



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj
předávání informací v intenzivní péči**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Krizanová Marie

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D., MBA.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj předávání informací v intenzivní péči**“ jsem vypracoval/a 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 bakalářské/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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Krizanová Marie

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D., MBA., za vedení mé práce, rady a pomoc při jejím psaní, trpělivost a ochotu. Také bych ráda poděkovala všem sestřám či zdravotnickým záchranářům pracujícím na ARO a JIP za vyplnění dotazníku a poskytnutí času na rozhovory potřebné k výzkumné části mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat rodině a přátelům, kteří při mně stáli a podporovali mě během celé doby studia. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat kolektivu oddělení ARO J. Hradec, za podporu v práci a vstřícnost během celé doby studia. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Petříkové za dopomoc při statistice.

Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj předávání informací v intenzivní péči

Abstrakt

Nedílnou součástí pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je ošetrovatelská dokumentace, na jejímž základě lze analyzovat pacientovy potřeby a vytvořit ošetrovatelský plán.

Diplomová práce se věnuje problematice ošetrovatelské dokumentace v intenzivní péči v souvislosti předávání pacienta.

Teoretická část se zaměřuje na definici intenzivní péče, ošetrovatelský proces, části ošetrovatelské dokumentace a komunikaci ve zdravotnictví.

Celkem má práce pět cílů: Zmapovat, jakým způsobem si sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace; zjistit, které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější; zjistit, jaký význam všeobecné sestry přikládají vedení ošetrovatelské dokumentace; popsat, jak sestry vnímají informace vedené v ošetrovatelské dokumentaci v intenzivní péči; zmapovat názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči.

Pro naplnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky a dvě hypotézy.

Empirické šetření bylo realizováno kvalitativní i kvantitativní formou. V rámci kvalitativní části proběhl polostrukturovaný rozhovor a v kvantitativní části výzkumného šetření byl použit nestandardizovaný dotazník.

Z výsledku výzkumného šetření je zjevné, že sestry ošetrovatelskou dokumentaci vnímají vcelku pozitivně, ale můžeme najít rozdíly mezi sestrami s různou délkou praxe. Ošetrovatelská dokumentace se dle výzkumného šetření používá při předávání hlášení a je nedílnou součástí poskytování péče o pacienta.

Práce poskytuje ucelený rámec problematiky ošetrovatelské dokumentace v intenzivní péči.

Klíčová slova:

dokumentace; intenzivní péče; komunikace; ošetrovatelská dokumentace; ošetrovatelský proces

Nursing documentation as an effective tool for transmitting informatio in intesive care

Abstract

Nursing documentation is an integral part of the provision of quality nursing care; it can be used to analyse the patient's needs and develop a nursing plan.

This thesis focuses on nursing documentation in critical care in the context of patient handover.

In the theoretical part I focused on the definition of intensive care, the nursing process, parts of nursing documentation and communication in healthcare.

In total, the thesis has five objectives, which are: To map how nurses in critical care unit transfer information; To find out which information nurses in intensive care consider most important; To find out what importance general nurses attach to the maintenance of nursing documentation; To describe how nurses perceive the information maintained in nursing documentation in critical care; To map nurses' opinion about nursing documentation in critical care.

To achieve the objectives, four research questions and two hypotheses were established.

The empirical investigation was conducted in qualitative and quantitative form. In the qualitative part, a semi-structured interview was used and in the quantitative part of the research investigation, a non-standardized questionnaire was used.

From the result of the research investigation, it is clear that nurses perceive nursing documentation quite positively, but there are differences among nurses with the length of nursing experience. According to the research survey, nursing documentation is used in reporting and is an essential part of nurses' practice delivery.

This thesis provides a comprehensive framework of nursing documentation issues in critical care.

Keywords:

communication; critical care; documentation; nursing documentation; nursing process

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1. Intenzivní péče.....	9
1.1.1. Jedinota intenzivní péče (JIP).....	9
1.1.2. Anesteziologicko-resuscitační oddělení	10
1.1.3. Kompetence a náplň práce sestry pro intenzivní péči.....	10
1.2. Ošetrovatelský proces	12
1.2.1. Fáze ošetrovatelského procesu.....	12
1.3. Dokumentace ve zdravotnictví	14
1.3.1. Zásady vedení dokumentace	14
1.4. Ošetrovatelská dokumentace	15
1.4.1. Formy ošetrovatelské dokumentace.....	15
1.4.2. Hodnotící škály pro hodnocení vědomí	16
1.4.5. Hodnotící škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů	18
1.4.6. Hodnotící škály pro hodnocení bolesti	19
1.4.7. Hodnotící škály pro hodnocení nutrice	21
1.4.8. Ošetrovatelská dokumentace v péči o ranách /defektech	22
1.4.9. Bilance tekutin	23
1.4.10. Ošetrovatelská anamnéza.....	24
1.4.11. Ošetrovatelská překládová zpráva	24
1.4.12. Denní dekurz.....	25
1.5. Komunikace	25
1.5.1. Interpersonální komunikace.....	26
1.6. Předávání pacienta	27
2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	29
2.1. Cíle práce	29
2.2. Výzkumné otázky	29
2.3. Hypotézy	29
3. Metodika	30

3.1. Použité metody	30
3.2. Charakteristika výzkumného vzorku	30
4. Výsledky kvantitativního výzkumu	32
5. Statistické vyhodnocení hypotéz	48
6. Vyhodnocení kvalitativního výzkumu.....	65
6.1. Charakteristika probandů	65
6.2. Kategorizace výsledků rozhovorů	65
7. Diskuze	72
8. Závěr	79
9. Seznam použitých zdrojů.....	81
10. Seznam příloh	87
11. Seznam grafů	93
12. Seznam tabulek	93
13. Seznam použitých zkratk	96

Úvod

Ošetrovatelská dokumentace se řadí mezi nezbytné a povinné každodenní práce sestry. Dokumentace je také ukazatelem kvality práce sester, ale může také odhalit nedostatky v poskytované péči. Pomáhá také chránit pacienty, ale z právního hlediska i samotné sestry. Ošetrovatelská dokumentace musí plnit předepsané požadavky dle legislativních norem. Sestra je povinna vést ošetrovatelskou dokumentaci pečlivě a čitelně, aby nedošlo k poškození pacienta.

Předávání pacienta je také nedílnou součástí práce sestry. Sestra musí předat o pacientovi veškeré potřebné informace. Předání pacientů probíhá ústně nebo písemně. Ústní předání pacienta provádí sestra, která se o pacienta starala, příslušné sestře, která přišla na novou směnu. Písemné hlášení se zakládá do pacientovy dokumentace. U každého hlášení je razítko, podpis sestry, datum a čas. Ošetrovatelská dokumentace napomáhá sestram také při předávání hlášení, pokud je vedena pečlivě.

Oddělení intenzivní péče jsou specializovaná oddělení, která poskytují pacientovi vždy komplexní a individuální péči. Péče je poskytovaná danému pacientovi v danou chvíli v co největší možné míře, kterou zdravotnické zařízení dokáže poskytnout. Především se jedná o pacienty kriticky nemocné, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě, proto si myslím, že ošetrovatelská dokumentace je důležitá pro poskytování komplexní a specializované ošetrovatelské péče o pacienta.

Výzkum, který byl prováděn v této diplomové práci, byl vytvořen z důvodu zjištění, jak sestry v intenzivní péči vnímají ošetrovatelskou dokumentaci, jak si předávají informace o pacientech v intenzivní péči.

Celkem jsem si stanovila čtyři cíle výzkumu. Výsledkem diplomové práce bude zjištění názoru sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči a nalezení rozdílů v názoru sester dle vzdělání a délky praxe. Tato práce přinese poznatky na názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci.

1 Současný stav

1.1 Intenzivní péče

Pokud pacientům hrozí či již probíhá selhání jednoho nebo více orgánů a jsou bezprostředně ohroženy jejich základní životní funkce, jsou hospitalizováni na pracovištích intenzivní péče (Kapounová 2020).

Intenzivní péči lze rozdělit do tří jednotek. První stupeň, označován také jako intenzivní péče I. stupně, poskytuje pacientům kontinuální monitoraci, okamžité zahájení resuscitace a krátkodobou ventilaci (Zadák, et. al. 2017).

Vyšší stupeň neboli jednotky intenzivní péče II. stupně provádějí invazivní monitoraci, lze provádět i dlouhodobější ventilaci, ale chybí zde speciální metody, mezi které lze zařadit měření intrakraniálního tlaku nebo plicní katetrizaci (Zadák et. al. 2017). Na této jednotce je stále dostupný lékař – intenzivista, který má po celých 24 hodin zajištěnou spolupráci s lékaři z ostatních oborů (Ševčík et al. 2014).

Poslední, třetí typ jednotky je intenzivní péče III. stupně, která se řadí mezi nejvyšší. Na této jednotce nalezneme pacienty, kteří jsou v kritických stavech různého původu. Slouží zde lékař z oblasti intenzivní péče, který je na této jednotce dostupný 24 hodin. Rovněž je zajištěna speciální sesterská péče a ošetrovatelský personál, který poskytuje rehabilitaci a nutriční podporu (Zadák et. al. 2017). Všechny laboratorní i zobrazovací metody jsou na tomto pracovišti dostupné 24 hodin. Poměr sester ku pacientům by měl být 1 : 1 nebo vyšší (Ševčík et al. 2014). Na této jednotce jsou hospitalizováni pacienti, kterým selhávají dvě nebo více životních funkcí a jsou plně závislí na přístrojové a farmakologické podpoře (Nalos et. al. 2016).

1.1.1 Jednotka intenzivní péče (JIP)

Pracoviště intenzivní medicíny je specializovaná jednotka, která je ve spolupráci s ostatními odděleními zodpovědná za léčbu pacientů, kterým hrozí selhání životních funkcí. Základní funkcí tohoto pracoviště je monitorování a podpora poškozených nebo selhávajících životních funkcí, jak při současné diagnostice, tak terapii základního onemocnění. K zajištění potřebné péče je třeba vysoce specializované technické vybavení a adekvátní vzdělání zaměstnanců. Přístrojové vybavení každého lůžka většinou sestává

z techniky měřící EKG, krevní tlak, pulsní oximetrii, kapnometrii, které jsou také opatřeny audiovizuálním alarmem. A dále třeba měření teploty či vážení na lůžku. Z diagnostických přístrojů by na oddělení neměl chybět mobilní RTG a ultrazvukový přístroj. Dále by zde měly být přístroje pro léčbu a orgánovou podporu, tzn. ventilátor, infuzní pumpy a lineární dávkovače a odsávací přístroje (Ševčík et al. 2014).

JIP lze rozdělit na multioborové jednotky, kde se poskytuje péče širokému spektru pacientů. Další dělení je na oborové specializované JIP, kam patří interní jednotky intenzivní péče, koronární jednotka, geriatrická jednotka, transplantační jednotka, onkologická jednotka, infekční jednotka, neurologická jednotka, chirurgická jednotka intenzivní péče a pediatrická JIP (Zadák et al. 2017).

1.1.2 Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) je speciální pracoviště, jehož podstata spočívá v záchraně života pacientů, kteří jsou v akutním kritickém stavu a jsou bezprostředně ohroženi na životě. Základ tohoto oddělení tvoří zkušený odborný tým, který postupuje dle daných zásahových a léčebných protokolů. Nedílnou součástí tohoto oddělení je přístrojová technika, která se využívá jak pro diagnostickou léčbu, tak pro terapii. Také je velmi důležitá spolupráce s ostatními složkami v nemocnici, mezi které patří záchranná služba, laboratoře a spolupráce s různými odborníky (Navrátil 2017).

1.1.3 Kompetence a náplň práce sestry na intenzivní péči

Zdravotničtí pracovníci musí mít dovednosti, znalosti, kritický pohled, schopnost komunikovat a umět pracovat v týmu, ale i samostatně (Drábková 2018).

Za koordinaci sesterské péče v rámci oddělení je zodpovědná vrchní sestra. Staniční sestra zodpovídá za poskytování péče v jednotlivých stanicích, a pokud je staniční sestra nepřítomna, přebírá odpovědnost vedoucí směny. Úkoly jsou jasně definované (Bartůněk et. al. 2016).

Sestra na intenzivní péči poskytuje vysoce specializovanou péči o pacienty, kterým bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí a jsou plně odkázáni na péči poskytovanou ošetrovatelským týmem. Tato péče se zakládá na udržení základních životních funkcí a jejich monitoraci, prevenci komplikací, ale také obsluze

specializovaných nástrojů a přístrojů (Mahútová 2016). Aby byla péče celistvá, musí zahrnovat zásady dodržování bariérové ošetrovatelské péče, zajištění biologických potřeb, psychickou a fyzickou podporu pacienta a také jeho rodiny. Péče je individuální a holistická. Sestra odpovídá za péči o konkrétního pacienta, vede příslušnou zdravotnickou dokumentaci a je důležité, aby dokázala vyhodnocovat aktuální pacientův stav a dle toho stanovovala cíle ošetrovatelské péče. Ze všech členů multidisciplinárního týmu, kteří pečují o pacienta, je sestra právě ta, která stojí pacientovi nejbližší (Ševčík et al. 2014).

Specializaci intenzivní péče může získat pouze všeobecná sestra, což vyplývá ze zákona č. 201/2017 Sb. (Česká republika 2017). Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, určuje kompetence sestry pro intenzivní péči. Sestra může analyzovat zdravotní stav pacienta, křivku elektrokardiogramu, fyziologické funkce, s dostupným vybavením a se zajištěním dýchacích cest zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci, včetně elektrického výboje po kontrole srdeční činnosti, pečuje o dýchací cesty u pacientů na umělé plicní ventilaci a provádí tracheobronchiální laváže bez odborného dohledu a indikace lékaře. Zajišťuje neustálou připravenost pracoviště, především materiálního vybavení a funkčnosti speciální přístrojové techniky, kterou sleduje, analyzuje a řeší případné technické komplikace (Česká republika 2011).

Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., doplňuje, že sestra může rovněž hodnotit, ošetřovat a zajišťovat průchodnost arteriálních vstupů (Česká republika 2017). Bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře sestra provádí měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně invazivních metod, může provádět katetrizaci močového měchýře mužů, zavádět gastrickou a duodenální sondu u pacientů v bezvědomí, dále výplach žaludku u pacienta se zajištěním dýchacích cest a činnosti u pacientů se selháním ledvin, kteří vyžadují léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve. Mezi další činnosti, které sestra může vykonávat na základě indikace lékaře, patří činnosti v souvislosti s umělou plicní ventilací, činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikací metod léčby bolesti, činnosti při přípravě, v průběhu

a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestezie a může provádět punkci arterie k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis (Česká republika 2011). Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., doplňuje, že sestra může rovněž na základě indikace podávat léčivé přípravky do epidurálního katétru (Česká republika 2017). Pod odborným dohledem lékaře sestra aplikuje transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady, provádí extubaci tracheální kanyly či monitoruje externí kardiostimulaci (Česká republika 2011).

1.2 Ošetrovatelský proces

Při péči o pacienty se využívá ošetrovatelský proces, který je dynamický a cyklický. Jedná se o logický, systematický přístup vedoucí ke komplexní ošetrovatelské péči o pacienty. Prevence, odstranění nebo zmírnění problému podle individuálních potřeb pacienta jsou hlavním cílem ošetrovatelského procesu (Kelarová et al. 2016). Ošetrovatelský proces má rozsáhlé využití pro všechny oblasti ošetrovatelství, jako je ambulantní část, domácí péče a ústavní zařízení (Plevelová 2018). Mastiliaková (2014) ve své knize uvádí, že ošetrovatelský proces přijala Americká asociace sester v roce 1988 jako standard.

Výhody ošetrovatelského procesu se týkají jak zdravotnického personálu, tak pacienta. Mezi pozitiva pro pacienta patří: kontinuita péče, nezávaznost péče a hlavně účast pacienta v poskytování péče. Pozitiva pro ošetrovatelský personál jsou: systematické ošetrovatelské vzdělávání, spokojenost v zaměstnání (Tóthová et. al. 2014).

1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má pět fází (Plevelová 2018). Každá fáze má jasně definované označení: zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová et. al. 2014).

Hlavní elementem v první fázi je ošetrovatelská anamnéza, která poskytuje informace o zdravotním stavu pacienta (Messer 2016). V této fázi je potřeba získat informace o nemocném, které získá sestra pomocí svých komunikačních a pozorovacích

dovedností (Slezáková 2014). Informace potřebné k získání ošetřovatelské anamnézy lze získat pomocí fyzikálního vyšetření, zdravotnické dokumentace, laboratorních výsledků nebo rozhovorem s rodinnými příslušníky (Mastiliaková 2014). Získané informace o pacientovi je nutné třídit a zaznamenávat (Plevelová 2018). Sběr dat musí být soustavný a systematický, aby data byla aktuální. (Tóthová et. al 2014). V této fázi ošetřovatelského procesu je velmi důležitá vzájemná prvotní sympatie mezi sestrou a pacientem (Jones et al. 2012).

V diagnostické fázi sestra provádí analýzu získaných dat a určuje potenciální či existující problémy, které vytvoří podklad pro plán péče (Tóthová et. al. 2014). Ošetřovatelské diagnózy ukazují celkové reakce pacienta na zdravotní problémy (Mastiliaková 2014).

Při plánovací fázi se využívají čtyři hlavní kroky (Tóthová et. al. 2014). Mezi tyto kroky patří: vytyčení priorit ošetřovatelských diagnóz, formulace cílů a výsledných kritérií, plánování ošetřovatelských intervencí a nakonec sestavení písemného plánu ošetřovatelské péče (Plevelová 2018).

Realizace, čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu, je charakterizována jako provedení ošetřovatelských intervencí v klinické praxi, které jsou zaměřené na dosažení očekávaného výsledku. Ošetřovatelská intervence je činnost nebo soubor činností, které jsou realizovány s cílem dosáhnout stanovených výsledků ve zdravotním stavu, v uspokojování potřeb a v podpoře zdraví. Sestra dokumentuje především odezvy nemocného a činnosti, které s nemocným již provedla (Mastiliaková 2014).

Vyhodnocení je poslední, pátá část ošetřovatelského procesu. Průběžně je vyhodnocována účinnost intervencí a dosahování stanovených cílů. Vyhodnocení by mělo být provedeno po každém kroku ošetřovatelského procesu, stejně jako v okamžiku, kdy plán péče byl implementován. Podle toho, kdy se vyhodnocení provádí, je rozděleno na tři typy – termínované, průběžné a závěrečné. Termínované se provádí v určitém daném čase nebo datu, průběžné se realizuje během celé doby poskytování ošetřovatelské péče z důvodu zabezpečení vhodné péče vzhledem k aktuálnímu stavu jednotlivce a závěrečné se provádí při překlada, propuštění nebo při ukončení ošetřovatelské péče

a zaznamenává se jako ošetrovatelská propouštěcí zpráva (Bužková 2011). Po zhodnocení cílů může sestra v této fázi plán obměnit (Mastiliaková 2014).

1.3 Dokumentace ve zdravotnictví

Zdravotnická dokumentace je stanovena zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a následně vydanou prováděcí vyhláškou MZ ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ze dne 22. března 2012. Tato vyhláška určuje všechny náležitosti zdravotnické dokumentace s ohledem na rozsah poskytovaných služeb. Mezi tyto náležitosti patří údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnosti, které souvisejí s poskytováním zdravotních služeb danému pacientovi (Česká republika 2012).

1.3.1 Zásady vedení dokumentace

Na každém listě dokumentace musí být údaje o zdravotnickém zařízení a konkrétní údaje o pacientovi – jméno, příjmení, rodné číslo, kterého se dokumentace týká. Dále tam musí být datum a čas konkrétního zápisu. Každý zdravotník pracující se zdravotnickou dokumentací musí uvést své identifikační údaje, konkrétně jméno a podpis. Pro vedení příjmení lze použít razítko (Policar 2010).

Veškeré zápisy do dokumentace musí být pravdivé, čitelné a srozumitelné pro ostatní zdravotnické pracovníky a zdravotnický tým se musí řídit dle právních norem (Burda et. al. 2016). Správně zapsané záznamy a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou nezbytné pro plnohodnotný popis v zájmu vztahu mezi nemocným, sestrou a jejich činnostmi a také se využívá při zhodnocení ošetrovatelských zásahů. Kvalitní záznamy také slouží jako zdroj současných poznatků o pacientovi. Při zápisu do dokumentace je nutné, aby zdravotnický personál, který s dokumentací pracuje, měl určité znalosti v teorii, ale také v praxi (Kelnarová et al. 2015).

Mezi součástí zdravotnické dokumentace patří: údaje ze zdravotnické dokumentace, které má na starosti lékař primární zdravotní péče; vyžádání další zdravotní péče; údaje o vykonaném vyšetření; údaje o demisi ze zdravotnického zařízení; písemný souhlas s provedením zdravotního výkonu; nesouhlas s provedením zdravotního výkonu; doklad o souhlasu s poskytováním informací; lékařský posudek; dokumentace ze ZZS;

dokumentace Lékařské služby první pomoci; dokumentace o ošetrovatelské péči. Správně vedená dokumentace tvoří základ pro nadcházející léčbu a je také zdroj informací pro další potřebu léčby, ať už v nemocničním zařízení, ambulantní péči, či domácí péči (Adámek et. al. 2012).

1.4 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelskou dokumentaci vyplňuje sestra, ale je cenným zdrojem informací i pro další členy zdravotnického týmu. Uspořádání této části dokumentace bývá odlišné dle specifika oddělení, ale měla by obsahovat zhodnocení pacienta, aktuální změny ve stavu pacienta, provedené ošetrovatelské intervence, edukaci pacienta a invazivní vstupy (Kapounová 2020).

Do ošetrovatelské anamnézy patří: získání informací o pacientovi bývá sepsána do 24 hodin od příjmu pacienta. Ošetrovatelská a lékařská anamnéza se vzájemně doplňují a dobře vedená anamnéza může zcela ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče.

Plán ošetrovatelské péče bývá většinou formou formuláře, vychází z ošetrovatelského procesu a dává celkový a individuální obraz péče.

Edukační záznam pacienta uvádí výuku či ponaučení pacienta například v pohybovém režimu či o aplikaci léku apod.

Do překladových nebo propouštěcích zpráv se zapisují všechny základní informace o pacientovi (Burda et al. 2015). Většinou se vyplňuje v kopii, kdy originál zůstává příslušnému oddělení, kam pacienta překládáme, a kopie zůstává na oddělení, kde pacient byl hospitalizován (Kapounová 2020).

Mezi další součásti ošetrovatelské dokumentace patří hodnotící škály, například hodnocení bolesti, bilance tekutin, plán a péče o kožní defekty, ale také doklad o úschově cenností a osobních věcí (Burda et al. 2015).

1.4.1 Formy ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnickou dokumentaci lze zaznamenávat v listinné nebo elektronické formě. V některých zdravotnických zařízeních se přechází z papírové formy na digitální – ta se nazývají nemocnice bez papírů – Paperless hospital (Policar 2010). Elektronická podoba je mnohem přehlednější a dostupnější pro veškerý zdravotnický personál. Díky tomu, že

informace jsou přenosné a zároveň jsou vzniklé databáze přehlednější, často s funkcí indexového nebo fulltextového vyhledávání dle kritérií a slov, se předchází dlouhému hledání v papírech a mnoha složkách, které obsahují veškeré informace o pacientovi (Špinar et. al. 2013). Vedení dokumentace elektronickou formou má ovšem také své nevýhody. Největší nevýhodou jsou vysoké pořizovací náklady, které jsou úzce spojeny se zavedením informačního systému a technologického vybavení k tomu potřebného, ale také s proškolením zaměstnanců (Messer 2016). Špinar et al. (2013) ve své knize také uvádí, že mezi další nevýhody elektronické dokumentace patří například komplikovaná ochrana osobních dat pacientů například v případě zhroucení informačního systému a také skutečnost, že záznamy lze jednoduše upravit či pozměnit. Ovšem v dnešní době se lze setkat s tím, že zdravotnická zařízení vedou dokumentaci obojím způsobem, jak v elektronické formě, tak v papírové, což eliminuje rizika a nevýhody obou forem dokumentace.

V souvislosti s vedením elektronické dokumentace, pro kterou je nezbytná identifikace osoby podepisující datovou zprávu, je uveden zákon o elektronickém podpisu číslo 227/2000 Sb. Elektronickým podpisem se rozumí metoda autentizace, kdy dojde k logickému spojení dat (Česká republika 2020).

1.4.2 Hodnoticí škály pro hodnocení vědomí

Vědomí je velmi obtížné definovat, neboť má hodně významů (Nejedlá 2015). Vytečková et. al. (2013) ovšem ve své knize uvádí, že vědomí je stav, kdy jsme schopni vnímat a kompletně si uvědomovat sebe samého a okolí. Při bdělém stavu je pacient orientován vlastní osobou, časem, prostorem i situací, která se stala.

K hodnocení vědomí mimo nemocniční prostředí se používá AVPU schéma (Kelnerová et. al. 2012). „*A – Alert (bdělí), V – Verbal (odpovídá na verbální odpovědi, probuditelný), P – pain (reakce na algický nebo dotykový podnět), U – unresponsive (neodpovídá na žádné podněty)*“ (Šeblová et al. 2018, s. 186, 187). V nemocničním prostředí se pro hodnocení vědomí používá Glasgow Coma Scale (GCS) (Slezáková 2014).

Glasgow Coma Scale (GCS)

Glasgow Coma Scale lze použít jak v urgentní medicíně, přednemocniční péči, ale i v intenzivní péči, proto se řadí mezi nejrozšířenější skórovací systém pro hodnocení vědomí. Dále se tato škála využívá pro její univerzálnost, proto ji lze používat v mnoha lékařských oborech. Například GCS lze zařadit mezi základní neurologické vyšetření, kde lze stanovit úroveň a vývoj vědomí nemocného. Tato hodnoticí škála je velmi snadná a rychle vyhodnotitelná (Šébllová 2018).

Tato škála zahrnuje tři kategorie, do kterých patří kognitivní funkce, motorická odpověď a otevírání očí. Maximální počet bodů, které lze získat, je 15, což znamená plné vědomí u pacienta, a minimální počet bodů jsou 3, kdy se většinou jedná o hluboké kóma nebo klinickou smrt (Kelnerová 2012).

V motorické odpovědi hodnotíme: „*vyhoví 6 bodů, lokalizuje bolest 5 bodů, uniká před bolestí 4 body, flexe na bolest 3 body, extenze na bolest 2 body, nula 1 bod*“ (Slezáková 2014, s. 24.). U očí hodnotíme: „*spontánně otevře oči 4 body, na slovní výzvu 3 body, na bolestivý podnět 2 body, neotevře 1 bod*“ A ve slovní odpovědi hodnotíme: „*orientován 5 bodů, dezorientován 4 body, neadekvátní slova 3 body, nesrozumitelné zvuky 2 body, žádná odpověď 1 bod*“ (Kelnerová et al. 2012, s. 70).

Ramsay Sedation Score (RSS)

Abychom mohli objektivně porovnat hloubku sedace, zformuloval Ramsey škálu, která rozlišuje tři stavy bdělosti a tři úrovně spánku. Ideální hloubku sedace stanovil v rozmezí od 2 do 4 (Ramsay et al. 1974). Tato škála je i v dnešní době stále často používána a v klinické praxi je s ní nejvíce zkušeností. Bývá ale kritizována kvůli nedostatečnému odlišení mezi jednotlivými kategoriemi (Herold 2013).

Škála se pohybuje v rozmezí od 1 do 6. Pokud pacient nereaguje na poklepání ani na žádný hlasitý hluboký podnět, udělíme mu 6. Klinické skóre 5 mají pacienti, kteří mají pomalé reakce na hlasitý sluchový podnět. Další klinické skóre je 4, kdy pacient reaguje na hlasitý sluchový podnět a bolestivé podněty. Do klinického skóre 3 lze zařadit pacienty, které lze probudit a reagují na slovní příkazy. Předposlední klinické skóre 2 udělíme pacientům, kteří jsou kooperativní, probuditelní, orientovaní a klidní. Do

posledního klinického skóre 1 řadíme pacienty, kteří jsou probuditelní, reagují na oslovení, jsou klidní (Rafaele, Romangoli 2018).

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) hodnotí hloubku sedace v intenzivní péči. Je to rychlá a objektivní stupnice s bodovacím systémem, která zachycuje jak hyperaktivní, tak hypoaktivní úroveň vědomí (Chester et al. 2012). Sedace se podává ke snížení bolesti (Veverková et al. 2019) a je vždy vedena anesteziologem (Barsh et al. 2015).

Hodnocení se provádí na desetibodové stupnici, která má tři části. První část je plusová (+1 až +4) a popisuje agitovanost pacienta (Tomanová, Křivková 2016). Mezi hodnotící kritéria patří: „+1 neklidný – pacient je úzkostný, neklidný, +2 agitovaný – pacienti provádějí částečně bezúčelný pohyb, +3 výrazně agitovaný – pacienti jsou neklidní a snaží se odstranit různé katétry, +4 agresivní – pacienti jsou agresivní nejen slovně, ale i fyzicky“ (Bartůněk et al. 2016, s. 113). Druhá část je mínusová (-1 až -5), která hodnotí sedaci pacienta (Tomanová, Křivková 2016). Zde se hodnotí „-1 Somnolence – pacient je chopen na slovní podnět udržet oční kontakt na více jak 10 sekund. -2 Mírná sedace – pacient je na slovní podnět udržet oční kontakt méně jak 10 sekund. -3 Střední sedace – zde je pacient na slovní kontakt otevřít oči, ale chybí oční kontakt. -4 hluboká sedace – pacient je schopný na fyzický kontakt otevřít oči. -5 neprobuditelný - zde pacient na fyzický kontakt není žádný reakce“ (Bartůněk et al. 2016, s. 113). Třetí a poslední část je nulová část, která stanovuje normální bdělý stav (Tomanová, Křivková 2016). Středem skóre je 0, která ukazuje na klidného a spolupracujícího pacienta (Page, Ely 2015).

1.4.5 Hodnotící škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Dekubit vzniká především lokálně působícím tlakem na tkáň společně s ostatními faktory, mezi které se řadí vlhkost, otoky, nedostatečné prokrvení tkáně. Tlak působí na lokální tkáň, kde dochází ke zpomalení průtoku krve, a jako následek vznikne ischemie a může dojít až k nekróze. Dekubity vznikají u pacientů ve vážném kritickém stavu, dále

pak u mobilních dlouhodobě nemocných pacientů a vznikají vždy na predilekčních místech (Kuckir 2016).

Škála podle Nortonové

Škála dle Nortonové byla v roce 1962 vytvořena Doren Nortonovou. Škála prošla mnohými úpravami. Původně obsahovala pět kategorií, nyní ovšem se uvádí kategorií devět (Koutná, Ulrych 2015).

Mezi pět kategorií, které se používají, patří: schopnost spolupráce, věk pacienta, stav pokožky pacienta, přidružená onemocnění, kterými konkrétní pacient dále trpí, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a nakonec inkontinence. V kategorii schopnosti spolupráce může být malá, částečná nebo žádná. Věk pacienta se posuzuje v následujícím rozmezí: < 10, < 30, < 60, > 60 let. Stav pokožky lze hodnotit ve čtyřech kategoriích, mezi které patří, zda je pokožka normální, alergická, vlhká nebo suchá. Mezi přidružená onemocnění v této škále patří: žádné, diabetes mellitus, obezita, nádor. U fyzického stavu pacienta hodnotíme, zda je stav dobrý, horší, špatný, velmi špatný. Mezi stavy vědomí, které se ve škále Nortonové hodnotí, patří: dobrý, horší, špatný, velmi špatný. Aktivitu pacienta hodnotíme následovně: úplná, s doprovodem, sedačka, leží. Pohyblivost u pacienta může být žádná, omezená, částečná a chodí. A nakonec se hodnotí inkontinence pacienta (není, občas, močí, moči i stolice) (Kapounová 2020).

Každá kategorie může být obodována číslem od 1 do 4, přičemž minimální zisk bodů je 9 a maximální 36. Pokud pacient dosáhne nad 25 bodů, je bez rizika, 25–24 bodů je nízké riziko, 23–19 bodů je střední riziko, 18–14 je riziko vzniku dekubitů vysoké, a pokud má pacient 13–9 bodů, má velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Pokorná et al. 2019).

1.4.6 Hodnoticí škály pro hodnocení bolesti

Bolest dle ISAP (International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti): „*Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (Rokyta et al. 2012, str. 17).

Vizuální analogová škála (VAS)

VAS je jednoduchá, snadná a srozumitelná škála pro hodnocení bolesti. Zařazuje se mezi nejspolehlivější a její měření můžeme provádět opakovaně. Značí se jako horizontální úsečka, která je dlouhá 10 cm, kdy levý okraj značí žádnou bolest a pravý okraj označuje největší intenzitu bolesti (Opavský 2011). Tato varianta hodnocení bolesti je použitelná jak pro dospělého pacienta, tak dítě. Při používání této škály musíme dbát na vymezení úseku, kdy pacient bolest hodnotí. Mohou se zde objevovat rozdíly v tom, pokud pacient hodnotí akutní prožívanou bolest, nebo chronickou. VAS nehodnotí pouze intenzitu bolesti v danou chvíli, ale hodnotí i bolest po provedení různých intervencí proti bolestem, a tudíž účinnost dané intervence (Rokyta et al. 2012).

Numerická hodnotící škála (Numeric Rating Scale – NRS) je další možností pro hodnocení intenzity bolesti u pacientů. Jedná se opět o úsečku, kde na levém okraji je nula, tedy stav bez bolesti, a na pravém okraji je nejvyšší číslo, nejčastěji 10, které znázorňuje maximální bolest. I zde lze využít hodnocení terapeutického efektu (Rokyta et al. 2012). Z výsledků výzkumu Göranssona et al. (2015), který prováděli u 217 pacientů s akutní bolestí na urgentním příjmu ve švédské nemocnici za použití škály VAS a NRS, vyplynulo, že využití numerické škály je pro pacienty snazší. Pacienti sdělovali, že numerická škála je pro ně srozumitelnější než vizuální analogová škála a více odráží popis jejich bolesti.

Stupnice grafických symbolů

Stupnice grafických symbolů znázorňuje výrazy obličejů od stavu bez bolesti až po stav největšího utrpení. Na škále dítě vybírá obličej, který nejlépe zachycuje stav jeho bolesti (Hakl et al. 2011). Někdy jsou k obličejům přiřazena i čísla. Problematické je užití u seniorů, kteří mají např. postižené mimické svaly, delirantní projevy nebo jiné poruchy kognice či mentální schopnosti (Pokorná 2013).

1.4.7. Hodnoticí škály pro hodnocení nutrice Nottinghamský dotazník

Nottinghamský dotazník je vhodným hodnoticím nástrojem pro hospitalizované seniory. V dotazníku se hodnotí položky BMI, nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících, snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací a stresový faktor, který vyjadřuje závažnost základního onemocnění. Každá položka je hodnocena body 0–2, kdy 0 nepředstavuje rizikový faktor vzniku malnutrice (Pokorná 2013).

Body Mass Index (BMI)

Index tělesné hmotnosti (BMI) se řadí mezi nejvíce používaný test pro hodnocení podvýživy a obezity. BMI může být nepřesné u pacientů, kteří mají otoky, velký nebo naopak malý podíl tělesného tuku, nedostatek svalové tkáně nebo výraznou tělesnou deformitu (Schuler 2010). K výpočtu BMI nám stačí dvě hodnoty, a to hmotnost a výška pacienta. BMI získáme vydělením údaje o hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech (Vytejčková 2011). BMI v rozmezích 18,5–24,9 kg/m² je pro dospělou osobu norma, naopak 25–29,9 kg/m² značí nadváhu a hodnota 30 kg/m² a více znamená obezitu. U seniorů je doporučená norma o něco vyšší než v dospělosti a pohybuje se mezi 22–27 kg/m² (Holmerová 2014).

Mini Nutritional Assessment (MNA) – Malý výživový test

V roce 1997 publikoval Guigoz a kolektiv a tento původní dotazník byl 18položkový. MNA, jak ho známe dnes, se skládá ze čtyř oblastí. Do první oblasti lze zařadit antropologické měření, kam se řadí otázky týkající se hmotnosti, výšky, obvodu paže a lýtka. Druhá oblast se skládá z podotázek, které se týkají počtu a druhu jídel během celého dne a množství vypitých tekutin. Předposlední oblast zahrnuje celkové posouzení, které se skládá ze šesti otázek. Zjišťujeme nemocného soběstačnost, přítomnost vážného onemocnění za poslední tři měsíce, změny na kůži. Do poslední oblasti zahrnujeme subjektivní posouzení, kde jsou otázky zaměřené na vnímání vlastní výživy a vlastního zdraví. Celkové bodové ohodnocení se pohybuje od 0 do 29 bodů. Skóre nad 24 bodů ukazuje na normální nutriční stav zdravé osoby. Hodnota s rozmezím 17–23,5 bodu

poukazuje na osoby s rizikem poruchy výživy a hodnota nižší 17 bodů detekuje osoby s malnutricí (Pokorná 2013).

1.4.8 Ošetrovatelská dokumentace v péči o rány/defekty

Dokumentace ran je při jejich léčení potřebná a nutná. Záznamy o ranách jsou součástí zdravotnické dokumentace. Pro vedení dokumentace existuje celá řada předepsaných schémat a postupů. Hodnocení ran je nutné vést kontinuálně a v pravidelných intervalech přehodnocovat stav rány. Při hodnocení ran/defektů se hodnotí mnoho oblastí, mezi něž se řadí: umístění rány/defektu, co ji způsobilo, zda je vlhká, nebo suchá, množství a charakter exsudátu, velikost a hloubka rány, zápach z rány, okolí a okraje rány, bolestivost, spodina rány (Bureš 2010).

Každý převaz se musí pečlivě zaznamenávat do dokumentace, která je připravená dle standardu každého zařízení. Dokumentace musí být jasná, přehledná, aby bylo snadno dohledatelné, jak se rána převazovala a jak se vyvíjí její stav. Základem každého protokolu o ranách/defektech jsou identifikační údaje pacienta, jako je jméno, příjmení, rodné číslo, číslo zdravotní pojišťovny, datum ošetření. Ovšem protokol může obsahovat i obecné údaje o pacientovi, jako jsou fyziologické hodnoty. Zaznamenává se také předchozí a současná lokální terapie, stav krytí, hodnocení drénů, stav okolí rány. (Stryja et al. 2016).

Některé rány mají typické místo vzniku, proto nám lokalizace pomůže identifikovat konkrétní typ rány. Dekubity nejčastěji vznikají na predilekčních místech, mezi které patří oblasti paty, křížové a kostrční kosti, záhlaví a v oblastech kostních výčnělků, které jsou vystaveny tlaku, tření a tahu. Diabetické ulcerace především vznikají v oblastech metatarzální hlavičky prvního až čtvrtého prstu, na palci nebo patě (Hlinková 2015).

U každé rány měříme velikost, délku a šířku, ale také hloubku rány, okolí rány, kde se hodnotí barva, teplota, citlivost, otoky či přítomnost erozí. Také je důležité zhodnotit exsudát, protože je běžnou součástí hojící se rány. A v neposlední řadě, když hodnotíme rány, je důležitý také zápach, protože je přítomen u všech ran (Hlinková 2015).

Při hodnocení ran mohou vznikat časté chyby při zpracovávání a vedení dokumentace, které mají ovšem negativní vliv na kvalitu léčby a mohou vést k nedostatečné péči. Mezi časté chyby patří nejasné a nekonkrétní popisování rány či chybějící údaje v dokumentaci, jako například vzniklé známky infektu či reakce na použitý materiál nebo chybějící údaje týkající se onemocnění, stavu výživy a celkového stavu pacienta. Dále použití nečitelného písma a opomenutí identifikace sestry, která zápis provedla (Pokorná a Mrázková 2012).

1.4.9 Bilance tekutin

Bilance tekutin vyjadřuje příjem a výdej tekutin u pacienta za časový úsek, ordinovaný lékařem. Většinou to bývá za 24 hodin (Burda et al. 2015). Pečlivé sledování bilance patří k základům péče o kriticky nemocné. Do bilančních tabulek se zaznamenává denní příjem a výdej tekutin (Bartůněk et al. 2016).

Do tekutinového příjmu je zapotřebí započítat veškeré tekutiny, které byly podány do organismu pacienta, ať už se jedná o intravenózní příjem, či příjem per os, nebo přes výživové sondy nebo stomie (Frei 2022).

Při posuzování výdeje tekutin se na prvním místě nachází diuréza. Lidské tělo se tekutin zbavuje především tvorbou moči, která se tvoří v ledvinách. Můžeme se ovšem během hodnocení výdeje moči setkat s různými patologiemi spojenými s objemem vyloučené moči. Anurie neboli zástava močení je označení pro výdej moči méně než 100 ml za 24 hodin. Pokud pacient vymočí mezi 100 až 500 ml moči za 24 hodin, jedná se o oligurii. Při hodnocení výdeje tekutin v rámci moči můžeme zaznamenat množství nad 2 500 ml za 24 hodin. Jedná se o patologický stav zvaný polyurie (Mlýnková 2016). Dále při posuzování výdeje nesmíme zapomenout na sekrece ze sond a drénů, zvracení, průjmovitou stolicí, pocení či hyperventilaci (Frei 2022).

Tekutinovou bilanci můžeme hodnotit i pomocí centrálního žilního tlaku (CVP), který lze měřit dvěma způsoby. První způsob je pomocí spojovací hadičky a vodního sloupce. U pacienta si vyměříme nulový bod, na centrální žilní katétr napojíme spojovací hadičku, která je propláchnuta fyziologickým roztokem. K nule přiložíme pravítko a postupně necháme hladinu v hadičce klesat až do chvíle, než se hladina zastaví.

Výsledná hodnota se zaznamená do pacientovy dokumentace. Pokud měříme CVP pomocí vodního sloupce, fyziologická hodnota se pohybuje mezi 3–8 cm. Druhá možnost, jak lze měřit CVP, je pomocí tlakového převodníku. Tlakový převodník před měřením umístíme opět v nulovém bodě a vynulujeme. Po propojení tlakového převodníku a centrálního žilního katétru nám monitor ukáže hodnotu CVP v mm Hg, která se v fyziologickém rozmezí pohybuje mezi 4–6 mm Hg (Knechtová, Suchová 2017).

1.4.10 Ošetrovatelská anamnéza

Anamnézu označujeme jako souhrn, který poskytuje informace o zdraví vyšetřovaného pacienta (Streitová et al. 2015). Před zahájením ošetrovatelského procesu je nutné zjistit údaje z lékařské dokumentace, se kterou pacient přichází. Znalost lékařského stavu je pro ošetrovatelskou činnost důležitá. Vstupní data získáváme od pacienta už při příjmu, ale také se provádí při ošetrovatelských činnostech a komunikaci s pacientem. Zdroj potřebných informací nemusí být pouze pacient, ale také doprovázející osoba, zdravotnická dokumentace (sesterské překládové zprávy, současná dokumentace, lékařské zprávy), zdravotničtí pracovníci, kteří pacienta překládají či převážejí z jiného zdravotnického oddělení a předávají o pacientovi hlášení (Kelnarová 2015).

Vyšetření a pozorování patří mezi hlavní metody sběru informací v době, kdy je pacient v kritickém stavu a nelze získat informace rozhovorem, aby byla vytvořena ošetrovatelská anamnéza (Mastiliaková 2014).

Příjmová ošetrovatelská anamnéza obsahuje základní údaje o pacientovi, jako je: hmotnost, výška, hodnoty fyziologických funkcí (TK, P, TT), alergie, zhodnocení bolesti, vyprazdňování, stavu pokožky (změny na kůži – dekubity, opruzeniny, op. rány), výživy, soběstačnosti, sociálního zázemí, ale také uspokojení spirituálních potřeb. Mezi její součásti také patří zhodnocení rizika pádů a vznik dekubitů (Kapounová 2020).

1.4.11 Ošetrovatelská překládová zpráva

Důležité je tento formulář vyplnit dvakrát. Jeden zůstává založen v pacientově dokumentaci a druhý odchází společně s pacientem do navazujícího zdravotnického

zařízení, aby nebyla porušena posloupnost péče. Stejně jako všechny ošetrovatelské formuláře, tak i ošetrovatelská překladová zpráva musí obsahovat všechny důležité informace o pacientovi. Součástí překladové zprávy může být i sepsání všech jeho osobních věcí a cenností, pokud tak nebylo provedeno již při příjmu (Kapounová 2020).

1.4.12 Denní dekurz

Dekurz je zdravotnická dokumentace pacienta vedená na každý den hospitalizace. Slouží lékařům k záznamu subjektivních obtíží pacienta a objektivních nálezů zjištěných při vyšetření pacienta. Kontrola dekurzu musí být na standardních jednotkách kontrolován dvakrát denně, v intenzivní péči minimálně třikrát nebo dle situace i víckrát za den. Dále obsahuje ordinace ordinované lékařem, které dávají pokyny střednímu zdravotnickému personálu, tedy sestřím (Páral 2020).

Dekurz lze rozdělit do tří částí. První část se skládá ze subjektivního a objektivního hodnocení stavu pacienta. Druhá část je pro sestry, kdy sestra popíše potíže a stav pacienta při kontrole. A poslední část se skládá z popisu léčebných výkonů provedených ošetrujícím lékařem, jako je: punkce ascitu či výpotku, kanylace velkých žil, zavedení močového katétru apod. (Špinar, Ludka 2013). Dekurz bývá doplněn tzv. medikačním listem – dokumentací s úplnou a přesnou ordinací léků (Kapounová 2020).

Nedílnou součástí je teplotní lístek, kde jsou údaje o tělesné teplotě, hmotnosti, výživě, defekaci (Rozsypal et al. 2013), absolvovaná vyšetření, ošetrovatelské intervence (převaz defektů, hygiena pacienta, ventilační parametry) (Kapounová 2020).

1.5 Komunikace

Komunikaci lze definovat jako proces, při kterém dochází k výměně informací mezi dvěma či více lidmi, nebo jako jistou interakci v našem vnitřním světě. Tou lze označit procesy myšlení nebo prožívání. Komunikace zároveň slouží jako nutný předpoklad k vytvoření společnosti a soužití v ní. Jedná se tedy o sdělení a příjem informací v rámci sociálních vztahů. Komunikaci je možné provádět jak v blízkosti, tváří v tvář, tak na dálku, formou zpráv či dopisů. V rámci komunikace platí určitá pravidla. Komunikace a metakomunikace je nutná, protože je vždy něco sdělováno, a to je

ovlivněno způsobem předání informací a situací, ve kterých je informace sdělována. A neverbální komunikace je nezbytnou součástí, neboť sdělovaná informace je doprovázena chováním, jež prokazuje postoj řečníka. V rámci sdělení tak řečník sděluje i druh a vztah k posluchači a jejich vztahu (DeVito 2013).

Struktura komunikačního procesu se skládá ze sedmi elementů. První element je komunikátor neboli mluvčí, který zahájí komunikační proces s předem jasnou intencí, od čehož se odvíjí smysl sdělení a očekávání dosaženého konkrétního efektu. Dále musí být komunikant, příjemce, který vstupuje do procesu komunikace a může příjem sdělení ovlivňovat. Komuniké je obsah sdělení. Komunikační kanál je konkrétní cesta, po níž jsou informace sdělovány za použití různých přenosů. Kód představuje systém znakových pravidel, prostřednictvím nichž dochází ke zprostředkování přenosu informací obsažených ve sdělení. Mluvčí kód kóduje, komunikant dekóduje. Aby došlo ke správnému kódování a dekódování, je nutno znát kódovací systém, jímž je v lidské komunikaci především jazyk. Předposlední element je komunikační prostředí, které dokáže ovlivnit srozumitelnost nebo smysl komunikace. Posledním elementem je kontext, který dává komunikaci celkový rámec a do něhož patří vzájemné vztahy účastníků, jejich vlastnosti, čas, prostor, sociální status, ale také vzdělání, věk (Dingová et al. 2018).

1.5.1 Interpersonální komunikace

Mezilidská neboli interpersonální komunikace je pojem, který v širším slova smyslu zahrnuje komunikaci prostřednictvím prostředků, ale v první řadě je chápán jako komunikace tváří v tvář. Je základem pro vytvoření mezilidských vztahů a platí zde pravidlo, že pokud se pokazí komunikace, naruší tento fakt i vzniklý vztah. Interpersonální komunikace je činnost, které se jedinec učí celý život. Pro úspěšnou komunikaci je nutné rozvíjet dílčí schopnosti a dovednosti. Mezi ně patří: znalost jazyka, řečové kompetence, znalost kulturních vzorců chování, motivace, cíl komunikace, obecné komunikační dovednosti, specifické komunikační dovednosti, emoce – projevení, ovládnutí, porozumění, kognitivní procesy – představivost, myšlení, pozornost (Plevelová 2019).

1.6 Předávání pacienta

Součástí realizace ošetrovatelské péče je důležité předávání informací o pacientech. Podstatou je zabezpečení návaznosti ošetrovatelské péče a předání informací o stavu pacienta (Sovová, Sedlářová 2014).

Pro předávání informací o pacientovi mezi zdravotníky je vhodné použití standardizovaných technik. Jedna z nich se nazývá SBAR. Technika SBAR je strukturovaná komunikační technika, která je výstižným způsobem pro sdělení významných informací. Skládá se ze čtyř kroků. Situace (situation) má za úkol identifikovat problém stručným popisem. V pozadí (background) se předává diagnóza nebo důvod přijetí pacienta a jeho aktuální zdravotní stav. Posouzení (assessment) poskytuje informace o vitálních funkcích, laboratorních výsledcích. A poslední krok je doporučení (recommendation), kde se popíše, dovysvětlí, co je potřeba (Pokorná et al. 2019).

Písemné hlášení musí obsahovat především tyto údaje: datum a druh směny (odpolední, dopolední, denní, noční), počet klientů na ošetrovatelské jednotce a případné změny během služby, přehled o aplikaci časovaných léků u konkrétních klientů, informace o speciálních vyšetřeních, předoperační přípravě, pooperační péči, závažné informace o nemocných, záznam o zvýšeně sledovaných lécích.

Písemné hlášení se obsahově liší dle charakteru oddělení. Hlášení ale musí být vždy čitelné, přehledné a podepsané celým jménem sestry, která informace předává a přijímá.

Ústní předávání služby probíhá v pracovně sester a používá se při něm ošetrovatelská dokumentace nemocných. Pokud je ošetrovatelská dokumentace vedena pečlivě, poskytuje jasné informace o aktuálních ošetrovatelských problémech nemocného a následně i jejich řešení. Na některých pracovištích jsou prováděny i sesterské vizity přímo u lůžka pacienta (Kelnerová 2015).

Během předání jednotlivých pacientů je potřeba: poskytnout informace nastupující směně o aktuálním zdravotním stavu pacientů za účasti všech členů ošetrovatelského týmu, který se podílí na péči o konkrétního pacienta, dávat pozor, aby informace podávané ústně i písemně byly shodné, vyjádřit se ke každé potřebě pacienta s ohledem na ošetrovatelskou dokumentaci a následnou ošetrovatelskou péči, napsat hlášení

o aktuálním stavu pacienta, minimálně jednou za službu, pečlivě zaznamenávat aktuální stav pacienta v době služby, pacienta, který potřebuje složitější péči, předat nastupující směně u lůžka s možností praktické ukázky jednotlivých aspektů poskytované ošetrovatelské péče, předat informace o nesplnění ordinací lékaře s odůvodněním jak ústně, tak písemně, pokud je to potřebné, navrhnout další ošetrovatelské postupy, nezapomenout do hlášení sester napsat datum, nástup do služby, stav pacientů a vše potvrdit podpisem (Pokorná et al. 2019).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce

CÍL 1

Zmapovat, jakým způsobem si sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace.

CÍL 2

Zjistit, které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější.

CÍL 3

Zjistit, jaký význam všeobecné sestry přikládají vedení ošetrovatelské dokumentace.

CÍL 4

Popsat, jak sestry vnímají informace vedené v ošetrovatelské dokumentaci v intenzivní péči.

CÍL 5

Zmapovat názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči.

2.2 Výzkumné otázky

OTÁZKA 1

Jakým způsobem si sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace?

OTÁZKA 2

Které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější?

OTÁZKA 3

Jakým oblastem sestry při vedení ošetrovatelské dokumentace přikládají význam?

OTÁZKA 4

Jak sestry vnímají informace vedené v ošetrovatelské dokumentaci v intenzivní péči?

2.3 Hypotézy

HYPOTÉZA 1

Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe.

HYPOTÉZA 2

Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn vzděláním.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část práce byla zpracovaná kvalitativní i kvantitativní metodou. Jako technika sběru dat byl v kvalitativní části použit polostrukturovaný rozhovor, jenž byl určen pro všeobecné sestry nebo zdravotnické záchranáře, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve vybraných nemocnicích.

Výzkumné šetření bylo provedeno v květnu 2023. Kvalitativní část byla prováděna v okresní nemocnici, zatímco kvantitativní část probíhala online pomocí <https://www.surveymonkey.com/>.

V kvantitativní části byl pro získání dat použit dotazník dle vlastní konstrukce. Dotazník se skládal celkem z 13 otázek.

Dotazníky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. V tomto programu bylo provedeno třídění dat. Vytvořili jsme výpočty absolutních a relativních četností. Dále jsme si v programu konturovali kontingenční tabulky a vytvoření sloupcových grafů. Pro potvrzení či zamítnutí hypotéz byl použit chí-kvadrát test.

V kvalitativní části byl použit rozhovor, který se skládal z 15 otázek. V případě jakýkoliv nejasností byl základní rozhovor doplněn otázkami doplňujícími. Před samotným rozhovorem byli probandi seznámeni s účelem výzkumného šetření. Dále byli seznámeni s tím, že rozhovory budou nahrávány na mobilní telefon, budou zcela anonymní a po přepsání do textové formy budou odstraněny. Se všemi skutečnostmi předem souhlasili. Časový rozsah jednoho rozhovoru byl průměrně 20–30 minut. Rozhovory byly následně kódovány a kategorizovány metodou tužka a papír a bylo vytvořeno pět kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek pro kvantitativní výzkum tvořilo celkem 188 sester nebo zdravotnických záchranářů pracujících na JIP či ARO. Výběr respondentů pro toto výzkumné šetření byl záměrný. Kritérium výběru zahrnovalo především to, že dotyčný respondent musí pracovat na ARO nebo JIP, musí mít plnohodnotné středoškolské, vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání.

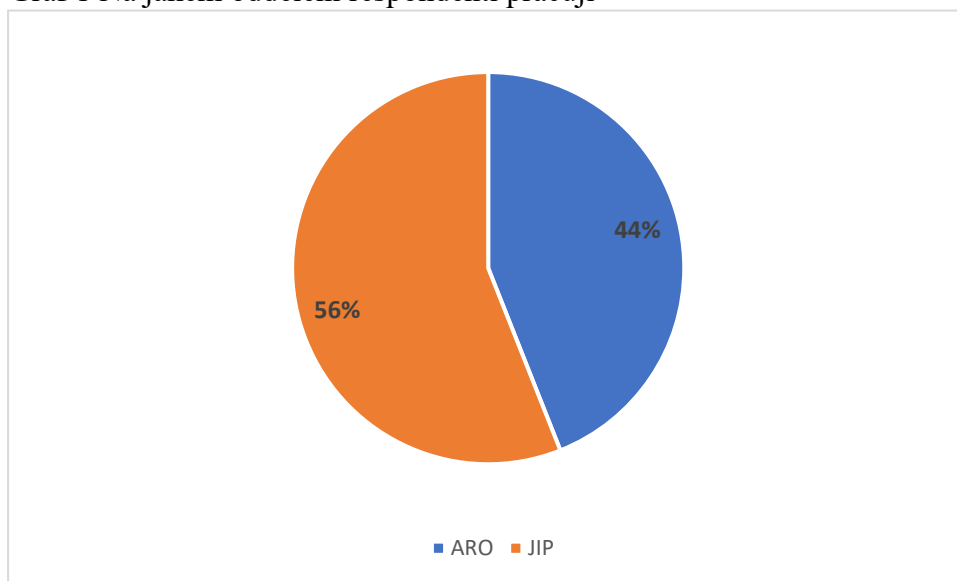
Výzkumný vzorek pro kvalitativní výzkum byl tvořen 10 sestrami. Jednalo se o praktické nebo všeobecné sestry, které pracují na vybraných nemocničních odděleních. Tvořily ho sestry, které mají středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání.

Zdroj: Vlastní výzkum

4 Výsledky kvantitativního výzkumu

Celkem bylo použito 188 dotazníků. Nasbíraná data byla přenesena do tabulek a grafického znázornění. Data jsou uvedena v relativní četnosti (%) a absolutní četnosti (N). Absolutní četnost se rovná celkovému počtu respondentů, tedy 188, a relativní četnost je v procentuálním zastoupení, tedy 100 %.

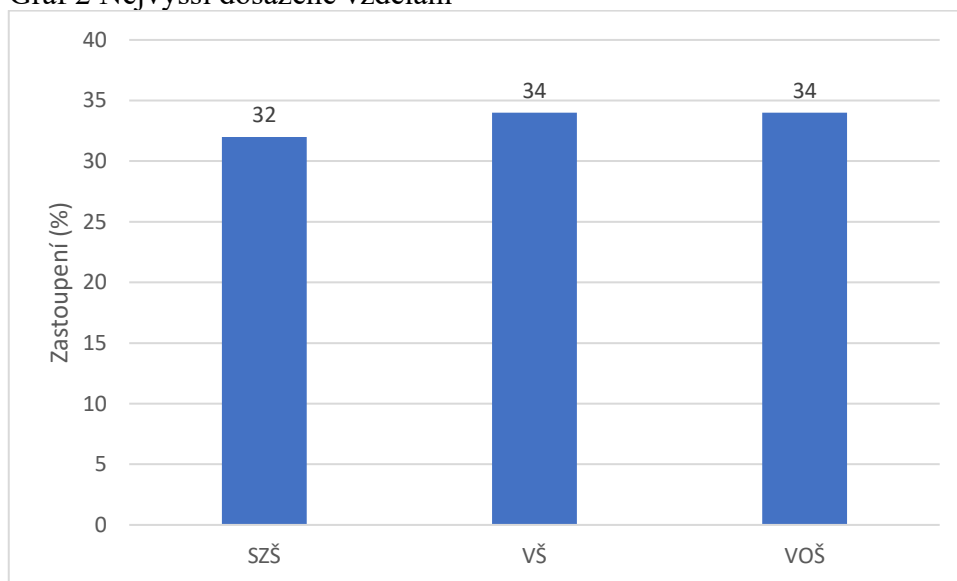
Graf 1 Na jakém oddělení respondenti pracují



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 uvádí, na jakém oddělení respondenti pracují. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů na jednotce intenzivní péče pracuje přes 56 %, což odpovídá 105 respondentům. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení pracuje 83 (44 %) respondentů.

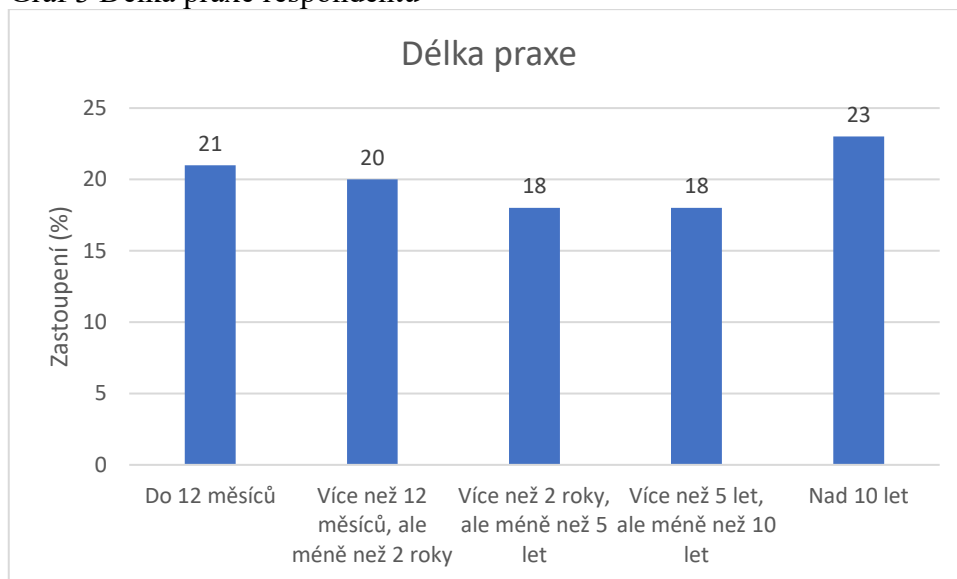
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 uvádí, jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů má střední zdravotnickou školu 61 (32 %) respondentů, vysokou školu 64 (34 %), vyšší odbornou školu 63 (34 %) respondentů.

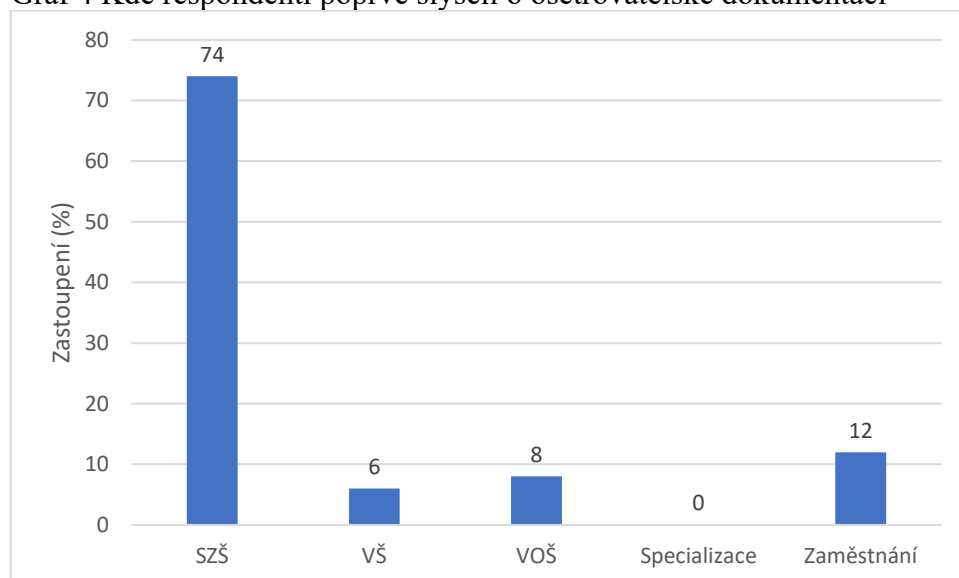
Graf 3 Délka praxe respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 ukazuje délku praxe respondentů. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů jich má 39 (21 %) praxi v intenzivní péči do 12 měsíců. Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky má 38 (20 %) respondentů. 35 (18 %) respondentů lze zařadit do kategorie více než 2 roky, ale méně než 5 let a více než 5 let, ale méně než 10 let. 10 a více let praxe má 41 (23 %) respondentů.

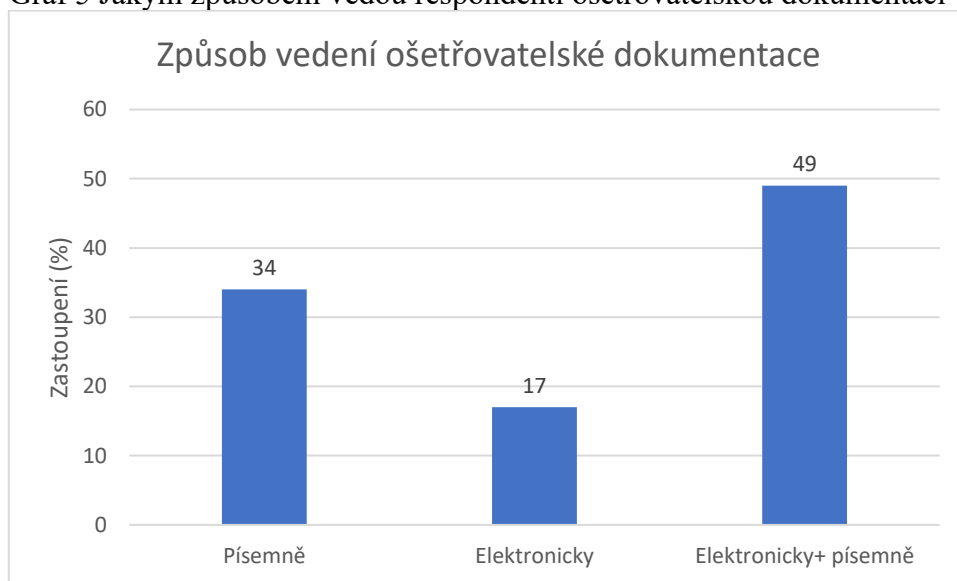
Graf 4 Kde respondenti poprvé slyšeli o ošetrovatelské dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 vyobrazuje odpovědi respondentů na otázku „Kde jste poprvé slyšel/a o ošetrovatelské dokumentaci?“ Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů jich 139 (74 %) slyšelo o ošetrovatelské dokumentaci poprvé na střední zdravotnické škole. Na vysoké škole poprvé o ošetrovatelské dokumentaci slyšelo 11 (6 %) respondentů, 16 (8 %) na vyšší odborné škole a 22 (12 %) až při nástupu do zaměstnání.

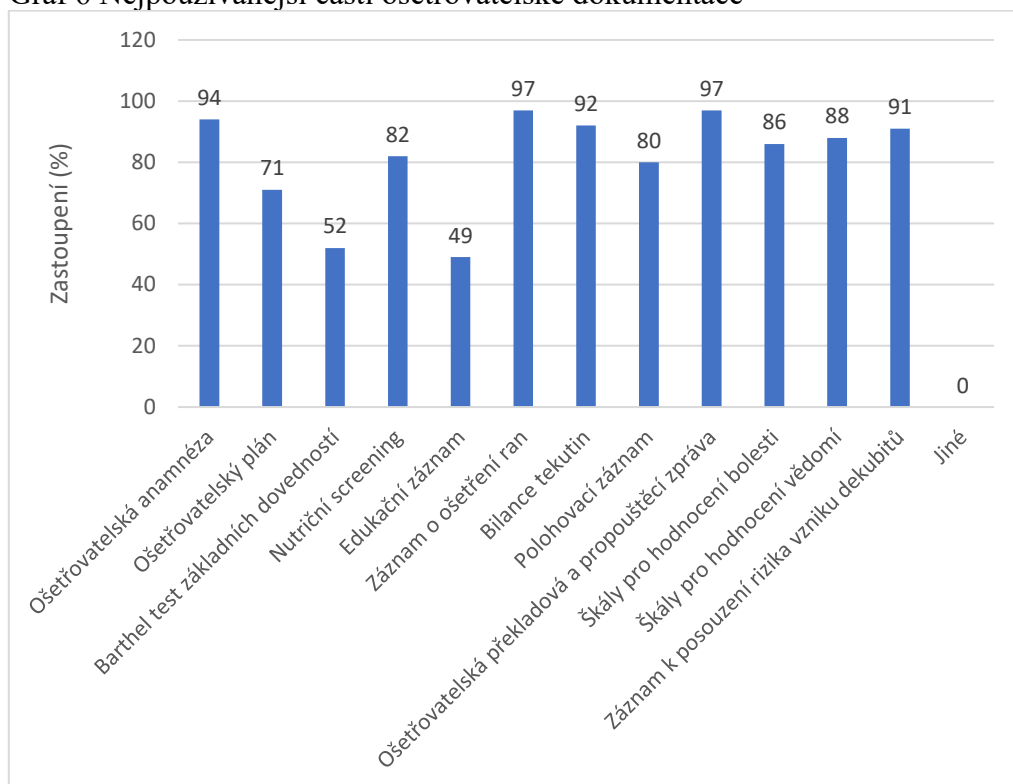
Graf 5 Jakým způsobem vedou respondenti ošetrovatelskou dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 ukazuje, jakým způsobem respondenti vedou ošetrovatelskou dokumentaci. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů jich nejvíce odpovědělo, že ošetrovatelskou dokumentaci vedou elektronicky + písemně, konkrétně se jednalo o 93 (49 %) respondentů. Ošetrovatelskou dokumentaci písemně vede 63 (34 %) respondentů a pouze elektronicky 32 (17 %) respondentů.

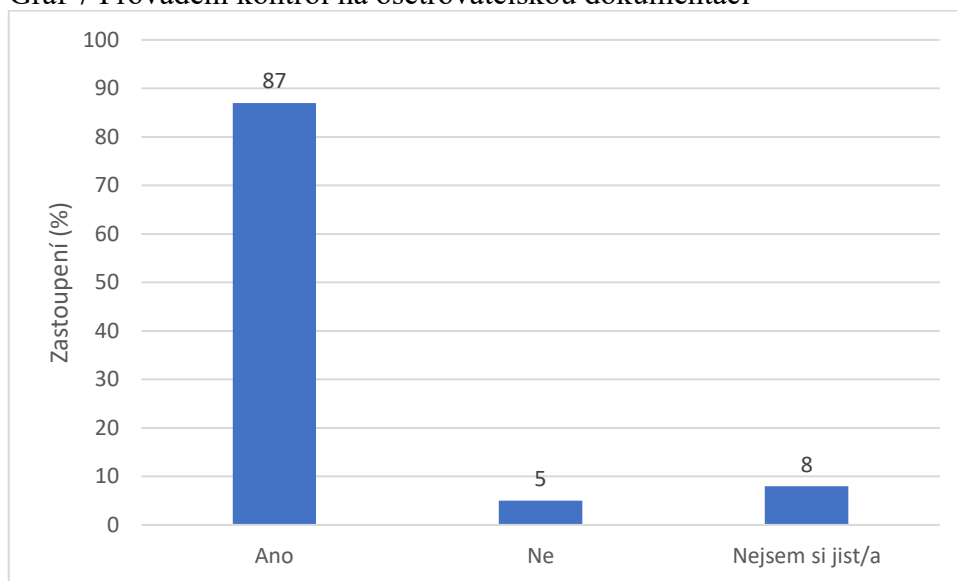
Graf 6 Nejpoužívanější části ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 ukazuje nejpoužívanější části ošetrovatelské dokumentace. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Celkově se orientačně výsledky držely nad 50 %. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů v ošetrovatelské dokumentaci používá 177 (94 %) respondentů ošetrovatelskou anamnézu, 134 (71 %) ošetrovatelský plán, Barthel test základních dovedností používá 97 (52 %) respondentů, nutriční screening 154 (82 %) respondentů. Většina respondentů 183 (97 %) používá záznam o ošetření ran. Bilanci tekutin používá 172 (92 %) respondentů, polohovací záznam 151 (80 %). Ošetrovatelskou překládovou a propouštěcí zprávu používá také většina respondentů, a to 183 (97 %). 161 (86 %) respondentů ve své praxi využívá škály pro hodnocení bolesti, 165 (88 %) respondentů využívá škály pro hodnocení vědomí a 171 (91 %) respondentů využívá záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů.

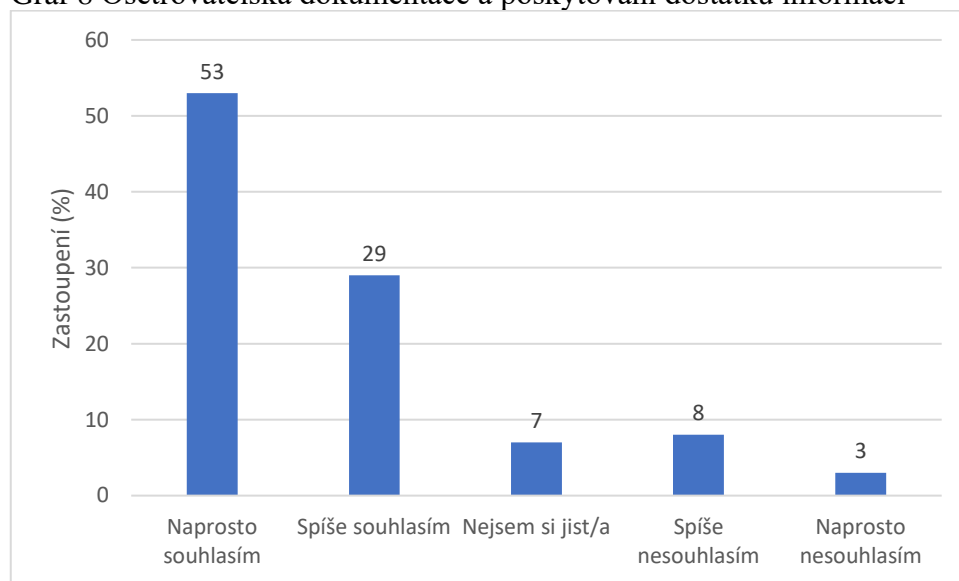
Graf 7 Provádění kontrol na ošetrovatelskou dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 uvádí odpovědi respondentů na to, zda se provádí kontroly ošetrovatelské dokumentace. Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů 163 (87 %) odpovědělo ano, 9 (5 %) odpovědělo, že se kontroly ošetrovatelské dokumentace neprovádí, 16 (8 %) si není jisto.

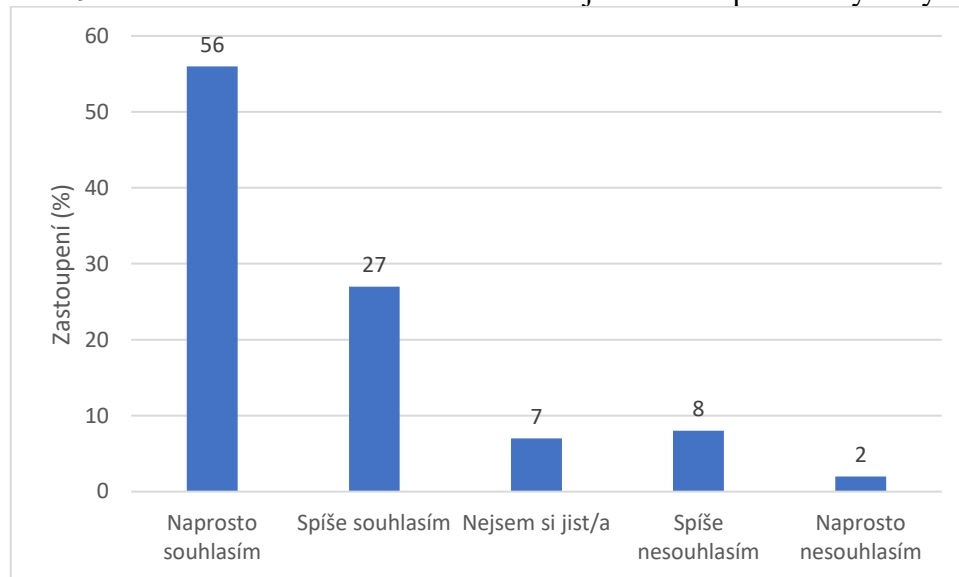
Graf 8 Ošetrovatelská dokumentace a poskytování dostatku informací



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 ukazuje, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje respondentům dostatek informací o klientech. Celkem 99 (53 %) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací, 54 (29 %) respondentů spíše souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací. 13 (7 %) respondentů si není jistých, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací. A pouze 11 % (22) respondentů si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje dostatek informací o pacientech.

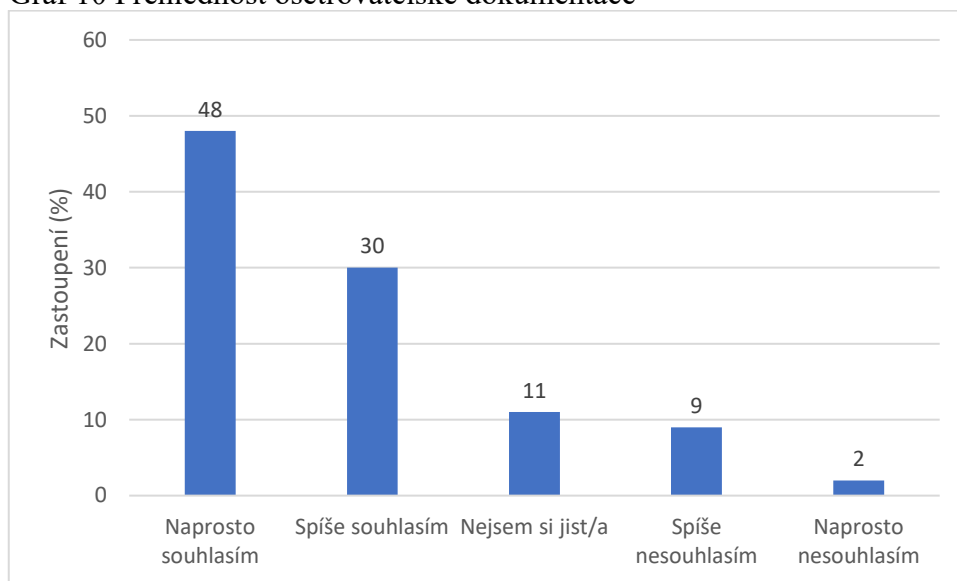
Graf 9 Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 popisuje, zda si respondenti myslí, že ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů. Celkově kladně odpovědělo 162 (83 %) respondentů, 12 (7 %) respondentů si není jistých, zda ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů, a pouze 19 (10 %) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů.

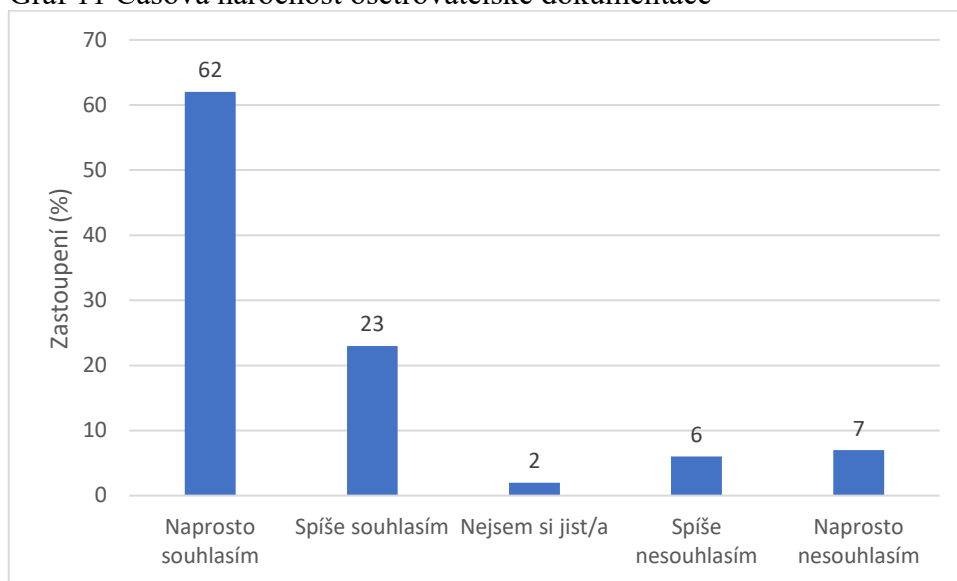
Graf 10 Přehlednost ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100 %) respondentů se 146 (78 %) ztotožňuje s názorem, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná. 22 (11 %) respondentů si není jistých a 20 (11 %) respondentů má negativní názor na přehlednost ošetrovatelské dokumentace.

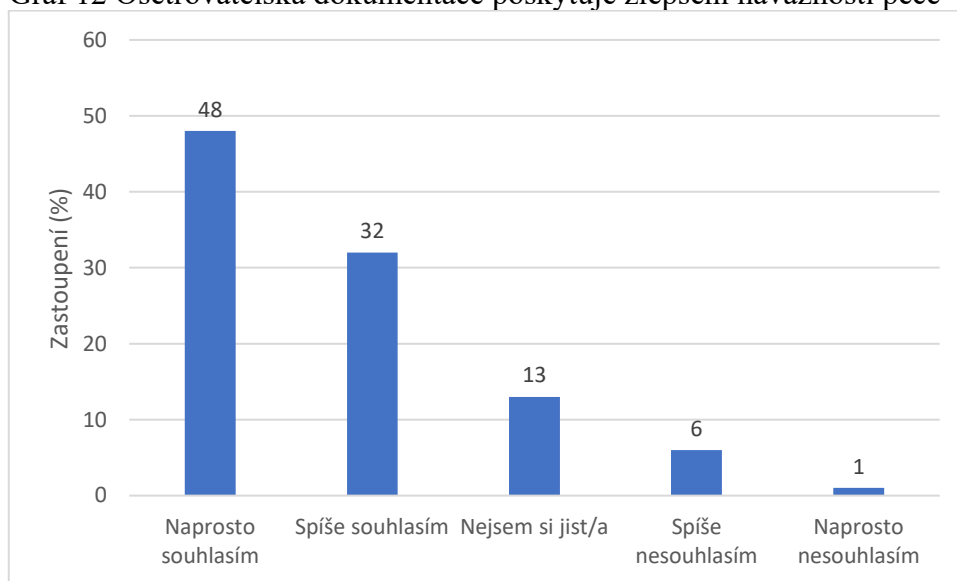
Graf 11 Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 ukazuje názor respondentů na časovou náročnost ošetrovatelské dokumentace. Celkem 117 (62 %) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, 43 (23 %) respondentů souhlasí už méně. Pouze 4 (2 %) respondenti si nejsou jisti časovou náročností ošetrovatelské dokumentace. A celkově 24 (13 %) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není časově náročná.

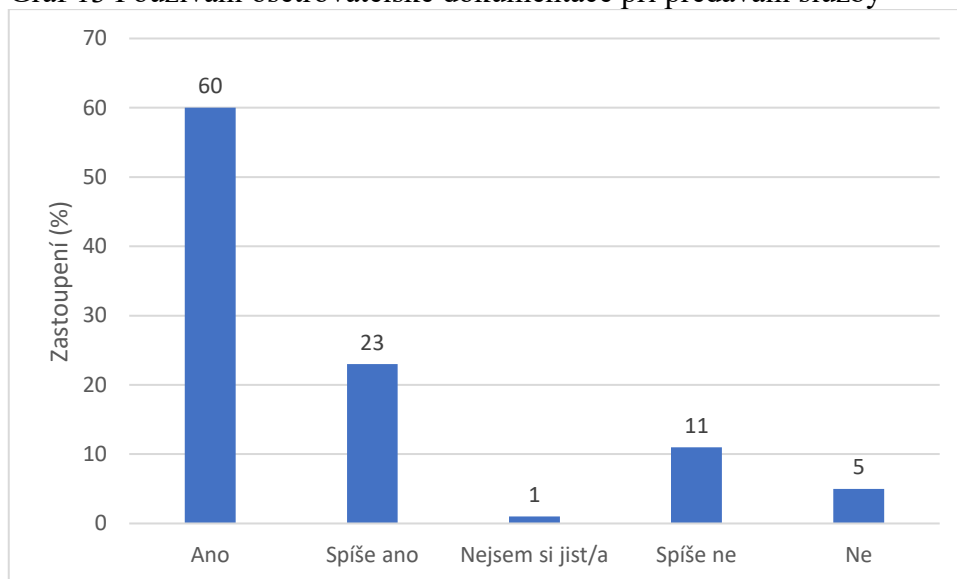
Graf 12 Ošetrovatelská dokumentace poskytuje zlepšení návaznosti péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 popisuje názor respondentů na zlepšování návaznosti péče díky ošetrovatelské dokumentaci. Celkem 149 (80 %) respondentů má kladný názor na zlepšení návaznosti péče pomocí ošetrovatelské dokumentace, 24 (13 %) respondentů si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče, a pouze 15 (7 %) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje lepší návaznost péče.

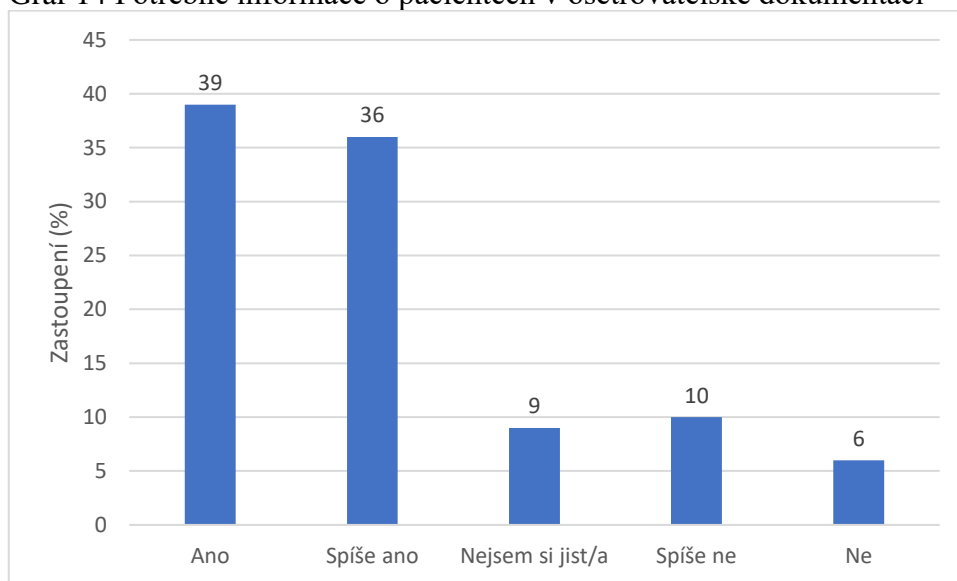
Graf 13 Používání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu 13 můžeme vidět, zda respondenti používají ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby. Celkem 155 (83 %) respondentů používá ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby. Pouze 2 (1 %) respondenti si nejsou jistí. A dohromady 31 (16 %) respondentů ošetrovatelskou dokumentaci při předávání pacienta nepoužívá.

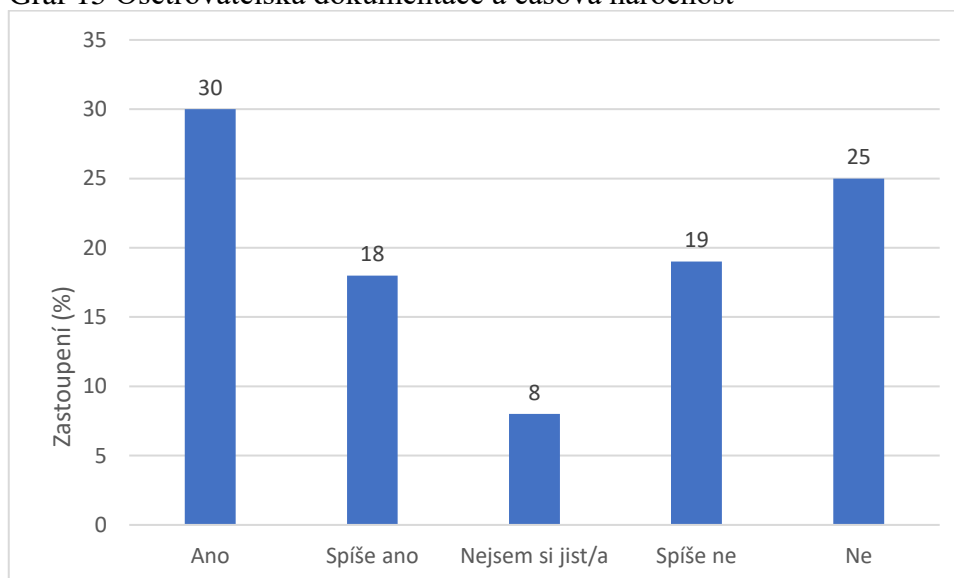
Graf 14 Potřebné informace o pacientech v ošetrovatelské dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 popisuje odpověď na otázku: „*Poskytuje Vám ošetrovatelská dokumentace veškeré potřebné informace o pacientech?*“ Celkem 140 (75 %) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje veškeré potřebné informace o pacientech. 17 (9 %) respondentů si není jistých a 31 (16 %) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje veškeré potřebné informace o pacientech.

Graf 15 Ošetrovatelská dokumentace a časová náročnost



Zdroj: Vlastní zdroj

Na grafu 15 je znázorněný názor respondentů na otázku: „*Domníváte se, že trávíte vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta?*“ Kladný názor na tuto otázku má 91 (48 %) respondentů, 15 (8 %) si není jistých a 82 (44 %) respondentů se neztotožňuje s názorem, že vedením ošetrovatelské dokumentace tráví více času než péčí o pacienta.

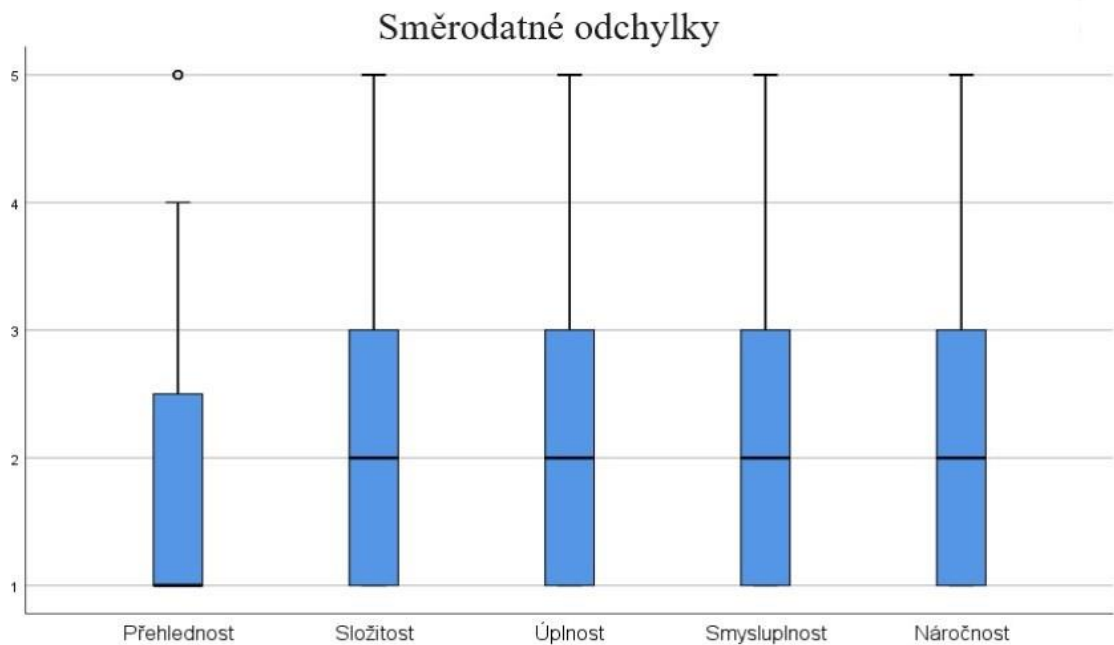
Tabulka 1: Hodnocení ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Celkem	Průměr	Směrodatná odchylka
Přehlednost	99	42	28	14	5	188	1,9	1,091139
Složitost	80	49	38	8	13	188	2,1	1,189719
Úplnost	87	51	29	16	5	188	1,9	1,092422
Smysluplnost	90	37	36	13	12	188	2,0	1,232666
Náročnost	77	33	41	17	20	188	2,3	1,360746

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jako ve škole, 1 = výborně, 5 = nedostatečné)

Tabulka 1 popisuje, jak respondenti hodnotí ošetrovatelskou dokumentaci v různých oblastech. Na základě výsledků lze říct, že respondenti jsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojeni ve všech oblastech. Popis směrodatné odchylky viz graf 16.

Graf 16 Směrodatné odchyly jednotlivých oblastí hodnocení ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 popisuje rozdělení sledovaných proměnných. Je z nich patrné, že u přehlednosti je medián 1, u ostatních sledovaných proměnných je medián 2. Dále je patrné, že přehlednost se liší ve variabilitě. Málo lidí dávalo 5, většinou se rozhodovali pro hodnocení 1–4. U ostatních sledovaných proměnných byly obvyklé všechny varianty odpovědi, tedy 1–5.

5 Statistické vyhodnocení hypotéz

V této podkapitole se budeme zabývat statistickým testováním stanovených hypotéz.

Hypotéza 1:

H0: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe.

HA: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče není ovlivněn délkou praxe.

Testování této hypotézy proběhlo na základě kvantitativního výzkumu dle otázek: 6, 9, 10, 11, 12, 13, které mapovaly pouze názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Hypotézu budu testovat pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, protože hypotéza sleduje vztah mezi dvěma kategoriálními proměnnými. Předpoklad testu byl ověřen. Testy budou provedeny na 5% hladině významnosti.

Tabulka 2: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací

Poskytuje dostatek informací (%)						
p = 0,002	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	14,36	3,19	1,06	1,06	1,06	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	14,36	3,19	1,06	1,06	0,53	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	10,64	4,26	1,06	1,60	1,06	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	9,57	6,91	0,53	1,06	0,53	18,62
Nad 10 let	3,72	11,17	3,19	3,19	0,53	21,81
Celkem	52,66	28,72	6,91	7,98	3,72	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací. Dle tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s dostatkem informací naprostou souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 3: Ošetřovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů

Usnadňuje kontrolu provedených výkonů (%)						
p = 0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	14,36	4,26	1,06	0,53	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	14,36	4,26	0,00	1,06	0,53	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	11,70	3,19	1,06	2,13	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	12,23	4,26	1,06	1,06	0,00	18,62
Nad 10 let	3,72	11,17	3,19	3,19	0,53	21,81
Celkem	56,38	27,13	6,38	7,98	2,13	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetřovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s usnadněním kontroly provedených výkonů naprosto souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 4 : Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Je přehledná (%)						
p < 0,001	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	13,30	4,79	1,60	0,53	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,77	3,19	1,60	2,13	0,53	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	5,85	1,60	0,53	1,06	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	9,57	4,79	1,06	3,19	0,00	18,62
Nad 10 let	2,66	11,17	5,85	2,13	0,00	21,81
Celkem	47,87	29,79	11,70	8,51	2,13	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s přehledností naprosto souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 5: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace

Je časově náročná (%)						
p < 0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	13,30	2,66	1,06	0,00	3,72	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	16,49	3,72	0,00	0,00	0,00	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	4,26	0,53	1,60	2,66	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	13,30	3,19	0,00	2,13	0,00	18,62
Nad 10 let	9,57	9,04	0,53	2,13	0,53	21,81
Celkem	62,23	22,87	2,13	5,85	6,91	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s časovou náročností naprosto souhlasí významně více sester s praxí od roku do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 6: Poskytování návaznosti péče

Zlepšuje návaznost péče (%)						
p < 0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	13,30	4,26	1,06	1,06	1,06	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,30	5,32	1,06	0,53	0,00	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	4,79	2,66	1,06	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	9,04	7,45	0,53	1,60	0,00	18,62
Nad 10 let	2,66	9,57	7,45	2,13	0,00	21,81
Celkem	47,87	31,38	12,77	6,38	1,60	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že zlepšením návaznosti péče naprostou souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 7: Ošetrovatelská dokumentace při předávání služby

Využíváte ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby? (%)						
p < 0,001	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
Do 12 měsíců	14,36	2,66	0,00	2,66	1,06	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	15,43	2,66	0,00	0,00	2,13	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	5,85	0,00	2,66	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	5,32	3,19	0,53	4,79	4,79	18,62
Nad 10 let	10,11	6,91	0,53	3,72	0,53	21,81
Celkem	54,79	21,28	1,06	13,83	9,04	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve využívání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby využívá významně více sester s praxí od roku do 2 let než sester s praxí od 5 do 10 let.

Tabulka 8: Zaznamenávání zbytečných informací

Domníváte se, že v dokumentaci je zaznamenávání některých informací zbytečné? (%)						
p = 0,001	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
Do 12 měsíců	4,79	2,66	1,06	1,06	11,17	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	3,19	2,66	0,53	1,60	12,23	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	3,72	4,79	1,06	3,72	5,32	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	5,32	3,19	0,53	4,79	4,79	18,62
Nad 10 let	7,45	4,79	2,13	5,85	1,60	21,81
Celkem	24,47	18,09	5,32	17,02	35,11	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zaznamenávány zbytečně. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s tímto názorem nesouhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 9: Důležité informace o pacientech

Poskytuje Vám ošetrovatelská dokumentace veškeré potřebné informace o pacientech? (%)						
p < 0,001	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
Do 12 měsíců	12,23	4,26	1,60	1,60	1,06	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,23	4,26	0,00	0,00	3,72	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	5,85	8,51	0,53	3,19	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	6,38	7,45	1,60	2,13	1,06	18,62
Nad 10 let	2,66	11,17	5,32	2,66	0,00	21,81
Celkem	39,36	35,64	9,04	9,57	6,38	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje všechny potřebné informace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s tímto názorem naprosto souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 10: Čas a dokumentace

Domníváte se, že trávíte vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta? (%)						
p = 0,031	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
Do 12 měsíců	7,98	3,72	2,13	1,60	5,32	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	6,91	2,66	0,00	3,72	6,91	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	4,79	4,26	0,53	2,66	6,38	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	5,32	2,13	1,06	4,79	5,32	18,62
Nad 10 let	4,79	5,85	3,72	5,85	1,60	21,81
Celkem	29,79	18,62	7,45	18,62	25,53	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší v názoru na to, že tráví ošetrovatelskou dokumentací více času než péčí o pacienta. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s tímto názorem naprosto nesouhlasí významně více sester s praxí od 1 roku do 5 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka 11: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Jak vnímáte ošetrovatelskou dokumentaci na Vašem oddělení? (známkování jako ve škole, 1 = výborně, 5 = nedostatečné) (%)						
Přehlednost						
p < 0,001	1	2	3	4	5	Celkem
Do 12 měsíců	15,43	2,66	1,06	1,06	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	15,43	1,06	1,06	1,60	1,06	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,32	3,72	1,06	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	9,57	4,79	1,60	2,13	0,53	18,62
Nad 10 let	4,26	8,51	7,45	1,60	0,00	21,81
Celkem	52,66	22,34	14,89	7,45	2,66	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve vnímání ošetrovatelské dokumentace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že jako výbornou ji vidí významně častěji sestry s praxí do 2 let než sestry s praxí nad 10 let.

Tabulka 12: Složitost ošetrovatelské dokumentace

Složitost (%)						
p = 0,019	1	2	3	4	5	Celkem
Do 12 měsíců	12,23	3,19	3,72	1,06	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,23	2,13	3,72	0,00	2,13	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	7,45	5,32	3,72	1,06	1,06	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	6,91	5,85	3,19	0,53	2,13	18,62
Nad 10 let	3,72	9,57	5,85	1,60	1,06	21,81
Celkem	42,55	26,06	20,21	4,26	6,91	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve vnímání složitosti ošetrovatelské dokumentace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že jako snadnou (ne složitou) ji vidí významně častěji sestry s praxí do 2 let než sestry s praxí nad 10 let.

Tabulka 13: Úplnost ošetrovatelské dokumentace

Úplnost (%)						
p < 0,001	1	2	3	4	5	Celkem
Do 12 měsíců	13,83	3,72	2,13	0,53	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,83	2,13	2,13	1,06	1,06	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,85	1,60	2,66	0,53	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	7,45	5,85	3,19	1,60	0,53	18,62
Nad 10 let	3,19	9,57	6,38	2,66	0,00	21,81
Celkem	46,28	27,13	15,43	8,51	2,66	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve vnímání úplnosti ošetrovatelské dokumentace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že jako úplnou (známka 1) ji vidí významně častěji sestry s praxí do 2 let než sestry s praxí nad 10 let.

Tabulka 14: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace

Smysluplnost (%)						
p = 0,004	1	2	3	4	5	Celkem
Do 12 měsíců	13,30	3,72	2,13	1,06	0,53	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,83	2,13	2,66	0,53	1,06	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,32	3,72	0,53	1,06	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	9,04	3,19	2,66	1,60	2,13	18,62
Nad 10 let	3,72	5,32	7,98	3,19	1,60	21,81
Celkem	47,87	19,68	19,15	6,91	6,38	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve vnímání smysluplnosti ošetrovatelské dokumentace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že jako smysluplnou (známka 1) ji vidí významně častěji sestry s praxí do 2 let než sestry s praxí nad 10 let.

Tabulka 15: Náročnost ošetrovatelské dokumentace

Náročnost (%)						
p < 0,001	1	2	3	4	5	Celkem
Do 12 měsíců	12,77	3,72	2,13	2,13	0,00	20,74
Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky	11,70	1,60	3,72	0,00	3,19	20,21
Více než 2 roky, ale méně než 5 let	6,38	2,66	4,26	3,19	2,13	18,62
Více než 5 let, ale méně než 10 let	6,91	3,72	3,19	0,53	4,26	18,62
Nad 10 let	3,19	5,85	8,51	3,19	1,06	21,81
Celkem	40,96	17,55	21,81	9,04	10,64	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle délky praxe statisticky významně liší ve vnímání náročnosti ošetrovatelské dokumentace. Na základě tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že jako nenáročnou (známka 1) ji vidí významně častěji sestry s praxí do 2 let než sestry s praxí nad 10 let. Sestry nad 10 let hodnotí náročnost významně častěji hodnotou 3 než sestry s praxí do 2 let.

Pro celkové zhodnocení první hypotézy byly použity tabulky č. 9–22. Všechny statistické výsledky, které jsem provedla pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu, kde je hladina významnosti stanovena na 5 %, mají hladinu významnosti < 5 %, proto přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme alternativní. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe.

Hypotéza 2:

H0: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn vzděláním.

HA: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče není ovlivněn vzděláním.

Testování této hypotézy proběhlo na základě kvantitativního výzkumu dle otázek: 6, 9, 10, 11, 12, 13, které mapovaly pouze názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Hypotézu budu testovat pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, protože hypotéza sleduje vztah mezi dvěma kategoriálními proměnnými. Předpoklad testu byl ověřen. Testy budou provedeny na 5% hladině významnosti.

Tabulka 16: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací

Poskytuje dostatek informací (%)						
p = 0,238	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
SZŠ	18,09	8,51	2,66	2,66	0,53	32,45
VŠ	14,89	13,83	2,66	1,60	1,06	34,04
VOŠ	21,28	6,38	1,60	3,72	0,53	33,51
Celkem	54,26	28,72	6,91	7,98	2,13	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací.

Tabulka 17: Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů

Usnadňuje kontrolu provedených výkonů (%)						
p = 0,170	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
SZŠ	19,15	6,91	3,19	2,13	1,06	32,45
VŠ	18,62	10,64	2,66	1,60	0,53	34,04
VOŠ	21,81	7,98	0,00	3,72	0,00	33,51
Celkem	59,57	25,53	5,85	7,45	1,60	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů.

Tabulka 18: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je přehledná (%)						
p = 0,239	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím	Celkem
SZŠ	16,49	8,51	5,32	1,60	0,53	32,45
VŠ	13,83	11,17	5,85	2,66	0,53	34,04
VOŠ	18,09	9,57	1,06	4,26	0,53	33,51
Celkem	48,40	29,26	12,23	8,51	1,60	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na přehlednost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 19: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je časově náročná (%)						
p < 0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
SZŠ	15,43	6,91	1,60	2,66	5,85	32,45
VŠ	20,21	11,17	0,00	2,13	0,53	34,04
VOŠ	26,60	4,26	0,53	2,13	0,00	33,51
Celkem	62,23	22,34	2,13	6,91	6,38	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně liší v názoru na časovou náročnost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 20: Ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče

Ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče						
p = 0,052	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
SZŠ	17,02	6,91	4,26	3,19	1,06	32,45
VŠ	14,89	11,17	5,85	1,60	0,53	34,04
VOŠ	17,02	11,70	2,66	1,60	0,53	33,51
Celkem	48,94	29,79	12,77	6,38	2,13	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče.

Tabulka 21: Ošetrovatelská dokumentace za předávání služby

Využíváte ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby? (%)						
p = 0,444	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
SZŠ	20,21	5,32	0,00	5,32	1,60	32,45
VŠ	19,68	7,45	0,53	4,79	1,60	34,04
VOŠ	20,74	9,04	0,00	1,60	2,13	33,51
Celkem	60,64	21,81	0,53	11,70	5,32	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší ve využívání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby.

Tabulka 22: Zaznamenávání zbytečných informací

Domníváte se, že v ošetrovatelské dokumentaci je zaznamenávání některých informací zbytečné? (%)						
p = 0,005	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
SZŠ	8,51	4,26	1,06	3,72	14,89	32,45
VŠ	7,45	7,45	3,19	10,11	5,85	34,04
VOŠ	7,98	6,38	1,60	3,19	14,36	33,51
Celkem	23,94	18,09	5,85	17,02	35,11	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně liší v názoru na to, že zaznamenávání některých informací do ošetrovatelské dokumentace je zbytečné. Sestry se vzděláním SZŠ a VOŠ si významně častěji myslí, že zaznamenávání některých informací do ošetrovatelské dokumentace není vůbec zbytečné, na rozdíl od sester s VŠ vzděláním. Ty hodnotí zaznamenávání některých informací do ošetrovatelské dokumentace jako zbytečné.

Tabulka 23: Potřebné informace o pacientech

Poskytuje Vám ošetrovatelská dokumentace veškeré potřebné informace o pacientech? (%)						
p = 0,066	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
SZŠ	14,89	10,64	4,26	2,66	0,00	32,45
VŠ	9,04	14,89	2,13	4,79	3,19	34,04
VOŠ	14,89	10,11	2,66	2,66	3,19	33,51
Celkem	38,83	35,64	9,04	10,11	6,38	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na to, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje veškeré potřebné informace o pacientech.

Tabulka 24: Dokumentace a čas

Domníváte se, že trávíte vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta? (%)						
p = 0,025	Ano	Spíše ano	Nejsem si jist/a	Spíše ne	Ne	Celkem
SZŠ	7,45	5,32	4,79	4,79	10,11	32,45
VŠ	9,04	5,32	2,66	9,57	7,45	34,04
VOŠ	13,30	7,98	0,53	4,26	7,45	33,51
Celkem	29,79	18,62	7,98	18,62	25,00	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je nižší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně liší v názoru na to, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta. Sestry se vzděláním VOŠ významně častěji souhlasí s tím, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než péčí o pacienta, na rozdíl od sester se SZŠ vzděláním.

Tabulka 25: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Přehlednost (%)						
p = 0,287	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	19,68	5,32	4,26	2,13	1,06	32,45
VŠ	13,83	10,64	6,38	1,60	1,60	34,04
VOŠ	18,62	5,85	3,72	3,19	2,13	33,51
Celkem	52,13	21,81	14,36	6,91	4,79	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na přehlednost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 26: Složitost ošetrovatelské dokumentace

Složitost (%)						
p = 0,504	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	15,96	7,98	4,26	1,60	2,66	32,45
VŠ	11,70	11,17	7,45	1,06	2,66	34,04
VOŠ	14,36	6,91	8,51	2,13	1,60	33,51
Celkem	42,02	26,06	20,21	4,79	6,91	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na složitost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 27: Úplnost ošetrovatelské dokumentace

Úplnost (%)						
p = 0,263	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	15,43	7,98	6,38	2,13	0,53	32,45
VŠ	11,17	12,23	6,38	3,19	1,06	34,04
VOŠ	18,62	7,98	2,66	3,19	1,06	33,51
Celkem	45,21	28,19	15,43	8,51	2,66	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na úplnost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 28: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace

Smysluplnost (%)						
p = 0,562	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	17,02	4,79	7,45	2,13	1,06	32,45
VŠ	13,30	8,51	6,91	2,13	3,19	34,04
VOŠ	17,02	6,38	4,79	3,19	2,13	33,51
Celkem	47,34	19,68	19,15	7,45	6,38	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na smysluplnost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 29: Náročnost ošetrovatelské dokumentace

Náročnost (%)						
p = 0,936	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	13,30	4,79	6,91	3,72	3,72	32,45
VŠ	12,77	6,38	7,45	3,72	3,72	34,04
VOŠ	14,36	3,19	7,45	3,19	5,32	33,51
Celkem	40,43	14,36	21,81	10,64	12,77	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle p-hodnoty Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, která je vyšší než zvolená hladina významnosti, se sestry dle nejvyššího dosaženého vzdělání statisticky významně neliší v názoru na náročnost ošetrovatelské dokumentace.

Pro celkové zhodnocení první hypotézy byly použity tabulky č. 23–35. Statistické výsledky, které jsem provedla pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu, kde je hladina významnosti stanovena na 5 %, tak 12 tabulek má hladinu významnosti > 5 % a pouze dvě tabulky < 5 %, proto přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme alternativní. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče není ovlivněn vzděláním.

6 Vyhodnocení kvalitativního výzkumu

6.1 Charakteristika probandů

Tabulka 30: Charakteristika probandů

SESTRA	VĚK	ROKY PRAXE V INTENZIVNÍ PÉČI	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ODDĚLENÍ
S01	25	3	VŠ – Bc.	ARO
S02	28	5	VŠ – Bc.	JIP
S03	31	6	SZŠ	ARO
S04	26	7	SZŠ	ARO
S05	23	4	VŠ – Bc.	JIP
S06	54	26	SZŠ	JIP
S07	37	14	SZŠ	JIP
S08	36	14	VŠ – Mgr.	JIP
S09	28	9	VŠ – Bc.	ARO
S10	36	17	SZŠ	ARO

Zdroj: Vlastní výzkum

6.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Kategorie 1 Ošetrovatelská dokumentace a sestry

Podkategorie – Ošetrovatelská dokumentace

V podkategorii pojem ošetrovatelská dokumentace byli probandi tázáni, co si představí pod pojmem ošetrovatelská dokumentace. Deset dotázaných sester se shodlo na tom, že si pod tímto pojmem představí dokumentaci, která poskytuje informace o stavu pacienta a napomáhá jim v ošetrovatelském procesu u pacienta, při kontrole provedených výkonů a naplňuje potřebu pacientů. Například S04 uvedla: „*Pod pojmem ošetrovatelská dokumentace si představím důležitou část práci sestry. Díky ní můžeme zaznamenávat naši provedenou práci u pacientů, usnadňuje předávání informací o provedeném ošetrovatelském procesu mezi směnami.*“

V odpovědích na otázku týkající se důležitosti vedení ošetrovatelské dokumentace se všechny sestry opět shodovaly. Dle sester je vedení ošetrovatelské dokumentace důležité, jak z právního hlediska, tak v návaznosti ošetrovatelského procesu u pacientů. Napomáhá jim v poskytování návaznosti péče. Například S03 uvedla: „*Za mě rozhodně, ano. Ošetrovatelská dokumentace poskytuje informace o výkonech u pacienta a zabrání se duplikaci výkonů. Poskytuje návaznost péče a je to nedílnou součástí právní ochrany sester.*“

Podkategorie – význam ošetrovatelské dokumentace

V podkategorii význam ošetrovatelské dokumentace byly sestry tázány, zda ošetrovatelskou dokumentaci považují za důležitý materiál. Sestra S02 uvádí: „*Ano, sestra může dohledat informace o pacientovi, včetně alergií, léky, na které pacient reaguje při bolesti a poskytuje návaznost péče.*“ S tímto tvrzením souhlasí i zbytek dotázaných. „*Ošetrovatelská dokumentace je velmi důležitý materiál pro sestru. Uspadňuje kontrolu provedených výkonů a zaznamenávání stavu pacienta. A také si myslím, že ošetrovatelská dokumentace není důležitá jen pro sestru, ale také pro lékaře.*“ (S08)

Dalším faktorem pro tuto podkategorii byla otázka zaměřená na význam ošetrovatelské dokumentace konkrétně pro dotazované sestry. S04 ve své odpovědi uvedla: „*Konkrétně pro mě má velký význam, vzhledem k tomu, že působím zejména jako anesteziologická sestra na operačních sálech a na ARO lůžka docházím vypomáhat sporadicky. Ústní předání pacienta mezi směny trvá zpravidla maximálně 15 minut, tudíž není možné předat veškeré informace o pacientech na oddělení intenzivní péče. Z toho důvodu nahlížím zpětně do ošetrovatelské dokumentace, abych měla kompletní informace o provedené péči a tím mohla zkvalitnit péči z mé strany. Oblasti v ošetrovatelské dokumentaci, které mají pro mě význam, jsou: Anamnézy pacienta jak příjmová, tak překládová, bilance tekutin, hodnocení ran, měřicí škály, teplotka. Vlastně skoro celá ošetrovatelská dokumentace.*“ Podobný názor také uvádějí S01, S02, S03, S08, S09. „*Bohužel jen částečně. Za sebe mohu říct, že poskytuje pouze dodatečné informace o pacientovi*“ (S05). „*Po létech praxe v intenzivní péči konkrétně pro mě význam nemá, ale pro ošetrovatelskou péči ano*“ (S06). Podobný názor jako sestra S06 má i S07, která uvedla: „*Pro mě osobně ne, ale pro moji práci a péči o pacienta ano.*“ S10 sdělila: „*Za sebe musím říct, že bohužel ne, nepříjde mi to úplně důležité.*“

Podkategorie – proškolenost personálu

Další podkategorie vznikla na základě otázky, u které jsem se sester dotazovala, zda byly proškoleny ohledně ošetrovatelské dokumentace a zda toto školení bylo dostatečné. Všechny sestry až na jednu se shodly, že proškoleny byly a školila je jejich

školicí sestra a školení za ně bylo dostačující. „*Nejsem si vědom, že by mě někdo školil*“ (S05).

Podkategorie – problémy v ošetrovatelské dokumentaci

Tuto podkategorii jsem stanovila podle otázky, kde jsem se sester ptala, s jakými nejčastějšími problémy se setkávají při práci s ošetrovatelskou dokumentací. „*Občas se stane, že s kolegy pochopíme zápis do dokumentace každý po svém a může dojít k nejasnostem, ale vždy se můžeme mezi sebou poradit a zápis sjednotit. Dále v současné době je ošetrovatelská dokumentace velmi rozsáhlá, zabírá více času a obírá nás o čas, který bychom mohli věnovat pacientům, ale ve finále jsem raději pro precizní a podrobnější vedení dokumentace, která chrání každou sestru a pomáhá při předávání informací o ošetrovatelské péči. Jiné problémy mě nenapadají*“ (S04). Jeden z problémů, které sestry uvedly, jsou: „*nečitelné zápisy*“ (S09, S08, S06, S05). S1 uvádí jako nejčastější problém toto: „*Ano, například špatné zaznamenávání do hodnocení ran, zápisy jsou neúplné, rána není pořádně popsána a nelze pak zhodnotit, zda se rána hojí, či ne.*“ Sestry S02, S03, S07 a S10 se shodují, že žádné problémy při práci s ošetrovatelskou dokumentací nemají. Velice se mi líbí názor S04, která uvedla: „*Občas se stane, že s kolegy pochopíme zápis do dokumentace každý po svém a může dojít k nejasnostem, ale vždy se můžeme mezi sebou poradit a zápis sjednotit. Dále v současné době je ošetrovatelská dokumentace velmi rozsáhlá, zabírá více času a obírá nás o čas, který bychom mohli věnovat pacientům, ale ve finále jsem raději pro precizní a podrobnější vedení dokumentace, která chrání každou sestru a pomáhá při předávání informací o ošetrovatelské péči. Jiné problémy mě nenapadají.*“

Kategorie 2 Části ošetrovatelské dokumentace

Podkategorie – části ošetrovatelské dokumentace

Tato podkategorie byla stanovena na základě otázky, která se týkala částí ošetrovatelské dokumentace, kterou sestry využívají. Nejčastější část ošetrovatelské dokumentace, již sestry uvedly je: VAS – hodnocení bolesti, bilanční list, ošetrovatelská příjmová a překládová zpráva, hodnocení rizika dekubitů, nutriční screening, přehled

invazivních vstupů, polohovací záznam, hodnocení vědomí, ošetrovatelská anamnéza, předání věcí a cenností.

Dále byla tato podkategorie stanovena podle otázky, která se vztahuje k ošetrovatelské anamnéze při příjmu nového pacienta. S04 sdělila: „*Při příjmu pacienta se vždy vyplňuje ošetrovatelská anamnéza. Každá sestra ji vyplňuje podle svých zvyklostí, zpravidla je to co nejdříve od příjetí po zajištění neodkladné péče. V případě potřeby se doplňují informace po řádném ověření jejich validity. Ošetrovatelskou anamnézu je potřeba vyplnit do 24 hodin od příjetí.*“ S09 uvádí: „*Ano, u každého pacienta, vyplňujeme ji po 3 hodinách po příjmu pacienta.*“ S03 sdělila: „*Ano, vyplňujeme ji ihned při příjmu pacienta.*“ Všech deset dotázaných sester se shodlo, že ošetrovatelskou anamnézu vyplňují u každého pacienta, ale rozcházejí se v časech.

Kategorie 3 Časová náročnost a přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Podkategorie – přehlednost

Stanovení této podkategorie proběhlo na základě otázky, kde jsem se sester ptala, zda je jejich ošetrovatelská dokumentace vedena přehledně. S6 uvádí: „*Bohužel ne, ošetrovatelská dokumentace se stále mění a nevyhovuje mi.*“ Se S6 se shoduje i odpověď S8, která sdělila: „*Bohužel ne, stále se mění a nevyhovuje.*“ Přehlednost ošetrovatelské dokumentace ještě nevyhovuje S07, která odpověděla: „*Bohužel jen zčásti, některé informace jsou za mě zbytečně zmatené.*“

Sestry S01, S03, S04, S09 a S10 se shodly, že od té doby, co mají ošetrovatelskou dokumentaci v elektronické podobě, je dokumentace přehledná a jednodušší. „*Ano, používáme elektronickou dokumentaci, kde máme vyhrazenou sekci ošetrovatelskou dokumentaci pro sestry*“ (S01). „*Nyní máme elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, která je určitě rychlejší k zapisování všech záznamů o pacientovi a řekla bych i přehlednější*“ (S04). „*Od té doby, co máme elektronickou dokumentaci, tak ano, papírová mi přišla nepřehledná a chaotická*“ (S09).

Sestry S02, S05 jsou spokojeny i s jejich současnou papírovou ošetrovatelskou dokumentací. „*Ano, sice je to mnoho papírů, ale každá škála má svůj papír a vše je snadno dohledatelné*“ (S02).

Podkategorie – čas a ošetrovatelská dokumentace

Tuto podkategorii jsem stanovila na základě otázky, která se týkala toho, zda sestry stíhají péči o pacienty a ošetrovatelskou dokumentaci. S01 uvedla: *„Záleží na směně a stavu pacienta, pokud se starám o velmi nestabilního pacienta a jezdíme na různá vyšetření, tak na prvním místě je pro mě pacient a poté zaznamenávám věci do dokumentace zpětně, ale myslím si, že to všechno stíhám.“* S tímto tvrzením souhlasí i S02, S03, S04 a S05, které uvádí, že pacient je na prvním místě a ošetrovatelskou dokumentaci zaznamenávají zpětně.

Dvě sestry (S06, S08) uvádí: *„Není dostatek času na ošetrovatelskou dokumentaci.“* Naopak sestry S07, S09, S10 se shodují, že stíhají vyplňovat ošetrovatelskou dokumentaci i se věnovat pacientům, ale elektronická ošetrovatelská dokumentace by jim usnadnila práci. *„Za sebe mohu říct, že ano, ale elektronická ošetrovatelská dokumentace by nám ulehčila práci“* (S07). *„Elektronická ošetrovatelská dokumentace by nám ušetřila spoustu času a bylo by to jednodušší.“* (S10).

Kategorie 4 Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci

Podkategorie – spokojenost

V podkategorii spokojenost byly sestry tázány, zda jsou spokojeny se současnou ošetrovatelskou dokumentací. Pouze dvě sestry jsou s ošetrovatelskou dokumentací nespokojeny. *„Bohužel za sebe ne“* (S06). *„Jak jsem již zmiňovala, tak ne, stále se mění a stále nevyhovuje a je nepřehledná“* (S08). Zbytek sester se shoduje, že jsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojeny. Sestry (S01, S03, S04, S09, S10) uvádějí, že díky elektronické dokumentaci jsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojeny. *„Ano, elektronická ošetrovatelská dokumentace mi přijde přehlednější, než když jsme měli klasickou papírovou formu“* (S01). Podobný názor uvádí i S03: *„Ano, elektronická ošetrovatelská dokumentace je přehlednější a rychlejší a tím pádem máme více času na pacienty u lůžka.“*

Podkategorie – zlepšení ošetrovatelské dokumentace

Další otázka, kterou jsem podávala sestráům, byla, zda by zlepšily svoji ošetrovatelskou dokumentaci, a na tomto podkladě vznikla další podkategorie. Sedm sester (S01, S02, S03, S05, S07, S09, S10) se shoduje, že by ošetrovatelskou dokumentaci neměnily. „*Ano, je jasná a výstižná, lehce pochopitelná*“ (S02). „*Ano, ošetrovatelská dokumentace je přehlednější a rychlejší a tím pádem máme více času na pacienty u lůžka*“ (S03). S6 odpověděla: „*Přejít na elektronickou dokumentaci, kde je snadné a přehledné vyhledávání a vyplňování.*“ S tímto tvrzením souhlasí i S8, která uvedla: „*Zavedla bych dokumentaci do PC, lehčí vyplňování a rychlejší.*“ Velice mě zaujala odpověď S4: „*Napadá mě pouze sjednotit ošetrovatelskou dokumentaci pro všechny nemocnice.*“

Kategorie 5 Předávání informací

Podkategorie – ošetrovatelská dokumentace a předávání hlášení

Další podkategorie, kterou jsem si stanovila, byla na základě otázky, zda sestry používají ošetrovatelskou dokumentaci. S05 uvedla: „*Ošetrovatelskou dokumentaci využívám minimálně.*“ S06 odpověděla: „*Ošetrovatelská dokumentace mi nepřipadá úplně důležitá, takže ji při předávání pacienta moc nepoužívám.*“ S tímto tvrzením se ztotožňuje i S08.

Ostatní sestry uvádějí, že ošetrovatelskou dokumentaci při předávání hlášení využívají. Například S1 uvedla: „*Ano, ošetrovatelská dokumentace je pro mě nedílnou součástí při předávání hlášení, abych na něco nezapomněla.*“ S tím souhlasí i sestra S04, která uvádí: „*Je to dle zvyklosti každé sestry, já nahlížím do ošetrovatelského plánu, kde si slovně zapisuji provedenou péči, abych nezapomněla předat důležité informace.*“ Podobnou odpověď uvedla i S09: „*Ano, je to kontrola, abych nezapomněla něco důležitého říct.*“

Podkategorie – důležité informace při předávání hlášení

Tato podkategorie vznikla na podkladu, jaké informace jsou pro sestry důležité při předávání hlášení. Odpovědi sester byly vcelku stejné: „*Dle mého názoru je důležité předat například provedená vyšetření, případné změny celkového stavu pacienta během směny, výměny či funkčnost invazivních vstupů, vyprazdňování, podávanou medikaci,*

další plánované výkony či vyšetření. Zbytek zapisuji podrobněji do ošetrovatelského plánu, aby dané informace mohla další směna dohledat v dokumentaci“ (S4). „Ventilační režim, analgosedace, zda jsou pacientovi podávány katecholaminy, odsávání z dýchacích cest, diuréza, kontrola glykémie, jaká se podávají ATB, vyšetření, která proběhla během dne, funkčnost invazivních vstupů“ (S03).

Podkategorie – jakým způsobem se předává hlášení o pacientech

Další podkategorie je stanovena podle otázky, kde jsem se sester ptala, jakým způsobem si předávají hlášení o pacientech. S02 uvedla: *„Ústně konkrétní sestře, která se o pacienta bude starat, a i písemné hlášení je v každé dokumentaci zapsané za příslušnou směnu.“* S tímto tvrzením souhlasí všechny sestry, které byly tázány. *„Písemně, ústně konkrétní sestře, která se bude o pacienta starat, písemně píšeme hlášení sester u každého pacienta“ (S08).*

Tato podkategorie byla vytvořena také na základě otázky, kde byly sestry tázány, zda do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávají čas předání a převzetí pacienta. S01 odpověděla: *„Ano, zaznamenáváme časy s předáním i převzetím pacienta, aby bylo jasné viditelné, od kolika do kolika se o pacienta jaká sestra starala, také zde musí být datum, razítko a podpis sestry.“* Tuto odpověď jsem dostala od všech sester, které byly tázány.

7. Diskuse

Ošetrovatelskou dokumentaci vyplňuje sestra, ale je cenným zdrojem informací i pro další členy zdravotnického týmu. Uspořádání této části dokumentace bývá odlišné dle specifika oddělení, ale měla by obsahovat zhodnocení pacienta, aktuální změny v jeho stavu, provedené ošetrovatelské intervence, edukaci pacienta a invazivní vstupy (Kapounová 2020).

Diplomová práce byla zaměřena na ošetrovatelskou dokumentaci a předávání pacienta v intenzivní péči. K výzkumu jsem použila jak kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření, tak kvalitativní metodu formou rozhovoru.

Diskusi rozdělím na dvě části. V první části se budu věnovat dotazníkovému šetření. V rámci dotazníkového šetření byly otázky 1–3 zaměřeny na demografické údaje respondentů. Zaměřila jsem se na nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou délku praxe, oddělení, na kterém respondenti pracují. Otázky 4 a 5 se věnují první zmínce o ošetrovatelské dokumentaci a jakou formou respondenti ošetrovatelskou dokumentaci vedou. Otázky 6–13 jsou zaměřeny na názor respondentů ohledně ošetrovatelské dokumentace.

Šestá položka dotazníkového šetření zjišťovala názor respondentů na ošetrovatelskou dokumentaci. Názor mohli vyjádřit celkem v pěti oblastech: poskytování dostatku informací o pacientovi a jeho potřebách, usnadnění kontroly provedených výkonů, přehlednost, časová náročnost a zlepšování návaznosti péče.

První oblast se vztahovala na to, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech. Policar (2010) uvádí, že ošetrovatelská dokumentace je potřebná jako výchozí bod pro poskytování ošetrovatelské péče. S tímto tvrzením se dle mého výzkumu ztotožňuje celkem 153 (82 %) respondentů. 13 (7 %) respondentů si není jistých a pouze 11 % (22) respondentů si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje dostatek informací o pacientech. Podrobné informace jsou popsány v grafu 8.

Ve druhé oblasti respondenti hodnotili, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Celkově kladně odpovědělo 162 (83 %) respondentů, 12 (7 %) si není jistých a pouze 19 (10 %) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu nad provedenými výkony, viz graf 9. Správně zapsané

záznamy a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou nezbytné pro plnohodnotný popis v zájmu vztahu mezi nemocným, sestrou a jejich činnostmi a také se využívají při zhodnocení ošetrovatelských zásahů (Kelnarová et al. 2015).

Třetí oblast se týkala přehlednosti ošetrovatelské dokumentace. Na základě mého výzkumu lze říct, že 146 (78 %) respondentů je spokojeno s přehledností ošetrovatelské dokumentace, 22 (11 %) si není jistých a pouze 11 % respondentů má negativní názor a myslí si, že ošetrovatelská dokumentace není přehledná. Tyto výsledky znázorňuje graf 10. Martina Zemánková (2018) se ve své bakalářské práci s názvem „*Dokumentace ošetrovatelské péče v práci všeobecné sestry*“ také respondentů dotazovala, zda je ošetrovatelská dokumentace přehledná. Celkem 62 % respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, což se shoduje s výsledky mého výzkumu.

V předposlední oblasti respondenti hodnotili časovou náročnost ošetrovatelské dokumentace. Celkem 85 % z nich si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, podrobné výsledky nalezneme v grafu 11. Pokud porovnáme výsledky z kvalitativního a kvantitativního výzkumu, tak sestry uvádějí, že nemají dostatek času na ošetrovatelskou dokumentaci. Některé sestry dokonce uvedly, že by jim elektronická ošetrovatelská dokumentace ušetřila čas. Dovolím si vyjádřit názor, že elektronická dokumentace sestrám ušetří čas. Nedávno nemocnice, ve které pracuji na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, přecházela na elektronickou podobu dokumentace a myslím si, že vyplňování ošetrovatelské dokumentace je jasnější a přehlednější než v papírově formě. Podobnou problematiku řešila i Stanislava Včelová (2012) ve své bakalářské práci s názvem: „*Sestra a ošetrovatelská dokumentace*“. Ve svém výzkumu se shoduje s mým a uvádí, že ošetrovatelská dokumentace v elektronické podobě šetří sestrám čas a umožňuje rychlejší přístup k informacím o pacientovi.

Poslední oblast se vztahuje na návaznost péče. Ošetrovatelská dokumentace musí být jednoduchá, dobře přístupná a slouží jako informační zdroj (Burda et. al. 2016). Ošetrovatelská dokumentace může přispět ke kvalitnímu, jednotnému a systematickému poskytnutí ošetrovatelské péče (Halmo 2014). S tvrzením Burdy a Halma, kteří ve svých knihách uvádí důležitost návaznosti péče díky ošetrovatelské dokumentaci, souhlasí 149 (80 %) respondentů, viz graf 12.

Devátá položka v dotazníkovém šetření se zabývá tím, zda respondenti využívají ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby. Celkem 155 (83 %) respondentů využívá ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby, pouze 16 % (31) respondentů ošetrovatelskou dokumentaci nepoužívá. Tato data lze vyčíst z grafu 13. Markéta Kučerová, DiS., (2006) se v rámci své bakalářské práce s názvem „*Názor sester v intenzivní péči na význam vedení dokumentace ošetrovatelského procesu*“ respondentů také ptala, zda využívají informace z ošetrovatelské dokumentace při předání služby. Výsledky se ne zcela shodují s mými, ale většina respondentů (53 %) ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby používá. Tuto problematiku zmínila Bc. Lenka Matoušková (2011) ve své diplomové práci s názvem „*Ošetrovatelská dokumentace na jednotce intenzivní péče*“, výsledky jejího výzkumu se velice podobají výsledkům mého výzkumu. Celkem 83 % respondentů používá ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby.

Poslední položka v mém dotazníkovém šetření se vztahuje k tomu, jak jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou dokumentací na jejich oddělení. Ošetrovatelskou dokumentaci hodnotili celkem v pěti oblastech. Mezi tyto oblasti patří: přehlednost ošetrovatelské dokumentace, složitost, úplnost, smysluplnost a náročnost. Ve svém výzkumu jsem tyto zhodnocené položky zprůměrovala a myslím si, že respondenti jsou celkem spokojeni s ošetrovatelskou dokumentací. Podrobné výsledky můžeme nalézt v tabulce 1. Markéta Kučerová, DiS., (2006) ve své bakalářské práci s názvem „*Názor sester v intenzivní péči na význam vedení dokumentace ošetrovatelského procesu*“ uvádí spíše negativní názor respondentů na ošetrovatelskou dokumentaci. Pokud porovnam ještě odpovědi probandů z kvalitativního šetření, většina z nich je s ošetrovatelskou dokumentací spokojena.

Druhá část diskuse se bude věnovat kvalitativnímu výzkumu, kde jsem si stanovila čtyři výzkumné otázky. První stanovená výzkumná otázka zní: „*Jakým způsobem si*

sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace?“ Odpovědi probandů se shodují, že hlášení o pacientech předávají ústně konkrétní sestře a je doplněno písemným hlášením, které je součástí ošetrovatelské dokumentace. Probandi se také shodují, že u písemného hlášení je datum, čas a podpis příslušné sestry. Kelnerová (2015) ve své knize uvádí, že písemné hlášení musí být přehledné, čitelné a psané plným jménem sestry, která hlášení předává, nesmí chybět datum a čas. Pokorná (2019) uvádí, že hlášení z jedné směny na druhou je předáváno příslušné sestře a současně také zaznamenáváno v ošetrovatelské dokumentaci. S tvrzením Pokorné se ztotožňuje S03: „*Informace o pacientovi si předáváme hlášením přebírající sestře při výměně směny a také do ošetrovatelské dokumentace, kde musí být datum, razítko, čas a podpis.*“ Dle bakalářské práce Venduly Müllerové (2014) s názvem „*Hlášení sester*“ se odpovědi probandů shodují s jejím výzkumem, kde 85 % tázaných odpovědělo, že hlášení o pacientech si předávají ústní i písemnou formou. Nina Hrušková (2011) ve své bakalářské práci s názvem „*Předání služby jako zdroj informací pro ošetrovatelský proces*“ uvádí, že se její respondenti také shodují na tom, že předávání hlášení probíhá písemnou i ústní formou, tuto odpověď v její bakalářské práci uvedlo 74 % respondentů.

Druhá výzkumná otázka, která byla stanovena, je: „*Které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější?*“ Dle výpovědi probandů z mého výzkumu mohu zhodnotit, že důležitost informací při předávání pacienta je ovlivněna zejména aktuálním stavem pacienta. Kelnerová (2015, s. 66) v knize uvádí standardizovanou techniku SBAR, kterou je vhodné použít mezi zdravotníky při předávání hlášení. SBAR je strukturovaná, komunikační technika, která slouží zdravotníkům ke stručnému, ale výstižnému předání informací o pacientech. Konkrétně: *Situace (situation) – identifikovat problém stručným popisem, pozadí (background) – diagnóza nebo důvod přijetí pacienta, jeho zdravotní stav, posouzení (assessment) – poskytnutí informací, jakou jsou vitální funkce, popřípadě výsledky laboratoří a jiné relevantní a kvantitativní či kvalitativní údaje, doporučení (recommendation) – přesné a popisné vysvětlení, co je třeba.*“ Dle mého názoru je tato technika velmi vystihující a jednoduchá. Pokorná (2019) uvádí, že předávání informací o pacientech mezi směnami je důležitá součást ošetrovatelského procesu a jeho hlavním cílem je sdělení klinických informací o pacientech, aby docházelo

k zajištění kontinuální, kvalitní a bezpečné péče o pacienty. „*Ventilační režim, analgosedace, zda jsou pacientovi podávány katecholaminy, odsávání z dýchacích cest, diuréza, kontrola glykémie, jaká se podávají ATB, vyšetření, která proběhla během dne, funkčnost invazivních vstupů*“ (S03). Tuto odpověď uvedla sestra, která pracuje na ARU. Například S02, která pracuje na JIP, uvádí: „*GCS, bilanční režim, bolest, schopnost spolupráce, co se u něj za celý den neobvyklého dělo, například CT, RTG, podané a nepodané léky, a pokud se léky nepodaly, tak důvod, dieta, funkčnost invazivních vstupů,*“ což se velmi podobá odpovědi, kterou uvedla S03. Dle bakalářské práce Niny Hruškové s názvem „*Předání služby jako zdroj informací pro ošetrovatelský proces*“ a dle grafu 13 lze říct, že některé odpovědi respondentů se shodují s mými výsledky. Například: 69 respondentů zajímá, jaké léky byly podány pacientovi, 86 respondentů chce mít přehled o invazivních vstupech.

Třetí stanovená výzkumná otázka zní: „*Jakým oblastem sestry při vedení ošetrovatelské dokumentace přikládají význam?*“ Ošetrovatelská dokumentace umožňuje poskytnout přehled o pacientově zdravotním stavu a také přispívá ke kvalitní, systematické a navazující ošetrovatelské péči (Halmo 2014). V ošetrovatelské dokumentaci můžeme nalézt různé přílohy, které jsou specifické pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti, jako je například: ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, edukační záznam, překladová/propouštěcí zpráva. Mezi další části ošetrovatelské dokumentace patří: plán péče o dekubity a kožní defekty, hodnocení bolesti, bilance tekutin (Burda 2016). „*Oblasti v ošetrovatelské dokumentaci, které mají pro mě význam, jsou: Anamnézy pacienta jak příjmová, tak překladová, bilance tekutin, hodnocení ran, měřicí škály, teplotka. Vlastně skoro celá ošetrovatelská dokumentace.*“ (S4). „*Za sebe mohu říct, že celá ošetrovatelská dokumentace, každá část má nějaký význam a poskytuje mi návaznost péče o pacienta*“ (S01). Tuto problematiku také zkoumala Martina Zemánková ve své bakalářské práci s názvem: „*Dokumentace ošetrovatelské péče v práci všeobecné sestry*“, která ve svém výzkumu uvádí, že za nejdůležitější dokument považují: ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelskou příjmovou/překladovou zprávu, hlášení sester, monitoring bolesti, ošetřování defektů.

Čtvrtá a poslední výzkumná otázka je: „*Jak sestry vnímají informace vedené v ošetrovatelské dokumentaci v intenzivní péči?*“ Záznamy do ošetrovatelské dokumentace provádí sestry. Pro provádění záznamů jsou obecné zásady a musí se dodržovat právní normy. Každé zařízení také má vypracované ošetrovatelské standardy, které sestra musí dodržovat (Malínková 2020). „*Sice je to mnoho papírů, ale každá škála má svůj papír a vše je snadno dohledatelné*“ (S02). Správně zapsané záznamy a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou nezbytné pro plnohodnotný popis v zájmu vztahu mezi nemocným, sestrou a jejich činnostmi a také se využívají při zhodnocení ošetrovatelských zásahů. Kvalitní záznamy také slouží jako zdroj současných poznatků o pacientovi. Při zápisu do dokumentace je nutné, aby zdravotnický personál, který s dokumentací pracuje, měl určité znalosti v teorii, ale také v praxi (Kelnarová et al. 2015). „*Nyní máme elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, která je určitě rychlejší k zapisování všech záznamů o pacientovi a řekla bych i přehlednější*“ (S04). „*Od té doby, co máme elektronickou dokumentaci, tak ano, papírová mi přišla nepřehledná a chaotická*“ (S9). Dovolím si říct, že sestry, které mají k dispozici elektronickou dokumentaci, jsou spokojeny, neboť je přehlednější a její vyplňování rychlejší. Elektronická podoba je mnohem přehlednější a dostupnější pro veškerý zdravotnický personál. Díky tomu, že informace jsou přenosné a vzniklé databáze jsou zároveň přehlednější, často s funkcí indexového nebo fulltextového vyhledávání dle kritérií a slov, se předchází dlouhému hledání v papírech a mnoha složkách, které obsahují veškeré informace o pacientovi (Špinar et al. 2013). Vedení dokumentace elektronickou formou má ovšem také své nevýhody. Největší nevýhodou jsou vysoké pořizovací náklady, které jsou úzce spojeny se zavedením informačního systému a technologického vybavení k němu potřebného, ale také s proškolením zaměstnanců (Messer 2016). Špinar et al. (2013) ve své knize také uvádí, že mezi další nevýhody elektronické dokumentace patří například komplikovaná ochrana osobních dat pacientů kvůli případnému zhroucení informačního systému a také skutečnost, že záznamy lze jednoduše upravit či pozměnit. Ovšem v dnešní době se lze setkat s tím, že zdravotnická zařízení vedou dokumentaci obojím způsobem, jak v elektronické formě, tak v papírové, což eliminuje rizika a nevýhody obou forem dokumentace. V souvislosti s vedením elektronické dokumentace, pro kterou je nezbytná

identifikace osoby podepisující datovou zprávu, je uveden zákon o elektronickém podpisu číslo 227/2000 Sb. Elektronickým podpisem se rozumí metoda autentizace, kdy dojde k logickému spojení dat (zákon č. 227/2000 Sb.). Sestry, které přešly na elektronickou dokumentaci, se shodují, že ošetrovatelská dokumentace je celkově přehlednější, méně časově náročná, předchází chybným či neúplným zápisům. Sestry, které elektronickou dokumentaci nemají, se domnívají, že by jim usnadnila práci. Naproti tomu sestry, které mají papírovou dokumentaci, její výhodu vidí v tom, že veškerá dokumentace od pacienta je stále přístupná a nehrozí její nedostupnost při nefunkčnosti programu. Bc. Iveta Böhmová, DiS., (2019) ve své diplomové práci s názvem „Elektronická zdravotnická dokumentace“ naopak uvádí, že většina dotázaných naopak potřebuje více času na elektronickou dokumentaci než na tištěnou formu.

Na základě výše uvedeného lze říct, že téměř všechny sestry v našem výzkumném vzorku jsou spokojeny s ošetrovatelskou dokumentací a využívají ji při předávání hlášení. Také lze říct, že sestry, které nemají elektronickou dokumentaci, by si ji přály a myslí si, že by jim to usnadnilo práci.

8. Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na používání ošetrovatelské dokumentace v intenzivní péči, konkrétně při předávání hlášení. Výzkum byl rozdělen na dvě části, kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní části výzkumu se zúčastnilo 188 respondentů a kvalitativní části se zúčastnilo 10 probandů.

Z výsledku kvalitativního výzkumného šetření je patrné, že ošetrovatelská dokumentace je pro sestry stále časově náročná, ale jejímu vedení a celkově ošetrovatelské dokumentaci přiřkládají pozitivní význam. Sestry mají kladný názor na ošetrovatelskou dokumentaci z právního hlediska, ale také z hlediska návaznosti péče. Ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje návaznost ošetrovatelského procesu, ale také kontrolu nad provedenými výkony. Celkově sestry vnímají ošetrovatelskou dokumentaci pozitivně, až na jeden nedostatek, který jsem již zmiňovala, a to je čas. Sestry, které mají elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, jsou velice spokojené s jejím vedením. Elektronická ošetrovatelská dokumentace jim ušetří čas, který pak mohou věnovat pacientům.

Ošetrovatelskou dokumentaci sestry využívají i při předávání hlášení o pacientech. Jak sestry uvedly, pacienty předávají ústně konkrétní sestře, ale také prostřednictvím písemného hlášení, které shrne celý den. V písemném hlášení nesmí chybět razítko, podpis, datum a čas. Používají ošetrovatelskou dokumentaci jako pomůcku, aby na něco popřípadě nezapomněly. Za nejdůležitější informace při předávání hlášení považují: provedená speciální vyšetření, celkové změny pacientova stavu, výměny a funkčnost invazivních vstupů, zhodnocení vědomí, podané a nepodané léky, diurézu, hodnotu glykémie, ventilační režim.

Druhá část výzkumného šetření se skládala z kvantitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl vytvořen dotazník a v kvantitativní části byl pro získání dat použit dotazník dle vlastní konstrukce. Dotazník se skládal celkem z 13 otázek. Dotazníky byly zpracovány v programu Microsoft Excel. V tomto programu bylo provedeno třídění dat. Vytvořila jsem výpočty absolutních a realitních četností. Dále jsem si v programu konturovala kontingenční tabulky a vytvoření sloupcových grafů. Pro potvrzení či zamítnutí hypotéz byl použit chí-kvadrát test.

V kvantitativní části výzkumného šetření byly stanoveny celkem dvě hypotézy. Hypotéza 1: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe. Hypotézu jsem ověřila a na základě výsledku potvrdila. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe. Odpovědi sester jsou velmi ovlivněny zkušenostmi z nemocnice.

Hypotéza 2: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn vzděláním. Hypotézu jsem ověřila a na základě výsledků zamítla a mohu říct, že názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci není ovlivněn vzděláním, což je, myslím, velmi pozitivní přístup, protože o důležitosti ošetrovatelské dokumentace se učí již žáci na střední zdravotnické škole.

Práce by mohla být nápomocná jako inspirace pro vývoj budoucí ošetrovatelské dokumentace. Zároveň by mohla být inspirací pro zaměstnavatele, pokud uvažují o pořízení elektronické ošetrovatelské dokumentace, neboť sestry, které byly tázány a mají elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, jsou více spokojeny.

9. Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMEK, T., HLADÍK, J., ŠTEFAN, J., 2012, *Zdravotnicko-právní problematika*. In: ŠTEFAN, J., et al. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 437 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
2. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 752s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. díl. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: Pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků \(zakonyprolidi.cz\)](#)
6. ČESKÁ REPUBLIKA, 2012. *Vyhláška č. 98/2012 Sb.: Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. In *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, částka 39, Dostupné z: [98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci \(zakonyprolidi.cz\)](#)
7. ČESKÁ REPUBLIKA, 2017. *Vyhláška č. 391/2017 Sb. kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* In: *Sbírka zákonů 391*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, částka 137, číslo 390. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných od... \(zakonyprolidi.cz\)](#)
8. ČESKÁ REPUBLIKA, 2020. *Zákon č. 227/2000 Sb.: Zákon o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů (zákon o elektronickém podpisu)*. In *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, částka 39, Dostupné z: [227/2000 Sb. Zákon o elektronickém podpisu \(zakonyprolidi.cz\)](#)
9. DEVITO, Joseph A. *The interpersonal communication book*. 13th ed. Boston: Pearson, 2013, ISBN 978-0-205-03108-5

10. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
11. DRÁBKOVÁ, J., HÁJKOVÁ, S., 2018. *Následná intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. 608 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
12. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8
13. FREI, Jiří. *Vybrané znalosti pro nelékaře: KPR 2021 a další témata intenzivní péče*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2022. ISBN 978-80-261-0604-3.
14. HAKL, M., et al., 2011. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2473-0.
15. HALMO, R., *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
16. HEROLD, Ivan, 2013. *Skórovací schémata hodnocení sedace a výskytu deliria: II. Skórovací systémy pro hodnocení výskytu deliria na JIP. Anesteziologie a intenzivní medicína*. 24(5), 363-366. ISSN 1214-2158
17. HLINKOVÁ, E., et al., 2015. *Nehojace sa rany: vysokoškolská učebnica*. Martin: Osveta, 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.
18. HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
19. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
20. KELNAROVÁ, J. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada Publishing, Sestra. ISBN 978-80-247-5332-4.
21. KELNAROVÁ, J. et al., 2012. *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-4199-4.
22. KELNAROVÁ, J., et al., 2016 *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 244 s. ISBN 978- 80-247-5331-7.

23. KNECHTOVÁ, Z. et al., 2017. *Ošetrovatelské postupy v intenzivní péči: kardiovaskulární aparát*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-8789-7
24. KOUTNÁ, M., ULRYCH, O., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*, Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
25. KUCKIR, M. a. k., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-2.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
27. MAHÚTOVÁ, M., 2016. *Komplexní péče o pacienta v intenzivní péči*. In: BARTŮNĚK, P. et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 293-323. ISBN 978-80-247-4343-1.
28. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
29. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-5376-8
30. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
31. MLÝNKOVÁ, J., 2016 260 s. *Pečovatelství 1. díl učebnice pro obor sociální činnost*, 2., doplněné vydání ISBN: 802719458X
32. NALOS, D., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. In: Nalos, D., *Organizace akutní péče*. Praha: Grada, s. 6 - 7. ISBN 978-80-247-4343-1.
33. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80271-0210-5.
34. OPAVSKÝ, J., 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častý bolestivýchstavů*. Praha: Maxdorf, 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.

35. PAGE, V., a E. WESLEY ELY. 2015. Delirium in critical care. Second edition. ISBN 9781107433656.
36. PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult.* Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1235-7.
37. PLAMÍNEK, J. 2012. *Komunikace a prezentace.* 2. vydání. Praha: Grada, 198 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
38. PLEVOVÁ, I. 2019. *Ošetrovatelství II. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
39. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
40. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza.* Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9
41. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje.* Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5
42. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7961-4.
43. RAMSAY, M. A. E. et al., 1974. *Controlled Sedation with Alphaxalone-Alphadolone. British Medical Journal* [online]. 2(5920), 656–659 [cit. 06.12.2022]. ISSN 0007-1447.
44. ROKYTA, R. et al. 2012. *Bolest.* 2. vydání. Praha: Tigis. 748 s. ISBN 978-80-8732-302-1.
45. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči.* Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2197-5.
46. SCHULER, M., et al., 2010. *Geriatрии od A do Z pro sestry.* Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.
47. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
48. SOVOVÁ, E. SEDLÁŘOVÁ, J., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2.,* rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4823-8.

49. STRYJA, J. et al., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
50. ŠEBLOVÁ, J., et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.* doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
51. ŠEVČÍK, P., et al., 2014. *Intenzivní medicína. 3. vydání* In: Ševčík, P., Definice, organizační problematika. Praha: Galén, s. 3-9. ISBN 978-80-7492-066-0.
52. ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
53. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016, *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4."
54. TÓTHOVÁ, V., et. al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2., aktualiz.* vyd. Praha: Triton, 160 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
55. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
56. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
57. ZADÁK, Z., et. al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2. vydání*. In: Zadák, Z., Vymezení oboru intenzivní medicíny a typy jednotek intenzivní péče. S. 11 – 14. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0282-2.
58. *Koncepce ošetrovatelství*, 2021. In: Věstník č. 6/2021. Praha: MZČR, částka 6, s. 136
59. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
60. RAFFAELE, A, De Gaudio, S. ROMANGOLI., 2018. *Critical Care Sedation*. Springer, 263 s. ISBN: 3319593129.
61. GÖRANSON, K., et al., 2015. Pain rating in the ED — a comparison between 2 scales in a Swedish hospital. *American Journal of Emergency Medicine*. [databáze]33(3). 419-422. doi 10.1016/j.ajem.2014.12.069 [cit. 2024-01-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.12.069>

62. JONES, J. et al., 2012. *Psychiatric-mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0563-9.
63. CHESTER, J. G. et al., 2012. *Serial administration of a modified Richmond Agitation and Sedation Scale for delirium screening*. *Journal of Hospital Medicine* [online]. 7(5), 450–453 [cit. 2024-01-02]. ISSN 1553-5606. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/jhm.1003>

10. Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 2 – Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami

Příloha 1 – Dotazník vlastní konstrukce

Vážení respondenti,

chtěla bych vás poprosit o chvilku vašeho času. Ráda bych vás poprosila o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je potřebný ke zpracování mé diplomové práce s názvem: Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj při předávání pacienta v intenzivní péči. Dotazník je určen pro zdravotní sestry či zdravotnické záchranáře pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na jednotkách intenzivní péče. Předem děkuji za odpovědi. Jmenuji se Marie Krizanová a jsem studentkou magisterského oboru specializace v ošetrovatelství – intenzivní péče na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Děkuji.

1. Na jakém oddělení pracujete?
 - a. Anesteziologicko-resuscitační oddělení
 - b. Jednotka intenzivní péče
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Střední zdravotnická škola
 - b. Vysoká škola
 - c. Vyšší odborná škola
3. Jak dlouho pracujete na oddělení intenzivní péče?
 - a. Do 12 měsíců
 - b. Více než 12 měsíců, ale méně než 2 roky
 - c. Více než 2 roky, ale méně než 5 let
 - d. Více než 5 let, ale méně než 10 let
 - e. 10 let a více
4. Kde jste poprvé slyšel/a o ošetrovatelské dokumentaci?
 - a. Střední zdravotnická škola
 - b. Vysoká škola
 - c. Vyšší odborná škola
 - d. Specializace
 - e. Při nástupu do zaměstnání

5. Jakou formou vedete ošetrovatelskou dokumentaci?

- a. Písemně
- b. Elektronicky
- c. Elektronicky + písemně

6. Jaký je Váš názor na ošetrovatelskou dokumentaci?

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jistý/á	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Poskytuje dostatek informací o pacientovi a jeho potřebách	1	2	3	4	5
Uspodňuje kontrolu provedených výkonů	1	2	3	4	5
Je přehledná	1	2	3	4	5
Je časově náročná	1	2	3	4	5
Zlepšuje návaznost péče	1	2	3	4	5
Nedostatek informací o pacientovi a jeho potřebách	1	2	3	4	5

7. Jaké části ošetrovatelské dokumentace používáte na Vašem oddělení? (Možno zvolit více odpovědí)

- a. Ošetrovatelská anamnéza
- b. Ošetrovatelský plán
- c. Barthel test základních dovedností
- d. Nutriční screening
- e. Edukační záznam
- f. Záznam o ošetření rány
- g. Bilance tekutin
- h. Polohovací záznam
- i. Ošetrovatelská překládová a propouštěcí zpráva
- j. Škály na hodnocení bolesti

- k. Škály pro hodnocení vědomí
 - l. Záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů
 - m. Jiné
8. Jsou na Vašem oddělení prováděny kontroly ošetrovatelské dokumentace?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nejsem si jist/a
9. Využíváte informace z ošetrovatelské dokumentace při předávání služby?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsem si jist/a
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
10. Domníváte se, že v dokumentaci je zaznamenávání některých informací zbytečné?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsem si jist/a
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
11. Poskytuje Vám ošetrovatelská dokumentace veškeré potřebné informace o pacientech?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsem si jist/a
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
12. Domníváte se, že trávíte vedením dokumentace více času než péčí o pacienta?
- a. Ano
 - b. Spíše ano

c. Nejsem si jist/a

d. Spíše ne

e. Ne

13. Jak vnímáte ošetrovatelskou dokumentaci na Vašem oddělení? (známkování jako ve škole, 1 = výborné, 5 = nedostatečné)

Přehlednost	1	2	3	4	5
Složitost	1	2	3	4	5
Úplnost	1	2	3	4	5
Smysluplnost	1	2	3	4	5
Náročnost	1	2	3	4	5

Příloha 1 – Dotazník vlastní konstrukce

Identifikační údaje

Věk:

Pohlaví:

Léta praxe:

Současné oddělení:

1. Co si představíte pod pojmem ošetrovatelská dokumentace?
2. Myslíte si, že vedení ošetrovatelské dokumentace je důležité?
3. Dle vašeho názoru, pokládáte vedení ošetrovatelské dokumentace za důležitý materiál pro sestru?
4. Jaké části v ošetrovatelské dokumentaci používáte?
5. Používáte také ošetrovatelskou anamnézu při příjmu nového pacienta? Kdy ji vyplňujete?
6. Má ošetrovatelská dokumentace význam konkrétně pro vás? Pokud ano, jaké části?
7. Byl/a jste proškolen/a ohledně vedení a práce s ošetrovatelskou dokumentací? Pokud ano, kdo vás školil a jak školení hodnotíte?
8. Je z vašeho pohledu současně používaná ošetrovatelská dokumentace vedená přehledně?
9. Stiháte se věnovat všem pacientům, a ještě se starat o ošetrovatelskou dokumentaci?
10. Setkáváte se s nějakými problémy při práci s ošetrovatelskou dokumentací?
11. Jste spokojený/á se současnou ošetrovatelskou dokumentací?
12. Dle vašeho názoru, jak byste zlepšil/a ošetrovatelskou dokumentaci?
13. Používáte ošetrovatelskou dokumentaci při předávání hlášení? Pokud ano, jaké části dokumentace jsou pro vás nejdůležitější?
14. Jakým způsobem si předáváte informace o pacientech?
15. Zaznamenáváte v ošetrovatelské dokumentaci předání a převzetí pacienta?

11. Seznam grafů

Graf 1 Na jakém oddělení respondenti pracují	32
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání	33
Graf 3 Délka praxe respondentů	34
Graf 4 Kde respondenti poprvé slyšeli o ošetrovatelské dokumentaci	35
Graf 5 Jakým způsobem vedou respondenti ošetrovatelskou dokumentaci	36
Graf 6 Nejpoužívanější části ošetrovatelské dokumentace	37
Graf 7 Provádění kontrol na ošetrovatelskou dokumentaci	38
Graf 8 Ošetrovatelská dokumentace a poskytování dostatku informací	39
Graf 9 Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů	40
Graf 10 Přehlednost ošetrovatelské dokumentace	41
Graf 11 Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace	42
Graf 12 Ošetrovatelská dokumentace poskytuje zlepšení návaznosti péče	43
Graf 13 Používání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby	44
Graf 14 Potřebné informace o pacientech v ošetrovatelské dokumentaci	45
Graf 15 Ošetrovatelská dokumentace a časová náročnost	46
Graf 16 Směrodatné odchylky jednotlivých oblastí hodnocení ošetrovatelské dokumentace	47

12. Seznam tabulek

Tabulka 1: Hodnocení ošetrovatelské dokumentace	46
Tabulka 2: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací.....	48
Tabulka 3: Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů.....	49
Tabulka 4 : Přehlednost ošetrovatelské dokumentace	50
Tabulka 5: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace.....	51
Tabulka 6: Poskytování návaznosti péče	52
Tabulka 7: Ošetrovatelská dokumentace při předávání služby	52
Tabulka 8: Zaznamenávání zbytečných informací	53
Tabulka 9: Důležité informace o pacientech	53
Tabulka 10: Čas a dokumentace	54
Tabulka 11: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace	54
Tabulka 12: Složitost ošetrovatelské dokumentace	55
Tabulka 13: Úplnost ošetrovatelské dokumentace	55
Tabulka 14: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace	56
Tabulka 15: Náročnost ošetrovatelské dokumentace.....	57
Tabulka 16: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací.....	58
Tabulka 17: Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů....	59
Tabulka 18: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace	59
Tabulka 19: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace.....	60
Tabulka 20: Ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče.....	60
Tabulka 21: Ošetrovatelská dokumentace za předávání služby	61
Tabulka 22: Zaznamenávání zbytečných informací	61
Tabulka 23: Potřebné informace o pacientech.....	62
Tabulka 24: Dokumentace a čas	62
Tabulka 25: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace	63
Tabulka 26: Složitost ošetrovatelské dokumentace	63
Tabulka 27: Úplnost ošetrovatelské dokumentace	63
Tabulka 28: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace	64
Tabulka 29: Náročnost ošetrovatelské dokumentace.....	64

Tabulka 30: Charakteristika probandů..... 65

13. Seznam použitých zkratek

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

BMI – Body Mass Index

CVP – Centrální žilní tlak

EKG – Elektrokardiograf graf

GCS – Glasgow Coma Scale

ISAP – International Asociacion for the Study of Pain

JIP – Jednotka intenzivní péče

MNA – Mini Nutritional Assessment

P – Pulz

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

RSS – Ramsay Sedation Score

RTG – Rentgenové záření

SZŠ – Střední zdravotnická škola

TK – Krevní tlak

TT – Tělesná teplota

VAS – Vizuální analogová škála

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Bc. – Vysoká škola, bakalář

VŠ – Mgr. – Vysoká škola, magistr

VŠ – Vysoká škola