na jejich pracovišti? V3: Co by sestry v ošetrovatelské dokumentaci změnilly?* Z poskytnutých odpovědí můžeme usoudit, že sestry jsou aktuálně s dokumentací, se kterou pracují, víceméně spokojeny. Zajímavé zjištění je, že všechny sestry se k postupné elektronizaci ošetrovatelské dokumentace staví kladně a v zásadě by nebyly proti. Sestry pracující právě s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace uvádějí čas strávený s jejím vedením o něco kratší než ty, které používají výhradně papírovou formu. Můžeme se tedy domnívat, že zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace by přispělo k efektivnější, a tím pádem kvalitnější ošetrovatelské péči. Co se týče změn v ošetrovatelské dokumentaci, z výpovědí je zřejmé, že momentálně by sestry nijak zvlášť jejich aktuální ošetrovatelskou dokumentaci neměnily. Jediné, co stojí za pozastavení, je názor více sester, které zmiňují sjednocení ošetrovatelské dokumentace ve všech zdravotnických zařízeních.

V dnešní době je postupná elektronizace ve všech odvětvích na velkém vzestupu. Denně se všude okolo nás stále častěji setkáváme s různými moderními technologiemi, které nám mají usnadňovat nejen práci, ale i běžné každodenní činnosti. Ve zdravotnictví tomu není pochopitelně jinak. Možná je zde pokrok o něco pomalejší než v jiných sférách, avšak každá změna může přinést určitě zlepšení a zkvalitnění tohoto odvětví. V našem výzkumném šetření se našlo poměrně hodně sester, které již běžně při své práci používají elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace. Některé používají kombinaci elektronické a papírové, kde elektronicky jsou zaznamenávány pouze určité informace a větší část je vedena stále ve formě papírové. Pozitivní je, že ani většina těch sester, které pracují výhradně s papírovou podobou, by nebyla zásadně proti přechodu na elektronický záznam. Můžeme se tedy domnívat a zároveň doufat, že se elektronická ošetrovatelská dokumentace začne používat v čím dál více zdravotnických zařízeních, přičemž bude sestrami přijata na takové úrovni, aby se dosáhlo požadovaného výsledku, čímž má být kvalitnější, efektivnější, ucelenější a přehlednější ošetrovatelská péče.

Výzkumné šetření této práce rozvíjí prostor a může sloužit pro další výzkumy, které by mohly navázat právě zaměřením na elektronizaci ošetrovatelské dokumentace a s ní spojené zkvalitnění péče, ale především zefektivnění celého ošetrovatelství, ale i zdravotnictví jakožto ucelené sféry.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BALLANTYNE, H., 2016. *Developing nursing care plans. Nursing Standard.* London. 30(26), 51-57. DOI:10.7748/ns.30.26.51.s48.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství.* Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel.* Praha: GradaPublishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
5. BURTON, M. A., MAY LUDWIG, L. J., 2014. *Fundamentals of Nursing Care: Concepts, Connections & Skills.* Philadelphia: F. A. Davis Company. 992 p. ISBN 978-0-8036-3974-4.
6. BURTON, M. A., SMITH, D., 2019. *Study Guide for Fundamentals of Nursing Care.* Philadelphia: F. A. Davis Company. 336 p. ISBN 978-0-8036-6907-9.
7. BLAIR, W., SMITH, B., 2012. *Nursing documentation: Frameworks and barriers.* Great Britain: Contemporary Nurse. 41(2), 160-168.
doi:10.5172/conu.2012.41.2.160.
8. CAPRIOTTI, T., 2019. *Documentsmart: the A-to-Z guide to better nursing documentation.* Philadelphia: WoltersKluwer. 512 p. ISBN 978-1-97-512073-3.
9. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví.* Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-2463-809-6.
10. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. *Vedení ošetrovatelské dokumentace.* www.cna.cz/ [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>.
11. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky.* Praha: GradaPublishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
12. DIAMOND, M., 2006. *Mastering Medical Coding.* Saunders. 560 p. ISBN 978-14-160-2395-1.

13. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
14. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F., Alice C. MURR, A., C., BLIGH, D., 2016. *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F. A. Davis Company. 1152 p. ISBN 978-0-8036-4474-8.
15. eHealth, 2012. *Jak na internet*. [online]. [cit. 2021-05-07]. Dostupné z: <https://www.jaknainternet.cz/page/3636/ehealth/>.
16. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
17. GARKISCH, D., 2020. „Dáma s lampičkou“ změnila celé lékařství. Je symbolem sestry. Praha: Naše zdravotnictví. [online]. [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/dama-s-lampickou-zmenila-cele-lekarstvi-je-sybolem-sester>.
18. GONCALVES, L. S., FIALEK S. DE A., CASTRO, T. C., WOLFF, L. D., 2016. *Nurses' experiences with the use of information technology in primary health care: an exploratory research*. Universidade Federal do Paraná. 21(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43243>
19. GULANICK, M., MYERS, L. J., 2016. *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. Mosby. 1008 p. ISBN 978-03-234-2818-7.
20. GUNNINGBERG, L., EHRENBERG, A., 2004. *Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination*. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing. 31(6). 328-335. doi:10.1097/00152192-200411000-00004.
21. HANNAH, K., HUSSEY, P., KENNEDY, M. A., BALL, M. J., 2014. *Introduction to Nursing Informatics*. United Kingdom: Springer London Ltd. 452 p. ISBN 978-1-4471-2998-1.
22. HARIYATI, R. T. S., YANI, A., ERYANDO, T., HASIBUAN, Z., MILANTI, A., 2016. *The Effectiveness and Efficiency of Nursing Care Documentation Using the SIMPRO Model*. Wiley-Blackwell: International Journal of Nursing Knowledge. 27(3), 136-142. doi: 10.1111/2047-3095.12086.

23. HAUGEN, N., GALURA S. J., 2019. Ulrich & Canale's Nursing Care Planning Guides Prioritization, Delegation, a Clinical Reasoning. Elsevier - Health Sciences Division. 928 p. ISBN 978-03-235-9542-1.
24. HEIDARIZADEH, K., RASSOULI, M., MANOOCHEHRI, H., TAFRESHI, M. Z., GHORBANPOUR, R. K., 2017. *Nurses' Perception of Challenges in the Use of an Electronic Nursing Documentation System*. Philadelphia: CIN: Computers, Informatics, Nursing. 35(11), 599-605. doi: 10.1097/CIN.0000000000000358.
25. HLAVÁČOVÁ, I., 2018. *Administrativa ve zdravotnictví. Budou mít sestry konečně více času na pacienty?* [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/administrativa-ve-zdravotnictvi-budou-mit-sestry-konecne-vice-casu-na-pacienty/>.
26. JEFFERIES, D., JOHNSON, M., GRIFFITHS, R., 2010. *A meta-study of the essentials of quality nursing documentation*. United Kingdom: International Journal of Nursing Practice. 16(2), 112-124. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x.
27. KOUBOVÁ, M., 2018. *Ošetrovatelská dokumentace ode zdi ke zdi? Odpadá dublování a formality, ne povinnost dokumentovat péči*. Zdravotnický deník [online]. [cit. 2020-07-03]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/osetrovatelska-dokumentace-ode-zdi-ke-zdi-odpada-dublovani-formality-ne-povinnost-dokumentovat-peci/>.
28. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-745-4600-6.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
30. KVAPILOVÁ, B., 2015. *Zdravotnická dokumentace - 4. část: Ošetrovatelská dokumentace*. Zdravotnictví a medicína. 14(5), 20. ISSN 2336-2987.
31. KVAPILOVÁ, Bára., 2015. *Zdravotnická dokumentace – 1. část*. Zdravi.euro.cz [online] [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/zdravotnicka-dokumentace-478114>.
32. KVERJIK, D., BROUS, E. A., 2010. *Law and Ethics for Advanced Practice Nursing*. New York: Springer Publishing. 226 p. ISBN 978-0-8261-1458-7.
33. MACIEIRA, T., SMITH, M., DAVIS, N., YAO, Y., WILKIE, D., LOPEZ, K. D., KEENAN, G., 2017. *Evidence of Progress in*

- Making Nursing Practice Visible Using Standardized Nursing Data: a Systematic Review.* AMIA Annual Symposium Proceedings. 17(17), 1205-1214.
34. MACH, J., BURIÁNEK, A., ZÁLESKÁ, D., MLYNÁŘOVÁ, D., KVAPILOVÁ, I., MÁCA, M., VALÁŠEK, D., 2013. *Univerzita medicínského práva.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
35. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
36. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
37. MCDONALD, L., 2019. *Florence Nightingale: A Reference Guide to Her Life and Works.* Rowman&LittlefieldPublishers. 194 p. ISBN 978-15-381-2505-2.
38. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče.* Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
39. MIČUDOVÁ, E., 2006. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému.* [online]. [cit. 2020-06-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-dokumentace-v-nemocnicnim-informacnim-systemu-278256>
40. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. *Administrativní pracovník uleví lékařům a sestřím od administrativy.* [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/administrativni-pracovnik-ulevi-lekarum-a-sestram-od-administrativy_18185_114_1.html.
41. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost.* Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
42. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada., 296 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
43. OFI, B., SOWUNMI, O., 2012. *Nursing documentation: experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria.* United Kingdom: International Journal of Nursing Practice. 18(4), 354-362. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x.
44. PAANS, W., SERMEUS, W., NIEWEG, R., SCHANS, C., 2010. *Prevalence of accurate nursing documentation in patient records.* John Wiley&Sons:

- Journal of Advanced Nursing. 66(11), 2481-2489. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x
45. PATIRAKI, E., KATSARAGAKIS, S., DRELIOZI, A., PREZERAKOS, P., 2017. *Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece*. New Jersey: International Journal of Nursing Knowledge. 28(2), 88–93. doi:10.1111/2047-3095.12120.
46. PÁTKOVÁ, D., 2007. Elektornická ošetrovatelská dokumentace – úspora času ošetrovatelského personálu. [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/elektronicka-osetrovatelska-dokumentace-uspora-casu-osetrovarels-309068>.
47. PEATE, I., WILD, K., 2018. *Nursing practice: knowledge and care*. New York: Wiley-Blackwell. 984 p. ISBN 978-1-1192-3747-1.
48. PETEROVÁ, B., 2021. *Vláda schválila zákon o elektronizaci zdravotnictví*. [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vlada-schvalila-zakon-o-elektronizaci-zdravotnictvi/>.
49. PETRŽILKOVÁ, A., 2012. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: [https://horazdovice.nemocnicepk.cz/uvod/Koncepce_ošetrovatelství_logo_2018\(1\).pdf](https://horazdovice.nemocnicepk.cz/uvod/Koncepce_ošetrovatelství_logo_2018(1).pdf).
50. PĚKNÁ, J., 2010. *EGovernment: Cesty k elektronickému zdravotnictví*. [online]. [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/egovernment-cesty-k-elektronickemu-zdravotnictvi.aspx>.
51. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
52. POKORNÁ A., 2017. *Zdravotnická dokumentace mýty, bariéry a reálné přínos*.
53. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V., BŮŘILOVÁ, P., KUČEROVÁ, J., MUŽÍK, J., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

54. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
55. POSENAU, A., 2016. *Nursinganamnesis in theory and practice*. *PflegeZeitschrift*. 69(5), 292-294. ISSN 0945-1129.
56. ROUX, G., HALSTEAD, J. A., 2008. *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow*. Jones & Bartlett Learning. 607 p. ISBN 978-07-637-5225-5.
57. SEABACK, W. W., *Nursing Process: Concepts and Application*. Boston: Cengage Learning. 224 p. ISBN 978-11-111-3819-6.
58. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
59. SKOLNIK, N. S., 2011. *Electronic Medical Records: A Practical Guide for Primary Care*. New Jersey: Humana. 168 p. ISBN 978-1-6076-1605-4.
60. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
61. SMALL, H., 2019. *A Brief History of Florence Nightingale: and Her Real Legacy, a Revolution in Public Health*. Robinson; Revised. 256 p. ISBN 978-14-721-4028-9.
62. SNOPEK, P., POPOVIČOVÁ, M., HRINDOVÁ, T., 2017. *Ošetrovatelská dokumentace pohledem sester v Čechách, na Slovensku a na Ukrajině*. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství: XIX. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. s. 126-132. ISBN 978-80-87347-37-9.
63. SNOWDEN, A., DONNELL, A., DUFFY, T., 2010. *Pioneering Theories in Nursing*. London: Mark Allen Publishing. 200 p. ISBN 978-1-8564-2400-4.
64. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., KOŤA, J., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
65. STŘEDA, L., HÁNA, K., 2016. *eHealth a telemedicína*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5764-3.
66. ŠOCHMANOVÁ, M., 2018. *Reakce prezidentky ČAS*. Praha: Česká asociace sester. [online]. [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/docs/akce/reakce.pdf>

67. ŠNAJDROVÁ, L., 2018. *Smrt ošetrovatelské dokumentace?* Ošetrovatelství.info. [online]. [cit. 2020-10-20]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/smrt-osetrovatelske-dokumentace/>
68. ŠPINAR, J., LUDKA, O., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
69. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
70. TINGLE, J., BARK, P., 2013. *Patientsafety, lawpolicy and practice*. New York: Routledge. 265 p. ISBN 978-0-4158-5973-8.
71. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
72. TRIBUNE, 2010. *Parametrická dokumentace – méně papírování*. Praha: Medical Tribune.[online]. [cit. 2021-07-08]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/16183-parametricka-dokumentacemene-papirovani>
73. UHEREK, P., 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada. 184 s. ISBN: 978-80-247-2658-8.
74. Věstník MZ ČR č. 9/2004, 2004. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 7, s. 2-8. ISSN 1211-0868.
75. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace (návod pro praxi)*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
76. VONDRÁČEK, L., KUČKOVÁ, E., 2013. *Ošetrovatelská dokumentace a její současné problémy*. Praha: Florence. 9(11), 43. ISSN 1801-464X.
77. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
78. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2018. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 39, s. 1666-1685HH. ISSN 1211-1244.
79. Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2018. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 71, s. 1770-1776. ISSN 1211-1244.

80. WICHSOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
81. WYATT, L., 2019. *A History of Nursing*. Amberley Publishing. 96 p. ISBN 978-14-456-8151-1.
82. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
83. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, 2017. *Jak si stojí elektronická zdravotnická dokumentace v České republice?*. [online]. [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/jak-si-stoji-elektronicka-zdravotnickadokumentace-v-ceske-republice/>.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Otázky pro řízení rozhovoru se sestrami

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
mohu Vás požádat o zodpovězení následujících otázek, kde Vaše odpovědi budou sloužit jako podklad pro zpracování mé diplomové práce na téma „*Administrativní zátěž sestry*“. Vaše odpovědi zůstanou zcela anonymní. Získané informace budou použity pouze pro potřeby závěrečné diplomové práce, jejímž hlavním cílem je zjistit aktuální postoj sester k řízení ošetrovatelské dokumentace, zjistit kolik času tráví jejím zapisováním a porovnat výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti písemné.
Předem Vám děkuji nejen za váš čas, ale i ochotu.

Bc. Renata Válková

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - Žena
 - Muž

2. Uveďte prosím Váš věk:

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné (Dis.)
 - Vysokoškolské bakalářské (Bc.)
 - Vysokoškolské magisterské (Mgr.)
 - Jiné:

4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví? (Zaokrouhlete prosím na celé roky)

5. Vaše pracovní pozice?
 - Praktická sestra
 - Sestra u lůžka
 - Staniční sestra
 - Vrchní sestra
 - Jiné:

6. Když se řekne ošetrovatelská dokumentace, co se Vám vybaví? (Můžete označit více odpovědí)
 - Administrativní zátěž
 - Nezbytná součást ošetrovatelského procesu
 - Nezbytnost pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče

- Nezbytnost pro zajištění kontinuity ošetrovatelské péče
- Zbytečnost, která ubírá sestřám čas, který by mohly trávit přímou ošetrovatelskou péčí
- Jiné:

7. Pracujete při své práci s ošetrovatelskou dokumentací?

- Nikdy
- Zřídka
- Z poloviny
- Často
- Vždy

8. Jakou podobu ošetrovatelské dokumentace používáte ve Vašem zařízení, kde pracujete?

- Písemná forma
- Elektronická forma
- Kombinace dvou výše uvedených
- Jiné:

9. Jste spokojen/a s formou ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

10. Jste spokojen/a s řízením ošetrovatelské dokumentace na Vašem pracovišti?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

11. Je vedení ošetrovatelské dokumentace pro ošetrovatelskou péči přínosné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

12. Ošetrovatelskou dokumentaci shledávám pro sestru:

- Velmi užitečnou
- Užitečnou
- Neužitečnou
- Zcela neužitečnou

13. Ošetrovatelskou dokumentaci sledávám pro pacienta:

- Velmi užitečnou
- Užitečnou
- Neužitečnou
- Zcela neužitečnou

14. Ulehčuje Vám ošetrovatelská dokumentace ošetrovatelskou péči o pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

15. Vedení ošetrovatelské dokumentace je:

- Velmi užitečné
- Užitečné
- Neužitečné
- Zcela neužitečné

16. S grafickou podobou ošetrovatelské dokumentace, se kterou pracujete, jste:

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

17. Máte za svou praxi nějakou zkušenost s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace?

- Ne
- Ano, byl/a jsem s ní velmi spokojen/a
- Ano, byl/a jsem s ní spokojen/a
- Ano, byl/a jsem s ní nespokojen/a
- Ano, byl/a jsem s ní velmi nespokojen/a

18. Pokud ano, sledáváte tuto formu ošetrovatelské dokumentace jako přehlednou a dobře členěnou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

19. Přijde Vám elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace jednodušší, spolehlivější a bezpečnější pro záznam informací a pacientovi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

20. Pokud by ošetrovatelská dokumentace nebyla vedena, projevilo by se to negativně na kvalitě ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

21. Jak moc je pro Vás vedení ošetrovatelské dokumentace obtížné?

- Velmi snadné
- Docela snadné
- Docela těžké
- Velmi těžké
- Neutrální postoj

22. Kolik minut za směnu odhadem strávíte vedením ošetrovatelské dokumentace?

23. Převažuje čas strávený s vedením ošetrovatelské dokumentace nad tím, který strávíte přímou ošetrovatelskou péčí o pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

24. Čerpáte informace a data o pacientovi z ošetrovatelské dokumentace?

- Nikdy
- Zřídka
- Z poloviny
- Často
- Vždy

25. Považujete některé záznamy v ošetrovatelské dokumentaci za přebytečné?

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

26. Pokud jste odpověděl/a ano (spíše ano), jaké:

27. Jsou záznamy, které v ošetrovatelské dokumentaci naopak postrádáte?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

28. Pokud jste odpověděl/a ano (spíše ano), jaké:

29. Existují v ošetrovatelské dokumentaci, se kterou pracujete záznamy, které jsou vyplňovány duplicitně?

- Ano
- Ne

30. Pokud ano, považujete to za přínosné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

31. O jaké záznamy se konkrétně jedná

Děkuji za Váš čas

Příloha 2: Otázky pro řízení rozhovoru se sestrami

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

mohu Vás požádat o zodpovězení následujících otázek, kde Vaše odpovědi budou sloužit jako podklad pro zpracování mé diplomové práce na téma „*Administrativní zátěž sestry*“. Vaše odpovědi zůstanou zcela anonymní. Získané informace budou použity pouze pro potřeby závěrečné diplomové práce, jejímž hlavním cílem je zjistit aktuální postoj sester k řízení ošetrovatelské dokumentace, zjistit kolik času tráví jejím zapisováním a porovnat výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti písemné.

Předem Vám děkuji nejen za váš čas, ale i ochotu.

Bc. Renata Válková

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Na jakém pracovišti, na jaké pozici a jak dlouho pracujete?
4. Co se Vám vybaví, když se řekne ošetrovatelská dokumentace? Představíte si spíše administrativní zátěž či naopak nástroj ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče?
5. Jakou hlavní funkci podle Vás ošetrovatelská dokumentace má a proč?
6. Jaký smysl má ošetrovatelská dokumentace pro sestru?
7. Jaký smysl má ošetrovatelská dokumentace pro pacienta?
8. Jakou podobu ošetrovatelské dokumentace používáte běžně na Vašem pracovišti?
9. Jaká pozitiva a negativa shledáváte na formě Vaší stávající dokumentace?
10. Jaké znalosti a zkušenosti máte s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace?
11. Čemu Vy osobně dáváte přednost? Listinné či elektronické formě? A proč?
12. Jaké mínění máte ohledně elektronické podoby ošetrovatelské dokumentace?
13. Jaká je dle Vás největší překážka při vedení a vyplňování ošetrovatelské dokumentace?
14. Obsahuje Vaše současná ošetrovatelská dokumentace všechna důležitá data a informace o pacientovi?
15. Jsou nějaké důležité informace které ve Vaší dokumentaci postrádáte?
16. Jsou nějaké informace, které naopak považujete v dokumentaci za nedůležité a nadbytečné?
17. Jak moc důkladně jsou informace o pacientovi dle Vás zaznamenávány?
18. Jak byste ohodnotila přehlednost Vaší ošetrovatelské dokumentace?
19. Jakým způsobem je možné podle Vás ošetrovatelskou dokumentaci zlepšit?
20. Jakým způsobem lze zlepšit péči o pacienta v souvislosti s ošetrovatelskou dokumentací?
21. Jakým způsobem lze zlepšit práci sestry s ošetrovatelskou dokumentací?

22. V jakých situacích a za jakých okolností jste využil/a ošetrovatelskou dokumentaci ve Váš prospěch?
23. Je někdo jiný, kdo by mohl vést a zapisovat ošetrovatelskou dokumentaci mimo sestry?
24. Kolik času zhruba strávíte s ošetrovatelskou dokumentací v poměru s přímou péčí o pacienta?
25. Jak byste rozdělila čas mezi vedením ošetrovatelské dokumentace a péčí o pacienta?
26. Jakým způsobem by šla poskytovat ošetrovatelská péče bez vedení ošetrovatelské dokumentace?
27. V čem hlavně vidíte přínos ošetrovatelské dokumentace?
28. Vyplňujete v ošetrovatelské dokumentaci některé záznamy duplicitně?
29. Považujete to v nějakém směru za přínosné? V jakém?
30. O které záznamy se nejčastěji jedná?

Děkuji za Váš čas.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČAS–Česká asociace sester

MS – Microsoft

MZ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky