



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.

České Budějovice 2023

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 9.8. 2023

.....

Bc. Krizanová Marie

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za vedení mé práce, rady a pomoc při jejím psaní, trpělivosti a ochotě, také bych ráda poděkovala všem sestřám či zdravotnických záchranářů pracujících na ARO a JIP za vyplnění dotazníku a poskytnutí času na rozhovory potřebné k mé výzkumné část bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat rodině a přátelům, kteří při mně stáli a podporovali mě během celé doby studia. V nedalší 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 její základě lze analyzovat pacientovi potřeby a vytvořit ošetrovatelský plán.

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

V teoretické části jsem se zaměřila na definici intenzivní péče, ošetrovatelský proces, části ošetrovatelské dokumentace a komunikaci ve zdravotnictví.

Cílem této práce bylo:

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

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

3. Zjistit, jaký význam všeobecné sestry přikládají vedení ošetrovatelské dokumentace.

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

5. Zmapovat názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči.

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

Výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem si sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace?

2. Které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější?

3. Jakým oblastem sestry při vedení ošetrovatelské dokumentace přikládají význam?

Hypotézy:

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

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

Empirické šetření bylo realizováno kvalitativní i kvantitativní formou. V kvalitativní části byl použit 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 délkou praxe. Ošetrovatelská dokumentace se dle výzkumného šetření používá při předávání hlášení a je nedílnou součástí sester při poskytování péče o pacienta.

Práce poskytuje ucelený rámec problematiky ošetrovatelské dokumentace v intenzivní péči.

Klíčová slova:

dokumentace; Intenzivní péče; komunikace; ošetrovatelská dokumentace; ošetrovatelský proces; pacient;

Nursing documentation as an effective tool for transmitting information in intensive 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.

The aim of this work was::

- 1.To map how nurses in critical care unit transfer information.
- 2.To find out which information nurses in intensive care consider most important.
- 3.To find out what importance general nurses attach to the maintenance of nursing documentation.
- 4.To describe how nurses perceive the information maintained in nursing documentation in critical care.
- 5.To map nurses' opinion about nursing documentation in critical care.

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

Research questions:

- 1.How do nurses in critical care settings communicate information?
- 2.Which information do nurses in critical care consider most important?
- 3.What areas do nurses attach importance to when maintaining nursing documentation?

Hypothesis:

- 1.Nurses' views on nursing documentation in critical care settings are influenced by length of experience.
- 2.Nurses' opinion on nursing documentation in critical care settings is by education.

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; patient;

Obsah

1. Současný stav.....	11
1.1. Intenzivní péče.....	11
1.1.1. Jedinotka intenzivní péče (JIP).....	11
1.1.2. Anesteziologicko-resuscitační oddělení.....	12
1.1.3. Kompetence a náplň práce sestry pro intenzivní péči.....	12
1.2. Ošetrovatelský proces.....	14
1.2.1. Fáze ošetrovatelského procesu.....	15
1.3. Dokumentace ve zdravotnictví.....	16
1.3.1. Zásady vedení dokumentace.....	16
1.4. Ošetrovatelská dokumentace.....	17
1.4.1. Formy ošetrovatelské dokumentace.....	18
1.4.2. Hodnotící škály pro hodnocení vědomí.....	18
1.4.5. Hodnotící škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	20
1.4.6. Hodnotící škály pro hodnocení bolesti.....	21
1.4.7. Hodnotící škály pro hodnocení nutrice.....	22
1.4.8. Ošetrovatelská dokumentace v péči o ranách /defektech.....	23
1.4.9. Bilance tekutin.....	25
1.4.10. Ošetrovatelská anamnéza.....	26
1.4.11. Ošetrovatelská překladová zpráva.....	26
1.4.12. Denní dekurz.....	26
1.5. Komunikace.....	27
1.5.1. Interpersonální komunikace.....	28
1.6. Předávání pacienta.....	28
2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy.....	30
2.1. Cíle práce.....	30
2.2. Výzkumné otázky.....	30
2.3. Hypotézy.....	30
3. Metodika.....	31
3.1. Použité metody.....	31
3.2. Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
4. Výsledky kvantitativního rozhovoru.....	32
4.1. Struktura výzkumného souboru.....	32
4.2. Údaje zaměřené na rozdíly mezi vzděláním.....	36
4.3. Údaje zaměřené na rozdíly mezi délkou praxe.....	47
5. Statistické vyhodnocení hypotéz.....	68
6. Vyhodnocení kvalitativního výzkumu.....	84
6.1. Charakteristika probandů.....	84
6.2. Kategorizace výsledků rozhovorů.....	84
7. Diskuze.....	91
8. Závěr.....	96
9. Seznam použitých zdrojů.....	98

10. Seznam příloh	103
11. Seznam použitých zkratek	109

Úvod

Ošetrovatelská dokumentace se řadí mezi nezbytné a povinné každodenní práce sestry. Dokumentace je také ukazatelem kvality práce sester, ale může ovšem také odhalit nedostatky v poskytované péči o pacientech. Pomáhá také chránit pacienty, ale z právního hlediska i samostatné sestry. Ošetrovatelské 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 předává sestra, která se o pacienta starala, příslušné sestře, která přišla na novou směnu. Písemné hlášení se zakládá do dokumentace pacienta. 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 specializované oddělení, které 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 nemocný, 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 základní životní funkce či k nim selhalo jsou hospitalizováni na pracovištích intenzivní péče (Kapounová, 2020).

Intenzivní péči lze rozdělit do tří jednotek. První stupeň, označován také jako intenzivní péče I. stupně se stará o pacienty, kterým poskytne 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 metody, ale i zobrazovací jsou na tomto pracovišti dostupné 24hodin. 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 pacientům, 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 měřením 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 pediatriká JIP (Zadák et al., 2017).

1.1.2. Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) je speciální pracoviště, kde podstatou tohoto oddělení spočívá v záchraně života pacientů, kteří jsou v akutním kritickém stavu a jsou bezprostředně ohroženi na životě. Základ tohoto oddělení spočívá ve zkušeném odborném týmu, 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 pro intenzivní péči

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

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

Sestra v intenzivní péči poskytuje vysoce specializovanou péči o pacienty, kterým bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí a jsou plně odkázány na péči poskytovanou ošetrovatelským týmem. Tato péče se zakládá na udržení základních životních funkcí a jejich monitoraci, prevence komplikací, ale také v 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 nejbliže (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 způsobu 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.Ošetřovatelský proces

Při péče o pacienty se využívá ošetřovatelský proces, který je dynamický a cyklický. Ošetřovatelský proces je cyklický a dynamický děj, který se využívá při péči o pacienty. Jedná se o logický, systematický přístup, které vede ke komplexní ošetřovatelské péči o pacienty. Prevence, odstranění nebo zmírnění problému v individuálních potřeb pacienta jsou hlavním cílem ošetřovatelského procesu (Kelnarová et al., 2016). Ošetřovatelský proces má rozsáhlé využití pro všechny oblasti ošetřovatelství, jako je ambulantní část, domácí péče a ústavní zařízení (Plevelová, 2018). Mastiliaková (2014) ve své knize uvádí, že ošetřovatelský proces roku 1988, přijala americká asociace sester jako standard.

Výhody ošetřovatelského procesu spočívají jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienta. Mezi pozitiva pro pacienta patří: kontinuita péče, nezávaznost péče, a hlavně účast pacienta v poskytování péče. Pozitiva pro ošetřovatelský personál jsou: systemické ošetřovatelské vzdělávání, spokojenost v zaměstnání (Tóthová, et. al., 2014).

1.2.1. Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se 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 ošetrovatelské anamnézy lze získat pomocí fyzikálního vyšetření, zdravotnické dokumentace, laboratorních výsledků nebo rozhovorem od rodinných příslušníků (Mastiliaková, 2014). Informace získané o pacientovi je nutné třídit a zaznamenávat (Plevelová, 2018). Sběr dat musí být soustavný a systematický, aby zůstala aktuálnost dat. (Tóthová, et. al., 2014).

V diagnostické fázi sestra provádí analýzu získaných dat a určuje potenciální či existující problémy, které vytvoří podklad pro plán péče (Tóthová, et. al., 2014). Ošetrovatelské 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 ošetrovatelských diagnóz, formulace cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských intervencí a nakonec sestavení písemného plánu ošetrovatelské péče (Plevelová, 2018).

Realizace čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je charakterizována jako provedení ošetrovatelských intervencí v klinické praxi, které jsou zaměřené na dosažení očekávaného výsledku. Ošetrovatelská 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 ošetrovatelského procesu. Průběžně je vyhodnocována účinnost intervencí a dosahování stanovených cílů. Vyhodnocení by mělo být provedeno o každém kroku ošetrovatelského 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, průběžně se realizuje během celé doby poskytování ošetrovatelské péče z důvodu zabezpečení vhodné péče vzhledem k aktuálnímu stavu jednotlivce a závěrečné, které se provádí při překlade, propuštění nebo při ukončení ošetrovatelské 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. 98/2012Sb., 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. Každá zdravotník, který pracuje 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 a srozumitelné pro ostatní zdravotnické pracovníky, čitelné a zdravotnický tým se musí řídit dle právních norem (Burda et. al., 2016). Správně zapsané záznamy a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou nezbytné pro plno-hodnotný popis v zájmu vztahu mezi nemocným, sestrou a jejich činnostmi a také se využívá při zhodnocení ošetrovatelských zásahů. Kvalitní záznamy také vedou jako zdroj současných poznatků o pacientovi. Při zápisu do dokumentace je nutné, aby zdravotnický personál, který z 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 další 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.

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

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

Do překladových nebo propouštěcích zpráv se zapisují všechny základní informace o pacientovi (Burda et al., 2015). Pověštině 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, které se vztahují do ošetrovatelské dokumentace patří hodnotící škály, kam například patří hodnocení bolesti, bilance tekutin, plán a péče o kožních defektech, ale také doklad o úschově cenností a osobních věcí (Burda et al., 2015).

1.4.1. Formy ošetrovateľskej dokumentácie

Zdravotníckou dokumentáciou sa zaznamenávajú v listinnej alebo elektronickej forme. V niektorých zdravotníckych zariadeniach sa prechádza z papírovej formy na digitálnu, kde tento stav nazývajú ako nemocnica bez papírů - Paperless hospital (Polícar, 2010). Elektronickej podobe je mnohým prehľadnejšia a dostupnejšia pre všetký zdravotnícky personál. Ďak tomu, že informácie sú prenosné a zároveň sú vzniklé databázy prehľadnejšie, často s funkciou indexového alebo fulltextového vyhľadávania dle kritérií a slov, tak sa predchádza dlhému hľadaniu v papíroch a mnoha sločkách, ktoré obsahujú všetkeré informácie o pacientovi (Špinar et. al., 2013). Vedenie dokumentácie elektronickej formou má ovšem také své nevýhody. Najväčšou nevýhodou sú vysoké pořízovacie náklady, ktoré sú úzce spojené s zavedením informačného systému a technologickému vybaveniu potrebnému s ním, ale také s školením zamestnanců (Messer, 2016). Špinar et. al., (2013) ve své knize také uvádí, že medzi ďalší nevýhody elektronickej dokumentácie patrí napríklad komplikovaná ochrana osobných dát pacientů, ktoré sú spojené s zhrúcením informačného systému a také skutočnosť, že záznamy sa jednoducho upravujú či pozmenujú. Ovšem v dnešnej dobe sa sa môže setkať, že zdravotnícku zariadenia vedu dokumentáciu obojím spôsobom, jak v elektronickej forme, tak v papírovej, čo eliminuje riziká a nevýhody obojím formou dokumentácie.

V súvislosti s vedením elektronickej dokumentácie, pre ktorú je nezbytná identifikácia osoby podepisujúcej datovú zprávu, je uvedený Zákon o elektronickej podpise číslo 227/2000 Sb. Elektronickým podpisom sa rozumie metóda autentizácie, kedy dojde k logickému spojeniu dát (Česká republika, 2020).

1.4.2. Hodnotící škály pro hodnocení vědomí

Vědomí je velmi obtížné definovat, neboť má hodně významů (Nejdelá, 2015). Vytejková et. al. (2013) ovšem ve své knize uvádí, že vědomí je stav, pokud 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.

AVPU schéma se používá k hodnocení vědomí mimo nemocniční prostředí (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. Díle tato škála se využívá pro její univerzálnost, proto jí lze používat v mnoha lékařských oborech. Například GCS lze zařadit do mezi základní neurologické vyšetření, kde lze stanovit úroveň a vývoj vědomí nemocného. Tato hodnotící škála je velmi snadná a rychle vyhodnotitelná (Šeblová, 2018).

Tato škála zahrnuje tři kategorie, do kterých patří kognitivní funkce, motorickou odpověď a otevírání očí. Maximální počet bodů, které lze získat je 15, což znamená plné vědomí u pacienta a minimální počet bodů jsou 3 a většinou se 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 hloubku sedace objektivně porovnat, 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 pro nedostatečné odlišení mezi jednotlivými kategoriemi (Herold, 2013).

Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) hodnotí hloubku sedace v intenzivní péči. Sedace se podává ke snížení bolesti (Veverková et al., 2019) a je vždy vedena anesteziologem (Barsh et al., 2015).

Hodnocení se provádí na deseti bodové stupnici, která má tři části. První část je plusová (+1 až +4), která 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, kdy působí i ostatní faktory, mezi které se řadí vlhkost, otoky, nedostatečné prokrvení tkáně. Tlak, který působí na lokální tkáň, kde dochází k 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 se vytvořila v roce 1962 a vytvořila jí Doren Nortonová. Škála prošla mnohými úpravami. Původní škála 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, kterým 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, alergie, 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, kde lze hodnotit: (není, občas, močí, močí 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 bodů je vysoké riziko a pokud má pacient 13 – 9 bodů je velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Pokorná, et al., 2019).

1.4.6. Hodnotící 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 10cm, kdy levý okraj značí žádnou bolest, ale pravý okraj označuje největší intenzitu bolesti. (Opavský, 2011). Tato varianta hodnocení bolesti je použitelná jak pro dospělého pacienta či dítě. Při používání této škály musíme dbát pozor na vymezení úseku, kdy pacient bolest hodnotí. Můžou se 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 bolesti, a tudíž účinnost dané intervence (Rokyta et al., 2012).

Stupnice grafických symbolů

Stupnice Grafických symbolů znázorňuje výrazy obličeje 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 přiřazeny i číselné. 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. Hodnotící škály pro hodnocení nutrice Nottinghamský dotazník

Nottinghamský dotazník je vhodným hodnotícím 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 ba 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 (Vytečková, 2011). BMI v rozmezích 18,5 – 24,9 kg/m² je pro dospělého 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 18-ti položkový. MNA jak ho známe dnes se skládá ze čtyř oblastí. Do první oblasti lze zařadit antropologické měření, kam se řadí otázky, které se týkají 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. Zjistíme 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. Ošetřovatelská dokumentace v péči o ranách /defektech

Dokumentace ran při jejím léčení je 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 nutné přehodnocovat stav rány. Při hodnocení ran/defektů se hodnotí mnoho oblastí, mezi tyto oblasti 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 od 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, které jsou nejtěžší v oblastech 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 zápach 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 můžou 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 byli 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 především zbavuje tvorbou moči, která se tvoří v ledvinách. Ovšem se můžeme během hodnocení výdeje moči setkat s různými patologiemi spojené 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 2500 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, průjmovitá stolice, pocení či hyperventilace (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 vyklesávat až do chvíle, než se hladina zastaví. Výsledná hodnota se zaznamená do dokumentace pacienta. 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. 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. Ošetřovatelská anamnéza

Anamnézu označujeme jako souhrn, která nám poskytuje informace o zdraví vyšetřovaného pacienta (Streitová, et al., 2015). Před zahájením ošetřovatelského procesu je nutné zjistit údaje z lékařské dokumentace, se kterou pacient přichází. Znalosti o lékařském stavu je pro ošetřovatelskou činnost důležitá. Vstupní data získáváme od pacienta už při příjmu, ale také se provádí při ošetřovatelských činnostech a komunikací s pacientem. Zdroj potřebných informací nemusí být pouze pacient, ale také doprovázející osoba, zdravotnická dokumentace (sesterské překladové 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, pro sběr informací v době, kdy pacient je v kritickém stavu a nelze získat informace rozhovorem, aby byla vytvořena ošetřovatelská anamnéza (Mastiliaková, 2014).

Příjmová ošetřovatelská anamnéza obsahuje základní údaje o pacientovi, jako je: hmotnost, výška, hodnoty fyziologických funkcí (TK,P,TT), alergie, zhodnocení bolesti, vyprazdňování, stav 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. Ošetřovatelská překladová zpráva

Důležité je tento formulář vyplnit dvakrát. Jeden zůstává založen v dokumentaci pacienta a druhý odchází společně s pacientem do navazujícího zdravotnického zařízení, aby nebyla porušena posloupnost péče. Stejně jako všechny ošetřovatelské formuláře, tak i ošetřovatelská 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 vícekrát 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 ošetřujícím lékařem, jako je: punkce ascitu či výpotku, kanylace velkých žil, zavedení močového katétru, apod. (Špinar, Ludka, 2013). Dekurz bývá doplněn tzv. medikačním listem -> dokumentace 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, ošetřovatelských intervencí (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 sdělována, a to je ovlivněno způsobem předání informací a situací, ve kterém je informace sdělována. A neverbální komunikace je nezbytnou součástí, neboť sdělována informace je doprovázena chováním, které 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 z 7 elementů. První element je komunikátor neboli mluvčí, která zahájí komunikační proces s předem jasnou intencí, od čeho se odvíjí smysl sdělení a očekávání dosaženého konkrétního efektu. Dále musí

být komunikant, příjemce, který vstupuje do procesu komunikace, který může příjem sdělení ovlivňovat. Komuniké je obsah sdělení. Komunikační kanál, je konkrétní cesta, po které jsou informace sdělovány za použití různých přenosů. Kód představuje systém znakových pravidel, kde dochází ke zprostředkování přenosu informací, které jsou obsažené ve sdělení. Mluvčí kód kóduje, komunikant dekóduje. Aby došlo ke správnému kódování a dekódování je nutno znát kódovací systém, který je v lidské komunikaci především jazyk. Předposlední element je komunikační prostředí, které dokáže ovlivnit srozumitelnost nebo smysl komunikace. Do posledního elementů řadíme kontext, který dává komunikaci celkový rámec, do kterého 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 zahrnout komunikaci prostřednictvím prostředků, ale v první řadě je chápán jako komunikace tváří 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 tyto komunikační dovednosti a schopnosti 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 technik se nazývá SBAR. Technika SBAR je

strukturovaná komunikační technika, která je výstižným způsobem, pro sdělení významných informací. Skládá se ze 4. 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.

Obsahově písemné hlášení se 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, při kterém používají ošetrovatelskou dokumentaci 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 podávány 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 aspektu 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 významem 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 vzděláním.

3. Metodika

3.1. Použité metody

Empirická část práce byla zpracovaná kvalitativní i kvantitativní metodou. Jako techniku sběru dat byl použitý v kvalitativní části polostrukturovaný rozhovor, který 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 pro získání dat byl 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 přesání 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 5 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

4. Výsledky kvantitativního rozhovoru

4.1. Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Oddělení

Jednotka intenzivní péče	105	56%
Anesteziologicko-resuscitační oddělení	83	41%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) respondentů na jednotce intenzivní péče pracuje přes 56, což odpovídá 105 respondentů. Na anesteziologicko-resuscitační oddělení pracuje 83 (41%) respondentů.

Tabulka 2: Dosažené vzdělání

Střední zdravotnická škola	61	32%
Vysoká škola	64	34%
Vyšší odborná škola	63	34%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) respondentů má střední zdravotnickou školu 61 (32%) respondentů, vysokou školu 64 (34%), vyšší odbornou školu 63 (34%) respondentů.

Tabulka 3: Roky praxe

Do 12 měsíců	39	20%
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	38	20%
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	35	19%
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	35	19%
10 let a více	41	22%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) respondentů má 39 (20%) respondentů praxi v intenzivní péči do 12 měsíců. Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky má 38 (20%) respondentů. 35 (19%) respondentů lze zařadit do kategorie více jak 2 roky, ale méně než 5 let a více jak 5 let, ale méně než 10 let. 10 let a více let praxe má 41 (22%) respondentů.

Tabulka 4: První zmínka o ošetrovatelské dokumentaci

Střední zdravotnická škola	139	74%
Vysoká škola	11	6%
Vyšší odborná škola	16	8%
Specializace	0	0%
Při nástupu do zaměstnání	22	12%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) respondentů poprvé slyšeli o ošetrovatelské dokumentaci na střední zdravotnické škole. Na vysoké škole poprvé o ošetrovatelské dokumentaci slyšelo 11 (6%) respondentů, 16 (8%) respondentů slyšelo o ošetrovatelské dokumentaci na vyšší odborné škole a 22 (12%) respondentů poprvé o ošetrovatelské dokumentaci slyšeli až při nástupu do zaměstnání.

Tabulka 5: Vedení ošetrovatelské dokumentace

Písemně	62	33%
Elektronicky	32	17%
Písemně + elektronicky	93	50%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) písemně ošetrovatelskou dokumentaci vede 62 (33%) respondentů, pouze elektronicky vede 32 (17%) respondentů a přes 50% (93) respondentů vedou ošetrovatelskou dokumentaci písemně i elektronicky.

Tabulka 6: Kontroly na ošetrovatelskou dokumentaci

Ano	163	87%
Ne	9	5%
Nejsem si jist/a	16	8%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 163 (87%) respondentů jsou prováděny kontroly na oddělení na ošetrovatelskou dokumentaci, u 9 (5%) respondentů se kontroly neprovádí a 16 (8%) respondentů si nejsou jistý, zda jsou kontroly prováděny či ne.

Tabulka 7: Části ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská anamnéza	177	94%
Ošetrovatelský plán	134	71%
Barthel test základních dovedností	97	52%
Nutriční screening	154	82%
Edukační záznam	91	48%
Záznam o ošetření ran	183	98%
Bilance tekutin	172	91%

Polohovací záznam	151	80%
Ošetrovatelská překládová a propouštěcí zpráva	183	97%
Škály pro hodnocení bolesti	161	85%
Škály pro hodnocení vědomí	165	88%
Záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů	171	91%
Jiné	0	0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti mohli odpovědět 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%) respondentů ošetrovatelský plán, Barthel test základních dovedností používá 97 (52%) respondentů, nutriční screening 154 (82%) respondentů. Skoro většina respondentů 183 (98%) používá záznam o ošetření ran. Bilanci tekutin používá 172 (91%) respondentů, polohovací záznam 151 (80%) respondentů. Ošetrovatelskou překládovou a propouštěcí zprávu používá taky většina respondentů a to 183 (97%). 161 (85%) respondentu ve své praxi využívá škály pro hodnocení bolesti, 165 (88%) respondentů využívá škály pro hodnocení vědomí a záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů využívá 171 (91%) respondentů.

Tabulka 8: Kontroly na ošetrovatelskou dokumentaci

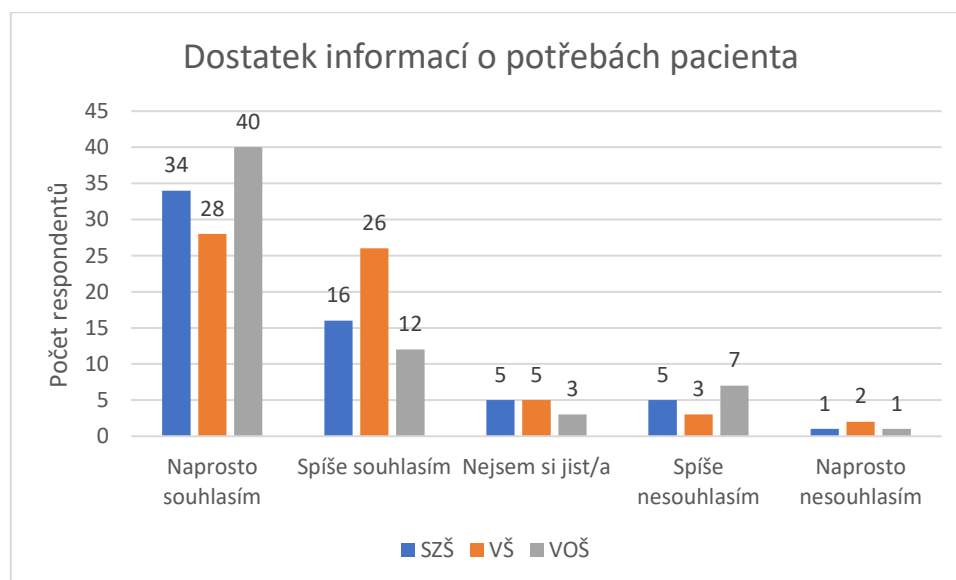
Ano	32	82%
Ne	1	3%
Nejsem si jist/a	6	15%

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 188 (100%) respondentů 32 (82%) odpovědělo ano, pouze 1 (3%) odpověděl, že se kontroly a ošetrovatelskou dokumentaci neprovádí, 6 (15%) si nejsou jistý zad se provádí kontroly na ošetrovatelskou dokumentaci.

4.2. Údaje zaměřené na rozdíly mezi vzděláním

Graf č.1: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientovi a jeho potřebách



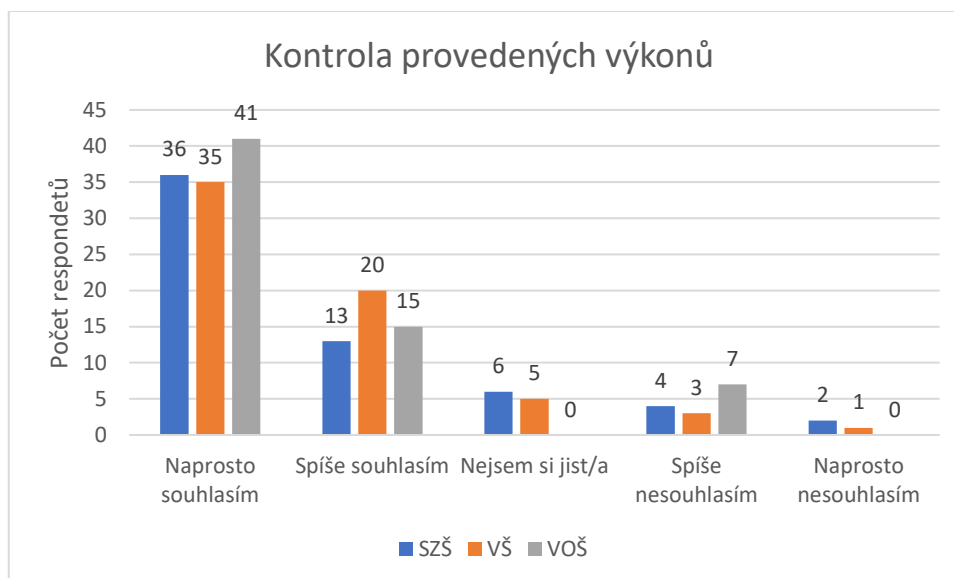
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů co mají nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ 34 (56%) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o potřebách pacienta, 16 (26%) s tímto tvrzením spíše souhlasí. 5 (8%) respondentů si tímto tvrzením nejsou jistý a 6 (10%) respondentů má k tomuto tvrzení negativní přístup.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů, kteří mají nejvyšší dosažené vzdělání VŠ, tak 54 (84%) uvedlo kladnou odpověď. 5 (8%) respondentů si nejsou jistý, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a 5 (8%) respondentů se s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o potřebách neztotožňuje.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů kteří mají nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu, tak 40 (64%) respondentů naprostou souhlasí s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o potřebách pacienta, 12 (19%) respondentů spíše souhlasí. 3 (5%) respondentů si nejsou jistý, 8 (12%) mají negativní názor o ošetrovatelské dokumentaci a potřebách pacientů.

Graf č.2 Ošetřovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů



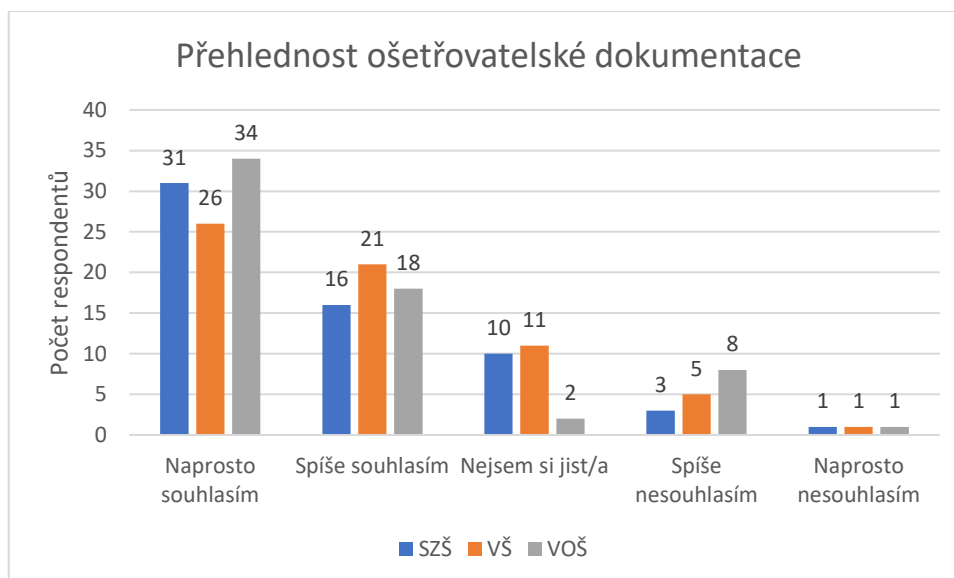
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů s nejvyšším dosažením vzděláním SZŠ dohromady 80% (49) respondentů má kladný názor, 6 (10%) si nejsou jistý a 6 (10%) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu provedených výkonů.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů, kteří mají vysokou školu odpovídali celkem obdobně jako respondenti ze střední zdravotnickou školou. 55 (86%) respondentů souhlasí s tvrzením, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu provedených výkonů, celkem 5 (8%) respondentů si nejsou jistý, zda ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu provedených výkonů a pouze 4 (6%) respondenti mají záporný názor na to, zda ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů, kteří mají vystudovanou vyšší odbornou školu, tak 41 (65%) respondentů naprostou souhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony, patnáct (24%) respondentů s tvrzením spíše souhlasí. Žádný respondent nedopověděl, že si není jist. Pouze 7 (11%) respondentů má negativní názor.

Graf č.3: Ošetrovatelská dokumentace je přehledná



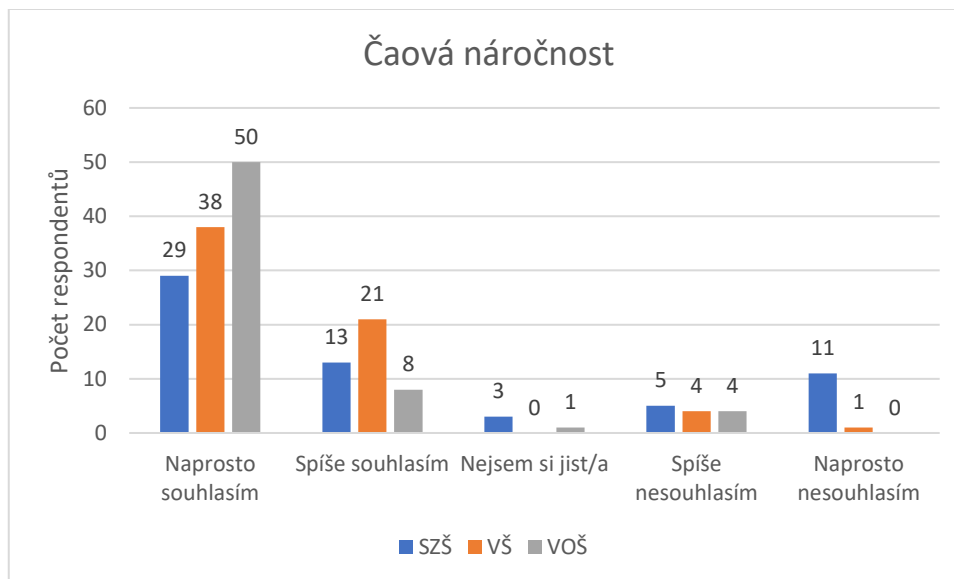
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového 61 (100%) respondentu se středoškolským vzděláním, 47 (77%) respondentů souhlasí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, 10 (16%) respondentů si nejsou jistí, a pouze 4 (7%) respondenti si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není přehledná.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokou školou, 47 (74%) respondentů se ztotožňuje s názorem, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná. 11 (17%) respondentů si nejsou jistí a 6 (9%) respondentů mají negativní názor na přehlednost ošetrovatelské dokumentace.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním, tak 82% (52) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, pouze 2 (3%) respondenti si nejsou jistí s přehledností ošetrovatelské dokumentace. 9 (15%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není vedena přehledně.

Graf č. 4: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace



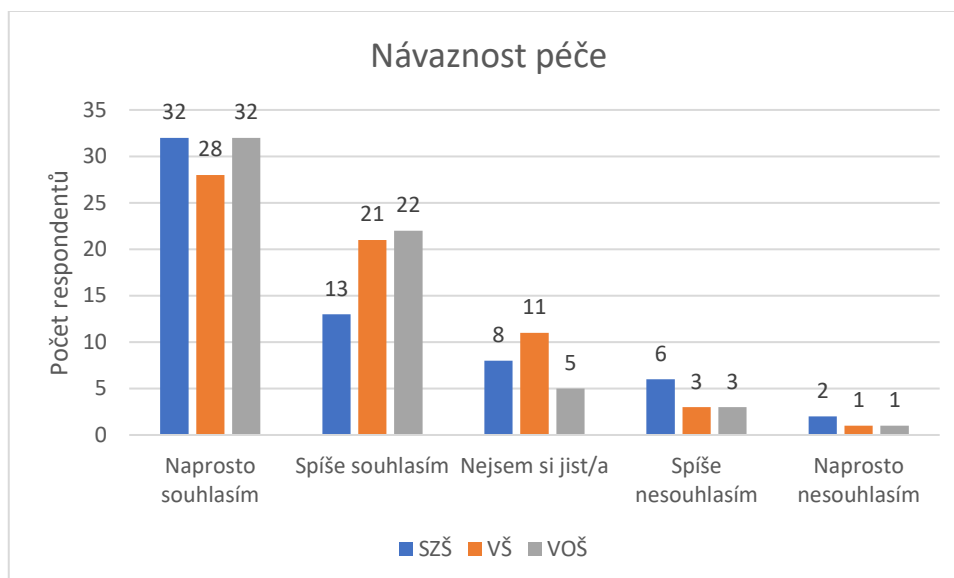
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním, 41 (69%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. 3 (5%) respondentů si tímto tvrzením nejsou jistí a 16 (26%) nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním, přes 90 % (57) respondentů souhlasí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. Žádný respondent neodpověděl, že si není jist a 8% (5) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není časově náročná.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním vyšší odborná škola, také přes 90 % (58) respondentů se shodlo, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, 1 (2%) respondent si není jist a pouze 6% (4) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není časově náročná.

Graf č. 5: Poskytnutí návaznosti péče



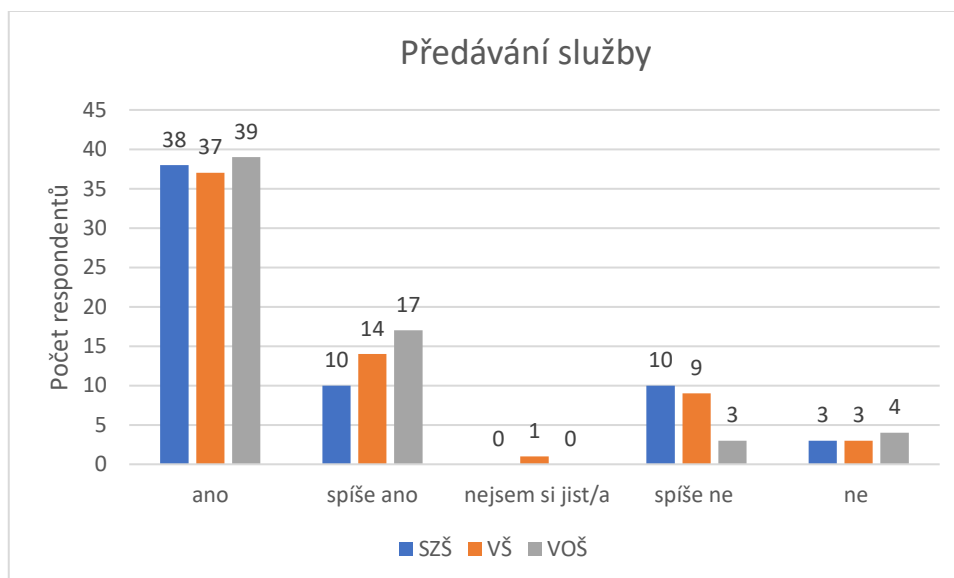
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním, celkem 45 (74%) respondentů odpovědělo kladně a myslí si, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. 8 (13%) respondentů si nejsou jistí v poskytování návaznosti péče a 8 (13%) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje návaznost péče.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním, má 49 (76%) kladný názor v návaznosti péče pomocí ošetrovatelské dokumentace, 11 (17%) si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče, a pouze 4 (7%) respondenti si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje návaznost péče.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním, 54 (85%) respondentů má kladný vztah k ošetrovatelské dokumentaci a návaznosti péče, 5 (8%) respondentů si nejsou jistí a jen 4 (7%) respondentů nesouhlasí s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče.

Graf č. 6: Využívání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby



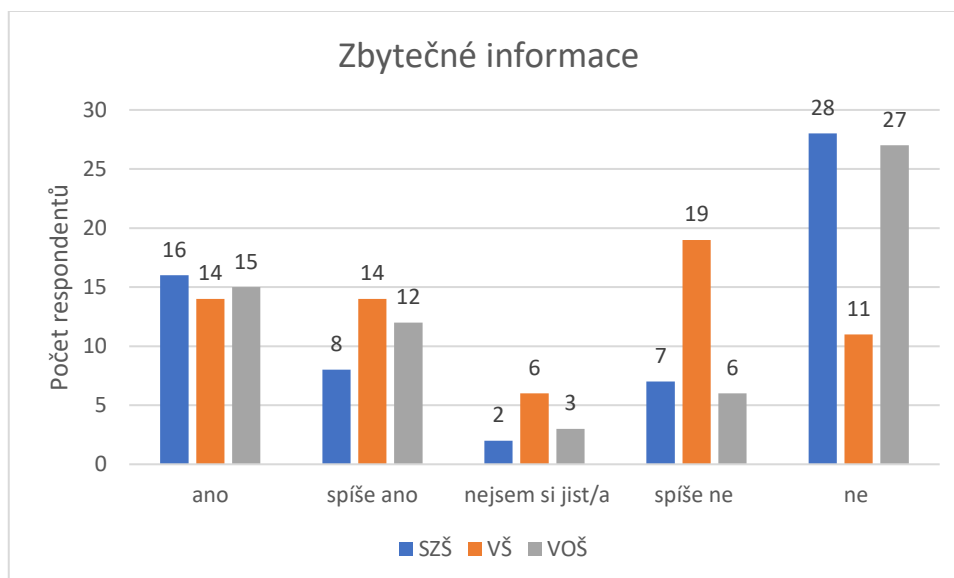
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním, celkem 48 (78%) respondentů využívá ošetrovatelskou dokumentaci při předávání služby. Pouze 13 (21%) respondentů při předávání služby ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo 51 (80%) respondentů, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci, 1 (2%) respondenti si nejsou jistý, zda při předávání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci a celkem 11 (18%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 56 (89%) respondentů využívá při předání služby ošetrovatelskou dokumentaci a pouze 7 (11%) respondentů ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají.

Graf č. 7: Zaznamenávání zbytečných informací do ošetrovatelské dokumentace



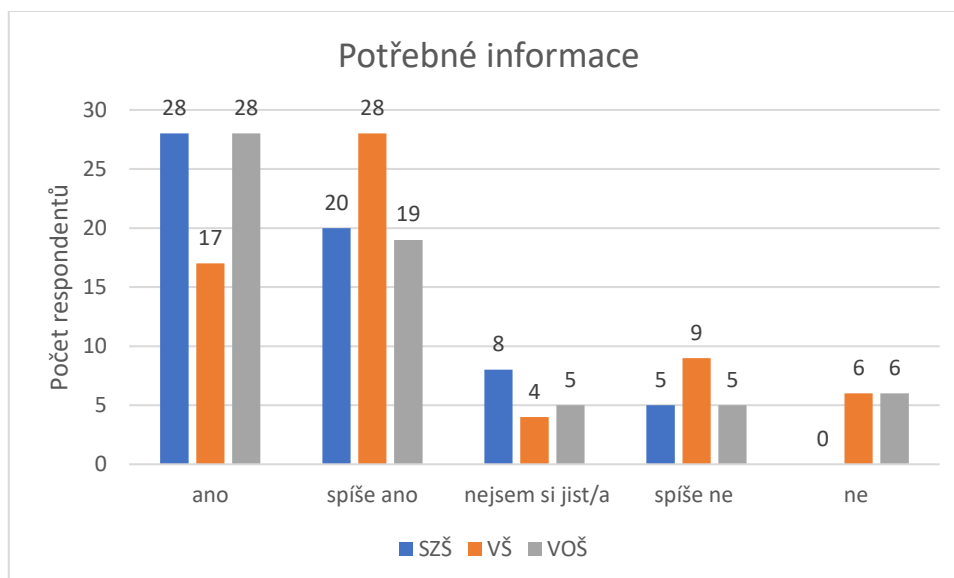
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním 24 (39%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, 2 (3%) si nejsou jistí, 35 (58%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo 28 (44%) respondentů, že zaznamenávání některých informací do ošetrovatelské dokumentace je zbytečné, 6 (9%) respondentů si nejsou jistí, zda je to zbytečné či nikoliv a 30 (47%) respondentů uvedlo, že není zbytečné zaznamenávat informace do ošetrovatelské dokumentace.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 27 (48%) respondentů hodnotí ošetrovatelskou dokumentaci tak, že některé informace v ošetrovatelské dokumentaci jsou zbytečné, 3 (4%) respondenti si nejsou jistí a 33 (53%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace zbytečné není.

Graf č. 8: Potřebné informace o pacientech v ošetrovatelské dokumentaci



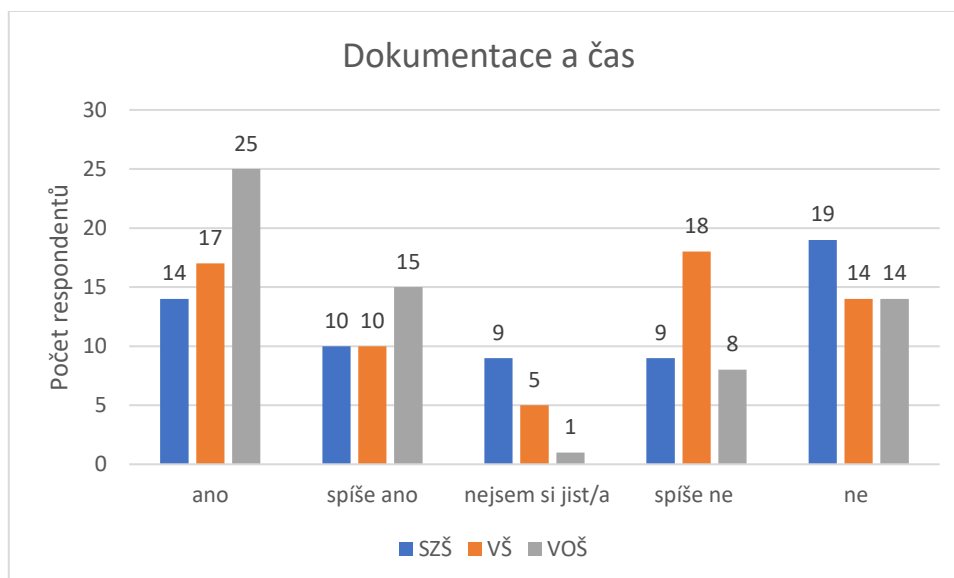
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním 48 (79%) respondentů uvádí, že souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje potřebné informace o pacientech, 8 (13%) respondentů si nejsou jistí a pouze 5 (8%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje veškeré potřebné informace.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním 45 (71%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, 4 (6%) respondentů si nejsou jistí, 15 (23%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 47 (74%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje potřebné informace o pacientech, 5 (8%) respondentů si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatečné informace o pacientech a 11 (18%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje dostatek informací o pacientech.

Graf č. 9: Vedením dokumentace se tráví více času než péči o pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 61 (100%) respondentů se středoškolským vzděláním celkem 24 (39%) respondentů si myslí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 9 (15%) respondentů si nejsou jistí, 28 (46%) respondentů se shodlo, že vedením ošetrovatelské dokumentace netráví více času než u pacienta.

Z celkového počtu 64 (100%) respondentů s vysokoškolským vzděláním 27 (43%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 5 (8%) respondentů si nejsou jistí, 32 (49%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Z celkového počtu 63 (100%) respondentů s vyšším odborným vzděláním 40 (64%) uvádí, že tráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacienta, 1 (2%) respondent si není jist a pouze 22 (34%) respondentů uvádějí, že netráví více času u dokumentace než u pacienta.

Tabulka č. 9: Přehlednost ošetřovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	37	10	8	4	2	2
VŠ	26	20	12	3	3	2
VOŠ	35	11	7	6	4	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 - nedostatečné)

Tabulka č. 9 zobrazuje hodnocení respondentů, zda ošetřovatelská dokumentace je přehledná. Tabulka je rozdělena dle vzdělání respondentů. Dle průměru známek říct, že respondenti se v hodnoceních zcela nelišili a přehlednost ošetřovatelské dokumentace jim vyhovuje.

Tabulka č. 10: Složitost ošetřovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	30	15	8	3	5	2
VŠ	22	21	14	2	5	2
VOŠ	27	13	16	4	3	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 - nedostatečné)

Tabulka č. 10 ukazuje hodnocení respondentů, zda ošetřovatelská dokumentace je složitá. Tabulka je rozdělena dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Dle průměru známek lze zhodnotit, že se respondenti ve svých hodnoceních zcela neliší a složitost ošetřovatelské dokumentace jim vyhovuje.

Tabulka č. 11: Úplnost ošetřovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	29	15	12	4	1	2
VŠ	21	23	12	6	2	2
VOŠ	35	15	5	6	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 - nedostatečné)

V tabulce č 11 vidíme hodnocení respondentů, zda ošetřovatelská dokumentace je úplná. Odpovědi respondentů jsou rozděleny dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Dle průměru známek lze říct, že hodnocení respondentů se neliší v závislosti na vzdělání a úplnost ošetřovatelské dokumentace jim vyhovuje.

Tabulka č. 12: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	32	9	14	4	2	2
VŠ	25	16	13	4	6	3
VOŠ	32	12	9	6	4	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 - nedostatečné)

Tabulka č. 12 zobrazuje hodnocení respondentů, zda ošetrovatelská dokumentace je smysluplná. Odpovědi respondentů jsou rozděleny dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Dle průměru známek lze říct, že respondenti, kteří mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu, nehodnotí smysluplnost ošetrovatelské dokumentace zcela kladně. Respondenti s vyšší odbornou školou a střední zdravotnickou školou smysluplnost ošetrovatelské dokumentace hodnotí průměrnou známkou dvě.

Tabulka č. 13: Náročnost ošetrovatelské dokumentace

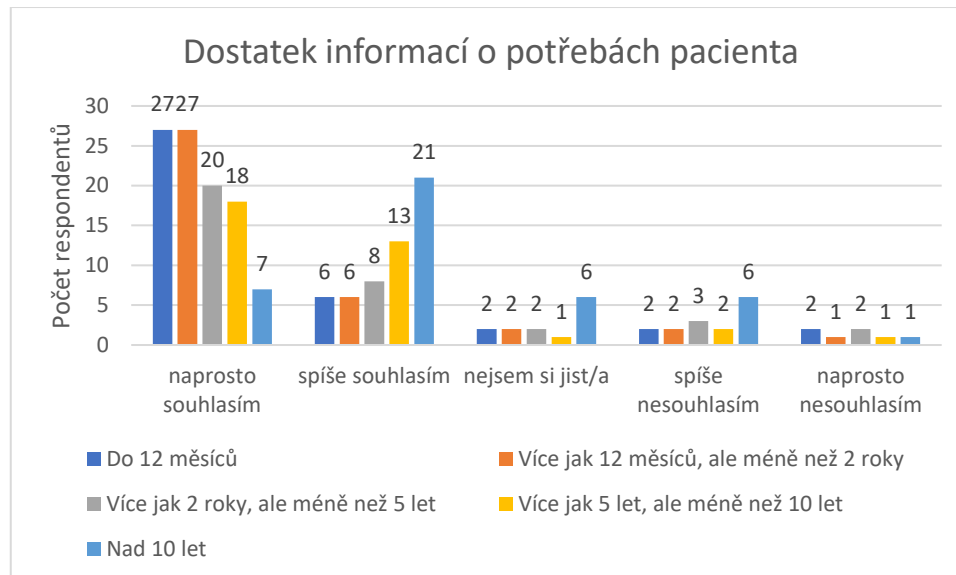
	1	2	3	4	5	Celkem
SZŠ	25	9	13	7	7	2
VŠ	24	12	14	7	7	2
VOŠ	27	6	14	6	10	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 - nedostatečné)

Tabulka č. 13 ukazuje hodnocení respondentů, zda ošetrovatelská dokumentace je náročná. Odpovědi respondentů jsou rozděleny dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Dle průměru známek lze říct, že respondenti odpovídali podobně a ošetrovatelská dokumentace dle jejich názoru není náročná.

4.3. Údaje zaměřené na rozdíly mezi délkou praxe

Graf 15: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientovi a jeho potřebách



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 27 (70%) respondentů naprosto souhlasí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách, 6 (15%) respondentů s tímto tvrzením souhlasí méně. 2 (5%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací, celkem 4 (10%) respondentů nesouhlasí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, tak 86% (33) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách, 5% (2) respondenti si tímto tvrzením nejsou jisti a pouze 3 (9%) respondenti s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách nesouhlasí.

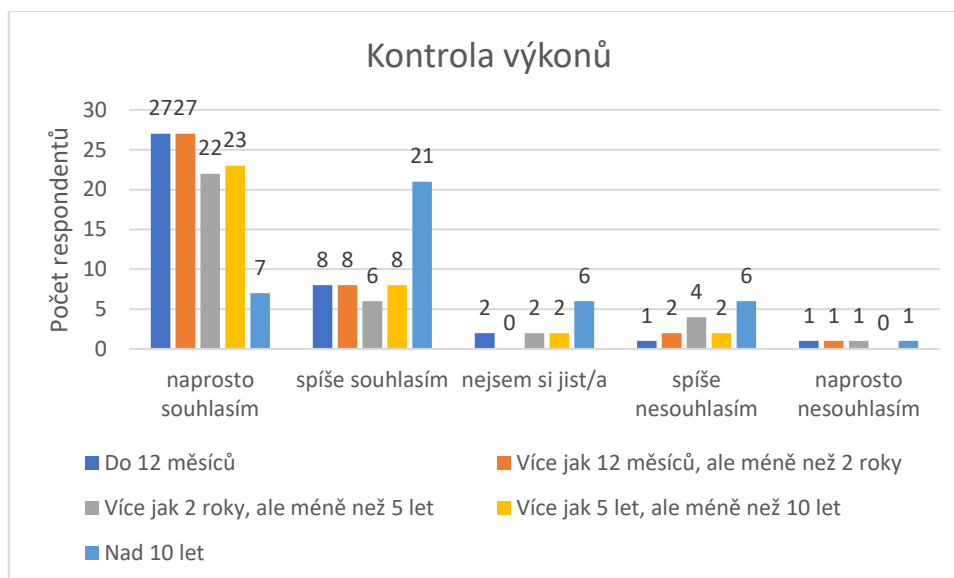
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, ale méně jak 5 let, tak 80% (28) respondentů se ztotožňuje s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho

potřebách. Dva (6%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách. Pět (14%) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let skoro 90% (31) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách. Jeden (3%) respondenti si není jist a pouze 3 (4%) respondenti nesouhlasí s tím, že by ošetrovatelská dokumentace poskytovala dostatek informací o pacientech a jeho potřebách.

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let celkem 28 (68%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách. Šest (15%) respondentů si nejsou jistí zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací. Celkem 7 (17%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje dostatek informací o pacientech a jeho potřebách.

Graf č. 16: Ošetrovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, celkem 35 (%) respondentů souhlasí s tím, že jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Dva (%) respondenty si nejsou jistí, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Pouze 4 (%) respondenti myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje kontrolu nad provedenými výkony.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, celkem 35 (%) respondentů souhlasí s tím, že jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Dva (%) si nejsou jistí, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Pouze 3 (%) respondenti si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje kontrolu nad provedenými výkony.

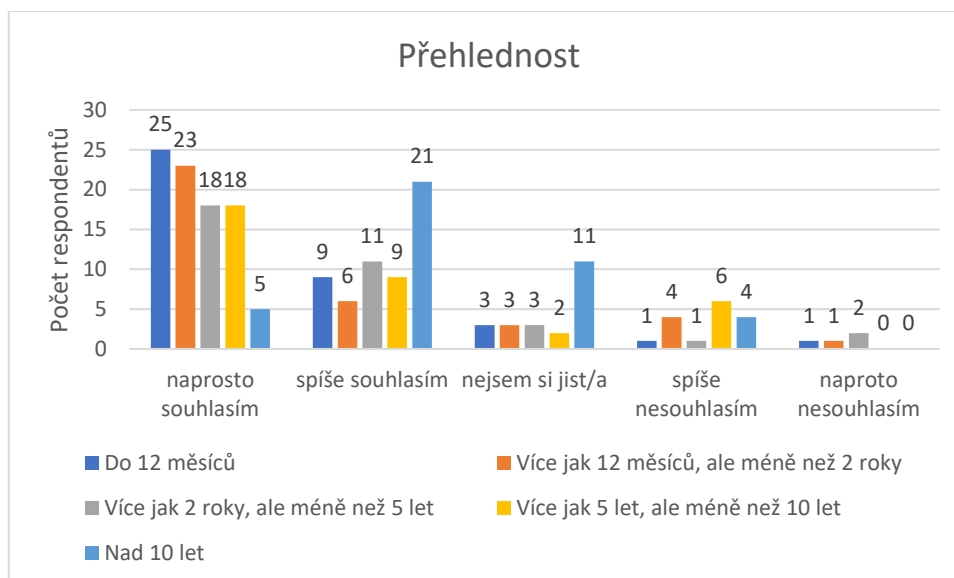
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, celkem 28 (%) souhlasí s tím, že jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Dva (%) respondenti si nejsou jistí, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Pět (%)

respondentů si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje kontrolu nad provedenými výkony.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, celkem 31 (%) souhlasí s tím, že jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Jeden (%) respondent si nejsou jistí, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Tři (%) respondentů si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje kontrolu nad provedenými výkony.

Z celkového počtu 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, celkem 28 (%) souhlasí s tím, že jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Šest (%) respondentů si nejsou jistí, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. A celkem sedm (%) respondentů si myslí, že jim ošetrovatelská dokumentace neposkytuje kontrolu nad provedenými výkony.

Graf č. 17: Ošetrovatelská dokumentace je přehledná



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, celkem 34 (%) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná. Tři (%) respondenti si nejsou jistí, zda je pro ně ošetrovatelská dokumentace přehledná. Pouze 2 (%) respondenti nesouhlasí s tím, že je ošetrovatelská dokumentace přehledná.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, 30 (%) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, tři (%) respondenti si nejsou jistí přehledností ošetrovatelské dokumentace, šest (%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není přehledná.

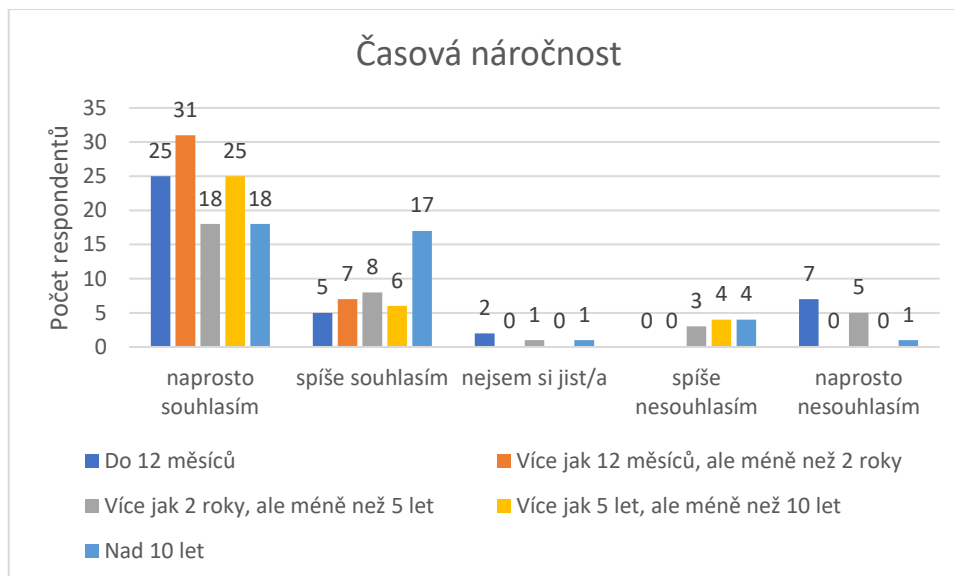
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, celkem 29 (%) respondentů se shodlo, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, tři (%) respondenti si jespou jistí přehledností ošetrovatelské dokumentace a pouze 3 (%) respondenti nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, dohromady 27 (%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, dva (%) respondenti si nejsou jistí, zda jejich ošetrovatelská

dokumentace je přehledná, šest (%) respondentů se shodlo, že ošetrovatelská dokumentace není přehledná.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 26 (%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná, jedenáct (%) respondentů si nejsou jistí, zda je ošetrovatelská dokumentace přehledná a čtyři (%) respondenti nesouhlasí, že ošetrovatelská dokumentace je přehledná.

Graf č. 18: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců celkem 30 (77%) si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, dva (5%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, sedm respondentů (18%) nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky 31 (81%) respondentů naprosto souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, sedm (19%) respondentů částečně souhlasí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. Nikdo s dotázaných si nemyslí, že by ošetrovatelská dokumentace nebyla náročná.

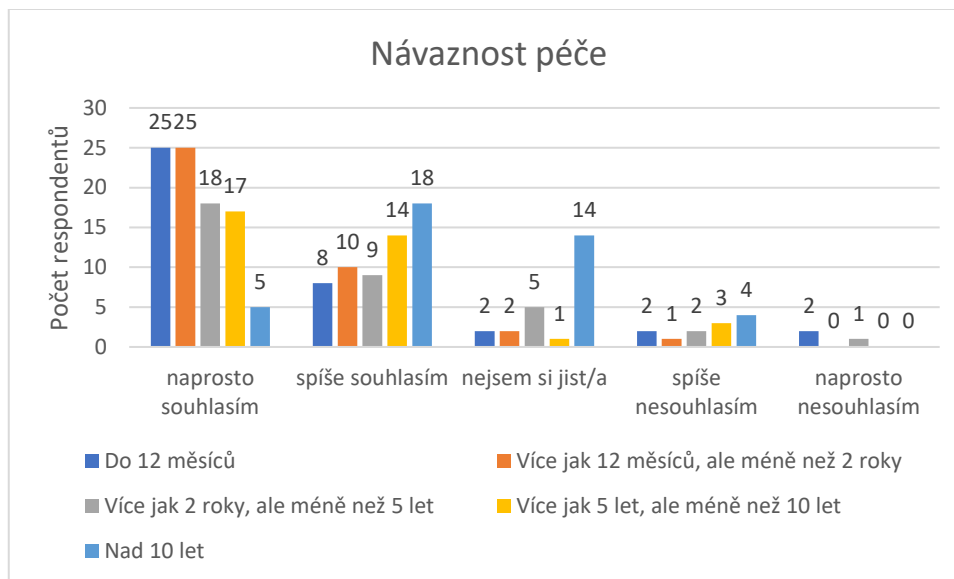
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky 18 (51%) respondentů naprosto souhlasí, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná, osm (23%) spíše souhlasí. Jeden (3%) respondenti si není jist s náročností ošetrovatelské dokumentace. Celkem 8 (23%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace není časově náročná.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 89% (31) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace

je časově náročná. Pouze 4 (11%) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, celkem 35 (86%) respondentů souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. Jeden (2%) respondent si není jist, zda ošetrovatelská dokumentace je náročná. Pět (12%) respondentů nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace je náročná.

Graf č. 19: Poskytnutí návaznosti péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 25 (64%) respondentů naprosto souhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Osm (21%) respondentů spíše souhlasí s návazností péče v ošetřovatelské dokumentaci. Dva (5%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Dva (5%) respondenti spíše nesouhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče a dva (5%) respondentů si myslí, že ošetřovatelská dokumentace neposkytuje návaznost péče.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky 25 (65%) respondentů naprosto souhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Deset (27%) respondentů spíše souhlasí s návazností péče v ošetřovatelské dokumentaci. Dva (5%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Jeden (3%) respondenti spíše nesouhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče.

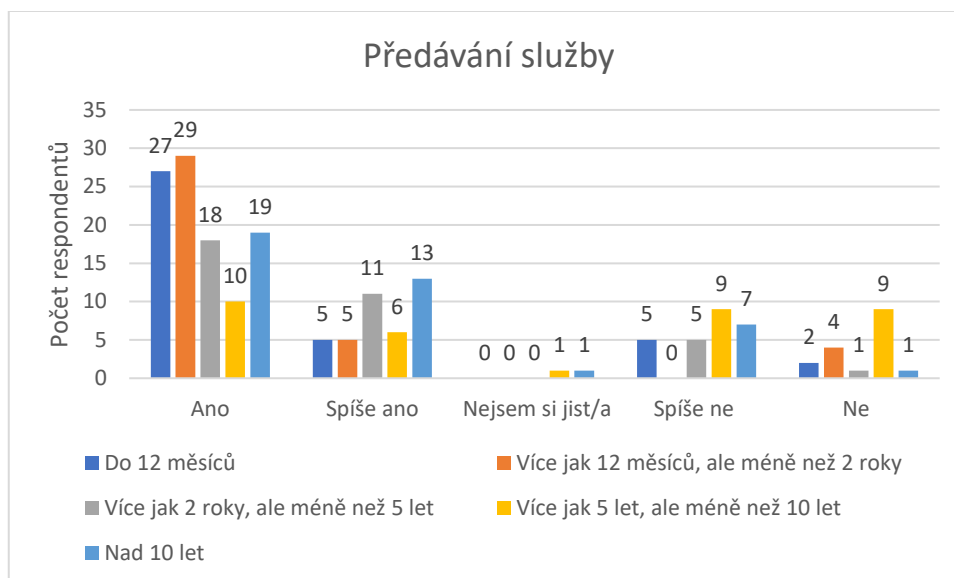
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, 18 respondentů (51%) naprosto souhlasí s tím, že ošetřovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Devět (26%) respondentů spíše souhlasí

s návazností péče v ošetrovatelské dokumentaci. Pět (14%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Dva (6%) respondenti spíše nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče a jeden (3%) respondentů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace neposkytuje návaznost péče.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 17 respondentů (49%) naprosto souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Čtrnáct (40%) respondentů spíše souhlasí s návazností péče v ošetrovatelské dokumentaci. Jeden (3%) respondent si není jist, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Tři (8%) respondenti spíše nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 5 respondentů (12%) naprosto souhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Osmnáct (44%) respondentů spíše souhlasí s návazností péče v ošetrovatelské dokumentaci. Čtrnáct (34%) respondenti si nejsou jistí, zda ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče. Čtyři (10%) respondenti spíše nesouhlasí s tím, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče.

Graf č. 20: Využívání ošetrovatelské dokumentace při předávání služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 32 (84%) respondentů uvedlo, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci. Celkem 7 (16%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

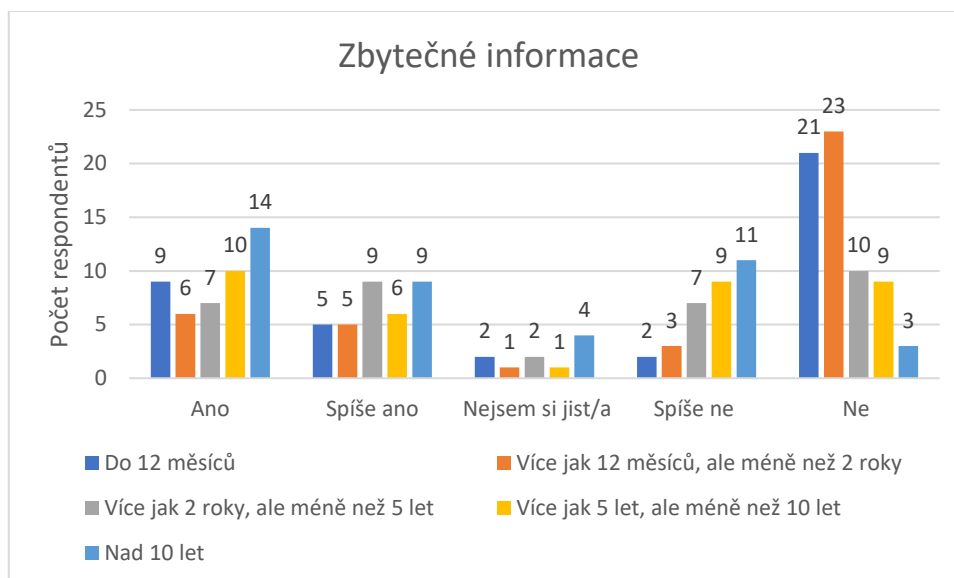
Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, 34 (89%) respondentů uvedlo, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci. Pouze 4 (11%) respondenti uvedli, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, 29 (83%) respondentů, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci. Celkem 6 (17%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 16 (45%) respondentů uvedlo, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci, jeden (3%) respondent si není jist, zda při předávání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci a celkem 18 (52%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 32 (79%) respondentů uvedlo, že při předání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci, jeden (3%) respondent si není jist, zda při předávání služby využívají ošetrovatelskou dokumentaci a celkem 8 (19%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci nevyužívají při předávání služby.

Graf č. 21: Zaznamenávání zbytečných informací do ošetrovatelské dokumentace



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 14 (33%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, 2 (5%) si nejsou jistí, 23 (59%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, 11 (26%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, jeden (3%) si není jist a 26 (71%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

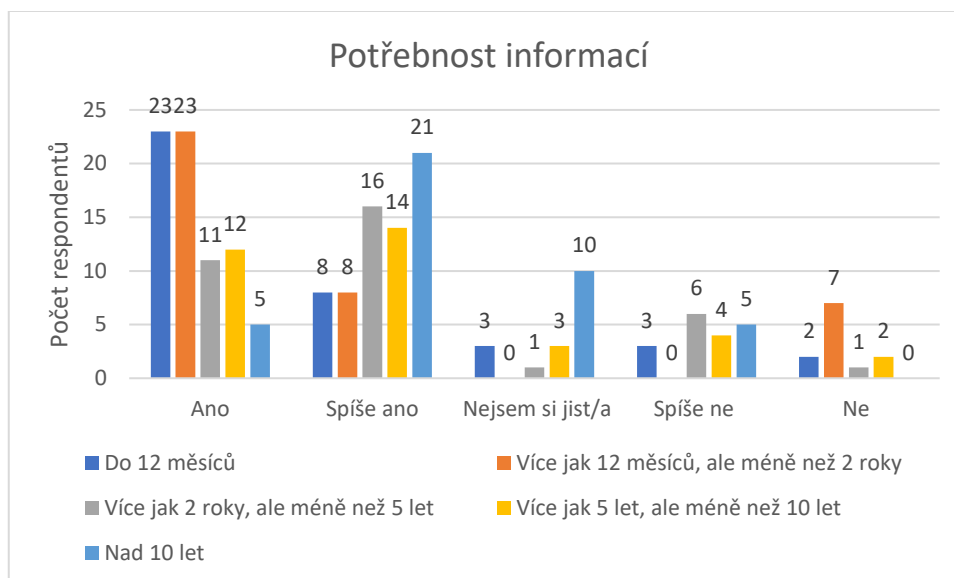
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, 16 (34%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, 2 (6%) respondentů si nejsou jistí, sedmnáct (48%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 16 (45%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, jeden (3%) respondent si není jist, 18 (52%)

respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 23 (59%) respondentů si myslí, že v ošetrovatelské dokumentaci jsou některé informace zbytečné, 4 (10%) respondenti si nejsou jistí, 14 (34%) respondentů si myslí, že zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace není zbytečné.

Graf č. 22: Potřebné informace o pacientech v ošetrovatelské dokumentaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 31 (79%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, 3 (8%) respondenti si nejsou jistí, 5 (13%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, 31 (81%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, 7 (29%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

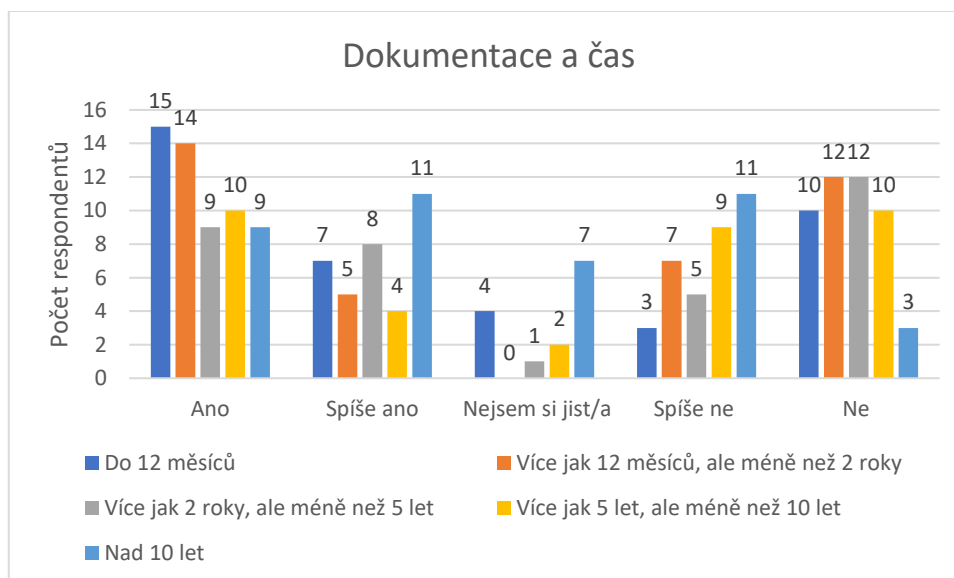
Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, 27 (77%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, jeden (3%) respondent si není jist, 7 (20%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 26 (74%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace

jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, 3 (9%) respondentů si nejsou jistí, 6 (17%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 26 (63%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim poskytuje dostatečné informace o pacientech, 10 (25%) respondentů si nejsou jistí, 5 (12%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelská dokumentace jim neposkytuje potřebné informace o pacientech.

Graf č. 23: Vedením dokumentace se tráví více času než péči o pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 39 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči do 12 měsíců, 22 (57%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 4 (10%) respondentů si nejsou jistí, 13 (33%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než dva roky, 19 (49%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 19 (51%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů, kteří mají praxi v intenzivní péči více jak 2 roky, 17 (49%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, jeden (3%) respondent si není jist, 17 (48%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Z celkového počtu 35 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči více jak 5 let, ale méně jak 10 let, 14 (39%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 2 (6%) respondenti si nejsou jistí, 19 (55%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Z celkového 41 (100%) respondentů s praxí v intenzivní péči nad 10 let, 20 (49%) respondentů tvrdí, že tráví vedením ošetrovatelské dokumentace více času než u pacienta, 7 (17%) respondentů si nejsou jistí, 14 (34%) respondentů si myslí, že netráví více času u ošetrovatelské dokumentace než u pacientů.

Tabulka č.14: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Průměr
Do 12 měsíců	29	5	2	2	1	1
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	29	2	2	3	2	2
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	15	10	7	2	1	2
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	18	9	3	4	1	2
Nad 10 let	8	16	14	3	0	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 – nedostatečné)

Tabulka č. 9. nám popisuje, jakou známku respondenti udělili přehlednosti ošetrovatelské dokumentace v závislosti na délce praxe respondentů v intenzivní péči. Z vypočítaných průměrů lze vidět, že průměrné hodnocení za přehlednost ošetrovatelské dokumentace se významně neliší. Lze říct, že respondenti jsou spokojeni s přehledností ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka č.15: Složitost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Průměr
Do 12 měsíců	23	6	7	2	1	2
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	23	4	7	0	4	2
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	14	10	7	2	2	2
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	13	11	6	1	4	2
Nad 10 let	7	18	11	3	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 – nedostatečné)

Tabulka č. 10 zobrazuje, jakou známku respondenti udělili složitosti ošetrovatelské dokumentace v závislosti na délce praxe respondentů v intenzivní péči. Z průměru známek lze říct, že průměrné hodnocení respondentů se neliší a složitost ošetrovatelské dokumentace respondentům vyhovuje.

Tabulka č. 16: Úplnost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Průměr
Do 12 měsíců	26	7	4	1	1	2
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	26	4	4	2	2	2
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	15	11	3	5	1	2
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	14	11	6	3	1	2
Nad 10 let	6	18	12	5	0	2

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 – nedostatečné)

Tabulka č. 11 popisuje hodnocení respondentů v závislosti na délce praxe v intenzivní péči v úplnost ošetrovatelské dokumentace. Z vypočítaného průměru známek lze předpokládat, že úplnost ošetrovatelské dokumentace respondentům vyhovuje, bez rozdílu let praxe v intenzivní péči.

Tabulka č. 17: Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Průměr
Do 12 měsíců	25	7	4	2	1	2
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	26	4	5	1	2	2
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	15	10	7	1	2	2
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	17	6	5	3	4	3
Nad 10 let	7	10	15	6	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 – nedostatečné)

Tabulka č. 12 ukazuje hodnocení respondentů, zda ošetrovatelská dokumentace je smysluplná. Respondenti jsou rozděleni, dle délky praxe v intenzivní péči. Lze z průměru vidět, že se odpovědi respondentů zcela nelišili. Také vidíme, že smysluplnost ošetrovatelské dokumentace respondentům s více jak 5 let, ale méně než 10 let a nad 10 let praxe v intenzivní péči moc nevyhovuje.

Tabulka č. 18: Náročnost ošetrovatelské dokumentace

	1	2	3	4	5	Průměr
Do 12 měsíců	24	7	4	4	0	2
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	22	3	7	0	6	1
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	12	5	8	6	4	3
Více jak 5 let, ale méně než 10 let	13	7	6	1	8	3
Nad 10 let	6	11	16	6	2	3

Zdroj: Vlastní výzkum (Hodnocení jak ve škole, 1- výborně, 5 – nedostatečné)

Tabulka č. 13 zobrazuje hodnocení respondentů, zda ošetrovatelská dokumentace je náročná. Odpovědi respondentů jsou rozděleny v závislosti na délce praxe v intenzivní péči. Odpovědi respondentů se lišily. Respondenti s délkou praxe v intenzivní péči více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky jsou zcela spokojeni ze složitostí ošetrovatelské dokumentace. Respondenti s délkou praxe do 12 měsíců, hodnotí náročnost ošetrovatelské dokumentace známkou 2. Zbytek respondentů nejsou zcela spokojeni s náročností ošetrovatelské dokumentace.

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. 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 č. 19: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací

Poskytuje dostatek informací (%)						
P=0,002	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostu nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	14,36	3,19	1,06	1,06	1,06	20,74
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	14,36	3,19	1,06	1,06	0,53	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	10,64	4,26	1,06	1,60	1,06	18,62
Více jak 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 naprostu souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka č. 20: Ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu provedených výkonů

Usnadňuje kontrolu provedených výkonů (%)						
p=0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostě nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	14,36	4,26	1,06	0,53	0,53	20,74
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	14,36	4,26	0,00	1,06	0,53	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	11,70	3,19	1,06	2,13	0,53	18,62
Více jak 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. Dle tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s usnadněním kontroly provedených výkonů naprostě souhlasí významně více sester s praxí do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka č. 21: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Je přehledná (%)						
p<0,001	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím	Celkem
Do 12 měsíců	13,30	4,79	1,60	0,53	0,53	20,74
Více jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,77	3,19	1,60	2,13	0,53	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	5,85	1,60	0,53	1,06	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 22: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	16,49	3,72	0,00	0,00	0,00	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	4,26	0,53	1,60	2,66	18,62
Více jak 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. Dle tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že s časovou náročností naprosto souhlasí významně více sester s praxí od 1 do 2 let než sester s praxí nad 10 let.

Tabulka č. 23: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,30	5,32	1,06	0,53	0,00	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	4,79	2,66	1,06	0,53	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 24: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	15,43	2,66	0,00	0,00	2,13	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	9,57	5,85	0,00	2,66	0,53	18,62
Více jak 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. Dle tabulky vyjadřující procentuální zastoupení můžeme říci, že ošetrovatelskou dokumentaci využívá předávání služby významně více sester s praxí od 1 do 2 let než sester s praxí od 5 do 10 let.

Tabulka č. 25: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	3,19	2,66	0,53	1,60	12,23	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	3,72	4,79	1,06	3,72	5,32	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 26: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,23	4,26	0,00	0,00	3,72	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	5,85	8,51	0,53	3,19	0,53	18,62
Více jak 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. Dle 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 č.27: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	6,91	2,66	0,00	3,72	6,91	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	4,79	4,26	0,53	2,66	6,38	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 28: Přehlednost ošetrovatelské dokumentace

Jak vnímáte ošetrovatelskou dokumentaci na Vašem oddělení? (známkování jak 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	15,43	1,06	1,06	1,60	1,06	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,32	3,72	1,06	0,53	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 29: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	12,23	2,13	3,72	0,00	2,13	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	7,45	5,32	3,72	1,06	1,06	18,62
Více jak 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. Dle 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 č.30: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,83	2,13	2,13	1,06	1,06	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,85	1,60	2,66	0,53	18,62
Více jak 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. Dle 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 č. 31: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	13,83	2,13	2,66	0,53	1,06	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	7,98	5,32	3,72	0,53	1,06	18,62
Více jak 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. Dle 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 č.32: 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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky	11,70	1,60	3,72	0,00	3,19	20,21
Více jak 2 roky, ale méně než 5 let	6,38	2,66	4,26	3,19	2,13	18,62
Více jak 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. Dle 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%, tak 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 vzděláním.

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

Testování této hypotézy proběhlo na základě kvantitativního výzkumu dle otázek: 6, 9, 10, 11, 12, 13. 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 č. 33: 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 č. 34: Ošetřovatelská dokumentace poskytuje kontrolu provedených výkonů

Usnadňuje kontrolu provedených výkonů (%)						
p=0,170	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou 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 ošetřovatelská dokumentace usnadňuje kontrolu provedených výkonů.

Tabulka č. 35: Přehlednost ošetřovatelské dokumentace

Je přehledná (%)						
p=0,239	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprostou 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 ošetřovatelské dokumentace.

Tabulka č.36: Časová náročnost ošetrovatelské dokumentace

Je časově náročná (%)						
p<0,001	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto 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 č. 37: Ošetrovatelská dokumentace poskytuje návaznost péče

Zlepšuje návaznost péče						
p=0,052	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nejsem si jist/a	Spíše nesouhlasím	Naprosto 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 č. 38: Ošetřovatelská dokumentace za předávání služby

Využíváte ošetřovatelskou 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 ošetřovatelské dokumentace při předávání služby.

Tabulka č. 39: Zaznamenávání zbytečných informací

Domníváte se, že v ošetřovatelské 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 ošetřovatelské dokumentace je zbytečné. Sestry se vzděláním SZŠ a VOŠ si významně častěji myslí, že zaznamenávání některých informací do ošetřovatelské dokumentace není vůbec zbytečné na rozdíl od sester s VŠ vzděláním. Ty hodnotí zaznamenávání některých informací do ošetřovatelské dokumentaci jako zbytečné významně častěji spíše ne.

Tabulka č. 40: 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 č. 41: 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 č. 42: 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 přehlednost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka č.43: 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 složitost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka č.44: 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 úplnost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka č. 45: 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 smysluplnost ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka č.46: 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 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 vzděláním.

6. Vyhodnocení kvalitativního výzkumu

6.1. Charakteristika probandů

Tabulka č.47: Charakteristika probandů

SESTRA	VĚK	ROKY PRAXE V INTENZIVNÍ PÉČI	NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ODDĚLENÍ
S1	25	3	VŠ -Bc.	ARO
S2	28	5	VŠ -Bc.	JIP
S3	31	6	SZŠ	ARO
S4	26	7	SZŠ	ARO
S5	23	4	VŠ -Bc.	JIP
S6	54	26	SZŠ	JIP
S7	37	14	SZŠ	JIP
S8	36	14	VŠ - Mgr.	JIP
S9	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 pojmem ošetrovatelská dokumentace představí dokumentaci, která poskytuje informace o stavu pacienta a napomáhá jim v ošetrovatelském procesu u pacienta, kontrolu provedených výkonů a naplňuje potřebu pacientů. Například S4 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.*“

Na otázku týkající se důležitosti vedení ošetrovatelské dokumentace se všechny sestry opět shodovali v odpovědích. 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 S3 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 sestry ošetrovatelskou dokumentaci považují za důležitý materiál pro sestru S2 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. Usnadňuje kontrolu provedených výkonů a zaznamenávání stavu pacienta. A také si myslím, že ošetrovatelská dokumentace není důležitá jen pro sestru, ale také pro lékaře.*“ (S8)

Dalším faktorem pro tuto podkategorii byla otázka, která byla zaměřená na význam ošetrovatelské dokumentace konkrétně pro dotazované sestry. S4 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, měřící škály, teplotka. Vlastně skoro celá ošetrovatelská dokumentace.*“ Podobný názor také uvádějí S1, S2, S3, S8, S9. „*Bohužel jen částečně. Za sebe mohu říct, že poskytuje pouze dodatečné informace o pacientovi*“ (S5). „*Po létech praxe v intenzivní péči konkrétně pro mě význam nemá, ale pro ošetrovatelskou péči ano*“ (S6). Podobná názor jako sestra S6 má i S7, 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 – Pro školenost personálu

Další podkategorie vznikla dle otázky, u které jsem se dotazovala sester, zda byly proškoleny na ošetrovatelskou dokumentaci a zda toto školení bylo dostatečné. Všechny

sestry až na jednu se shodli, že proškoleni byli a školila je jejich školící sestra a školení za ně bylo dostačující. „*Nejsem si vědom, že by mě někdo školil*“ (S5).

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*“ (S4). Jeden z problému, které sestry uvedli jsou: „*nečitelné zápisy*“ (S9, S8, S6, S5). S1 uvádí jako nejčastější problém toto: „*Ano, Například špatně zaznamenávání do hodnocení ran, zápisy jsou neúplné, rána není pořádně popsána a nelze pak zhodnotit, zda se rána hojí, či ne.*“ Sestry S2, S3, S7 a S10 se shodují, žádné problémy při práci s ošetrovatelskou dokumentací nemají. Velice se mi líbí názor S4, 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, kterou sestry uvedli je: VAS – hodnocení bolesti, bilanční list, ošetrovatelská příjmová a překládová zpráva, hodnocení rizika dekubitů, nutriční

screening, přehled invazivních vstupů, polohovací záznam, hodnocení vědomí, ošetřovatelská anamnéza, předání věcí a cenností.

Dále tato podkategorie byla stanovena podle otázky, která se vztahuje k ošetřovatelské anamnéze při příjmu nového pacienta. S4 sdělila: „*Při příjmu pacienta se vždy vyplňuje ošetřovatelská anamnéza. Každá sestra ji vyplňuje podle svých zvyklostí, zpravidla je to co nejdříve od přijetí po zajištění neodkladné péče. V případě potřeby se doplňují informace po řádném ověření jejich validity. Ošetřovatelskou anamnézu je potřeba vyplnit do 24 hodin od přijetí.*“ S9 uvádí: „*Ano u každého pacienta, vyplňujeme ji po 3 hodinách po příjmu pacienta.*“ S3 sdělila: „*Ano, vyplňujeme ji ihned při příjmu pacienta.*“ Všech deset dotázaných sester se shodlo, že ošetřovatelskou anamnézu vyplňují u každého pacienta, ale rozcházejí se v časech.

Kategorie 3 Časová náročnost a přehlednost ošetřovatelské dokumentace

Podkategorie – přehlednost

Stanovení této podkategorie bylo stanoveno na dle otázky, kde jsem se sester ptala, zda je jejich ošetřovatelská dokumentace vedena přehledně. S6 uvádí: „*Bohužel ne, ošetřovatelská dokumentace se stále mění a nevyhovuje mi.*“ Se S6 se shoduje i odpověď S8, která sdělila: „*Bohužel ne, stále se mění a nevyhovuje.*“ Přehlednost ošetřovatelské dokumentace ještě nevyhovuje S7, která odpověděla: „*Bohužel jen s částí, některé informace jsou za mě zbytečně zmatené.*“

Sestry S1, S3, S4, S9 a S10 se shodli, že od té doby, co mají ošetřovatelskou dokumentaci v elektronické podobě, tak ošetřovatelská dokumentace je přehledná a jednodušší. „*Ano, používáme elektronickou dokumentaci, kde máme vyhrazenou sekci ošetřovatelskou dokumentaci pro sestry*“ (S1). „*Nyní máme elektronickou ošetřovatelskou dokumentaci, která je určitě rychlejší k zapisování všech záznamů o pacientovi a řekla bych i přehlednější*“ (S4). Od té doby co máme elektronickou dokumentaci tak ano, papírová mi přišla nepřehledná a chaotická (S9).

Sestry S2, S5 jsou spokojeni i s jejich současnou papírovou ošetřovatelskou dokumentací. „*Ano, sice je to mnoho papíru, ale každá škála má svůj papír a vše je snadno dohledatelné*“ (S2).

Podkategorie – čas a ošetrovatelská dokumentace

Tuto podkategorii jsem stanovila na základě otázky, která se týkala, zda sestry stíhají péči o pacienty a ošetrovatelskou dokumentaci. S1 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 S2, S3, S4 a S5, které uvádí, že pacienta je na prvním místě a ošetrovatelskou dokumentaci zaznamenávají zpětně.

Dvě sestry (S6, S8) uvádí: *„není dostatek času na ošetrovatelskou dokumentaci.“* Zatímco sestry S7, S9, S10 se shodují, že ošetrovatelskou dokumentaci stíhají vyplňovat i se věnovat pacientům, ale elektronická ošetrovatelská dokumentace usnadnila práci. *„Za sebe mohu říct že ano, ale elektronická ošetrovatelská dokumentace by nám ulehčila práci“* (S7). *„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 byli sestry tázáni, zda jsou spokojeni se současnou ošetrovatelskou dokumentací. Pouze dvě sestry jsou nespokojeni s ošetrovatelskou dokumentací. *„bohužel za sebe ne“* (S6). *„jak jsem jich zmiňovala, tak ne, stále se mění a stále nevyhovuje a je nepřehledná“* (S8). Zbytek sester se shoduje, že jsou spokojeni s ošetrovatelskou dokumentací. Sestry (S1, S3, S4, S9, S10) uvádějí, že díky elektronické dokumentaci jsou s ošetrovatelskou dokumentací spokojeni. *„Ano, elektronická ošetrovatelská dokumentace mi přijde přehlednější, než když jsme měli klasickou papírovou formou“* (S1). Podobný názor uvádí i S3: *„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 sester byla, zda by zlepšili svoji ošetrovatelskou dokumentaci a na tomto podkladě vznikla další podkategorie. Sedm sester (S1, S2, S3, S5, S7, S9, S10) se shodují, že ošetrovatelskou dokumentaci by neměnili. „*Ano, je jasná a výstižná, lehce pochopitelná*“ (S2). „*Ano, ošetrovatelská dokumentace je přehlednější a rychlejší a tím pádem máme více času na pacienty u lůžka*“ (S3). 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. S5 uvedla: „*Ošetrovatelskou dokumentace využívám minimálně.*“ S6 odpověděla: „*Ošetrovatelská dokumentace mi nepřipadá úplně důležitá, takže ji při předávání pacienta moc nepoužívám*“ s tímto tvrzením se ztotožňuje i S8.

Ostatní sestry uvádějí, že ošetrovatelskou dokumentaci sestry při předávání hlášení využívají. Například S1 uvedla: „*Ano, ošetrovatelské dokumentace je pro mě nedílnou součástí při předávání hlášení, abych na něco nezapomněla*“, s tímto souhlasí i sestra S4, která uvádí: „*Je to dle zvyklosti každé sestry, já nahližím do ošetrovatelského plánu, kde si slovně zapisuji provedenou péči, abych nezapomněla předat důležité informace.*“ Podobnou odpověď uvedla i S9: „*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, jaké se podávají ATB, vyšetření, které proběhly během dne, funkčnost invazivních vstupů“ (S3).*

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. S2 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“ (S8).*

Tato podkategorie byla vytvořena taky na základě otázky, kde byly sestry tázány, zda do ošetrovatelské dokumentace zaznamenávají čas předání a převzetí pacienta. S1 odpověděla: *„Ano zaznamenáváme časy s předáním i převzetím pacienta, aby bylo jasně 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. Diskuze

Tato diplomová práce se zabývá problematickou ošetrovatelské dokumentace při předávání pacienta v intenzivní péči. Výzkumné šetření bylo záměrně prováděno na odděleních intenzivní péče s různým vzděláním a délkou praxe, jelikož se domnívám, že to ovlivňuje pohled sester na ošetrovatelskou dokumentaci.

Mému výzkumu se podobá práce Markéty Kučerové, Dis., název této práce zní: *Názor sester v intenzivní péči na význam vedení dokumentace ošetrovatelského procesu*. Výsledky výzkumu, které uvedla se shodují s výsledky mé diplomové práce. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči je spíše negativní.

Empirická část byla rozdělena na kvalitativní a kvantitativní. Pro kvalitativní výzkumnou část byly stanoveny celkem čtyři výzkumné otázky. První z nich byla: „*Jakým způsobem si sestry v podmínkách intenzivní péče předávají informace?*“ Všechny sestry ve svých odpovědích uvedli, že informace o pacientech si předávají ústně konkrétní sestře a písemně, kde je jejich razítko, podpis, datum a čas. Hlášení musí být přehledné, čitelné a psané plným jménem sestry, která hlášení předává (Kelnerová, 2015). Předání pacienta z jedné směny na druhou je předáváno příslušné sestře a současně zaznamenáváno v ošetrovatelské dokumentaci (Pokorná, et al., 2019). „*Informace o pacientovi si předáváme hlášením přebírající sestře při výměně směny a také do ošetrovatelské dokumentace, kde musí být datum, razítko, čas a podpis*“ (S3)

Druhá výzkumná otázka byla: „*Které informace sestry v intenzivní péči považují za nejdůležitější?*“ Všechny sestry se povětšinou shodovali v odpovědích. Jejich odpovědi se pouze lišili dle oddělení. Pro předávání informací o pacientech mezi zdravotníky je vhodné použít standardizované techniky jako například SBAR. SBAR technika je strukturovaná komunikační technika, která slouží zdravotníkům ve stručném sdělení, ale výstižným způsobem předat důležité informace o pacientech. *Situace (situation) – identifikovat problém stručným popisem, pozadí (background) – diagnóza nebo důvod přijetí pacienta, jeho zdravotní stav, posouzení (assessment) – poskytnutí informací, jakou jdou vitální funkce, popřípadě výsledky laboratoří a jiné relevantní a kvantitativní či kvalitativní údaje, doporučení (recommendation) – přesné a popisné vysvětlení, co je třeba* (Kelnerová, 2015, s. 66). Předávání informací o pacientech mezi

směnami sestrami je důležitá součást ošetrovatelského procesu. Jeho hlavním cílem je sdělení klinických informací o pacientech k zajištění kontinuální, kvalitní a bezpečné péče. Špatná komunikace během předání směny může ohrozit bezpečnost pacientů (Pokorná, et al., 2019). „*Ventilační režim, analgosedace, zda jsou pacientovi podávány katecholaminy, odsávání z dýchacích cest, diuréza, kontrola glykémie, jaké se podávají ATB, vyšetření, které proběhly během dne, funkčnost invazivních vstupů*“ (S3). Tuto odpověď uvedla sestra, která dělá na ARU, například S2, 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 S3.

Třetí výzkumná otázka, která byla stanovena je: „*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* (S1). Podobný výzkum této problematiky taky uvádí ve své bakalářské práci Martina Zemánková s názvem: *Dokumentace ošetrovatelské péče v práci všeobecné sestry*, která ve svém výzkumu uvádí, že za nejdůležitější dokument považují: 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. Jsou také vypracované ošetrovatelské standardy, které si každé zařízení musí vypracovat, který sestra musí dodržovat (Malínková, 2020). „*Sice je to mnoho papíru, ale každá škála má svůj papír a vše je snadno dohledatelné*“ (S2). 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 vedou jako zdroj současných poznatků o pacientovi. Při zápisu do dokumentace je nutné, aby zdravotnický personál, který z 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*“ (S4). „*Od té doby, co máme elektroniku dokumentaci tak ano, papírová mi přišla nepřehledná a chaotická*“ (S9). 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, tak 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 technologickému vybavení potřebné s ním, ale také s proškolením zaměstnancům (Messer, 2016). Špinar et. al., (2013) ve své knize také uvádí, že mezi další nevýhody elektronické dokumentace patří například komplikovaná ochrana osobních dat pacientů, které jsou spojeny se zhroucením informačního systému a také skutečnost, že záznamy lze jednoduše upravit či pozměnit. Ovšem v dnešní době se lze setkat, že zdravotnická zařízení vedou dokumentaci obojím způsobem, jak v elektronické formě, tak v papírově, 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.).

V kvantitativní části výzkumného šetření byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza: „*Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe.*“ Druhá hypotéza „*Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v podmínkách intenzivní péče je ovlivněn délkou praxe.* Z výsledku výzkumu můžeme říct, že názor na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe, ale ba naopak není ovlivněn vzděláním. Respondenti byly tázáni na různé oblasti, co se týkají ošetrovatelské dokumentace.

Například, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje kontrolu nad provedenými výkony. Dle tabulky č.10 můžeme vidět, že respondenti se ve svých odpovědích liší, dle délky, praxe, ale dle tabulky č 24. můžeme vidět, že respondenti se v odpovědích neliší, dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Záznamy do ošetrovatelské dokumentace provádí sestry. Pro provádění záznamů jsou obecné zásady a musí se dodržovat právní normy. Jsou také vypracované ošetrovatelské standardy, které si každé zařízení musí vypracovat, který sestra musí dodržovat (Malínková, 2020). Zdravotnická dokumentace informuje o zdravotním stavu a provedených intervencích u pacienta (Kapounová, 2020).

Dále byli respondenti dotazováni, zda jim ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací i pacientech. Dle tabulek č. 19 a 33 je vidět, že odpovědi respondentů byly ovlivněny délkou praxe, ale nikoliv vzděláním. Ze své zkušenosti z praxe si troufnu říct, že ošetrovatelská dokumentace poskytuje dostatek informací, například bilanci pacienta, vědomí a mnoho dalšího. Z ošetrovatelské dokumentace mohou čerpat informace i lékaři.

Přehlednost ošetrovatelské dokumentace byla další oblast, na kterou byli respondenti tázáni. Podle tabulek č. 21 a 35 lze můžeme opět vidět rozdíl. Názor na přehlednost ošetrovatelské dokumentace je ovlivněn délkou praxe, ale není ovlivněn vzděláním. Ošetrovatelská dokumentace poskytuje přehled o pacientově zdravotním stavu (Halmo, 2014). Myslím si, že tyto odpovědi mohly být ovlivněny, zda respondenti používají elektronickou dokumentaci, nebo papírovou formu dokumentace. Jak uvádí Špinar et al., (2013) elektronická podoba dokumentace 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, tak se předchází dlouhému hledání v papírech a mnoha složkách, které obsahují veškeré informace o pacientovi (Špínar et. al., 2013).

Dle tabulek č. 22 a 36 můžeme vidět odpověď respondentů na časovou náročnost dokumentace. Zde můžeme vidět, že není rozdíl u délky praxe ani u vzdělání respondentů. Dovolím si říct, že ošetrovatelská dokumentace je časově náročná. Pokud porovnáme výsledky z kvalitativního a kvantitativního výzkumu, tak sestry uvádějí, že nemají dostatek času na ošetrovatelskou dokumentaci. Některé sestry dokonce uvedli, že by jim ošetrovatelská dokumentace ušetřila čas. Dovolím si vyjádřit názor. Troufnu si říct, že elektronická dokumentace ušetří sestrám 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 ve své bakalářské práci řešila i Stanislava Včelová s názvem: *Sestra a ošetrovatelská dokumentace*. Ta ve svém výzkumu se shoduje a uvádí, že ošetrovatelská dokumentace v elektronické podobě šetří sestrám čas a rychlejší přístup k informacím o pacientovi.

Dále oblast, kterou jsem hodnotila byla, zda ošetrovatelská dokumentace zlepšuje návaznost péče. Podle tabulek č.23 a 36, je možno vidět rozdíl mezi vzděláním a délkou praxe. Ošetrovatelská dokumentace musí být jednoduchá, dobře přístupná a slouží jako informační zdroj (Burda, et. al., 2016). Ošetrovatelská dokumentace může přispět ke kvalitní, jednotné a systematické poskytnutí ošetrovatelské péče (Halmo, 2014).

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

8. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala stále diskutovanou problematikou, která je ošetrovatelská dokumentace a předávání pacientů. Sestry se cítí administrativně zatěžovány a nemohou věnovat pacientovi čas, jaký by si představovali a ošetrovatelská dokumentace se díky tomu stává stále diskutovaným tématem. Předmětem zkoumání bylo zmapovat názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci v intenzivní péči a předávání pacientu v intenzivní péči.

V práci bylo stanoveno celkem pět cílů, kterých bylo dosaženo pomocí kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. V kvalitativní metodě šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl následně zpracován formou otevřeného kódování a využití metody „tužka papír.“ Rozhovor se skládal celkem z 15 otázek. Výzkumný vzorek kvalitativního výzkumu tvořilo celkem 10 všeobecných sester pracujících na anesteziologicko – resuscitačním oddělení a na jednotce intenzivní péče. Rozsah výzkumného vzorku byl dán na základě teoretické nasycenosti odpovědí. Rozhovory byly následně kódovány a kategorizovány metodou tužka papír a bylo vytvořeno 5 kategorií.

Z výsledku kvalitativního výzkumného šetření je patrné, že ošetrovatelská dokumentace je pro sestry stále časově náročná, ale jejímu vedení a celkově ošetrovatelské dokumentaci přikládají 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 byl 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, pacienti si předávají ústně konkrétní sestře, ale také písemné hlášení o pacientovi, které shrne celý den. V písemném hlášení nesmí chybět razítko, podpis, datum a čas. Používají ošetrovatelskou dokumentaci jako pomůcku, aby na něco

popřípadě nezapomněli. Za nejdůležitější informace při předávání hlášení považují: provedená speciální vyšetření, celkové změny stavu u pacienta, výměny a funkčnost invazivních vstupů, zhodnocení vědomí, podané a nepodané léky, diuréza, hodnota glykémie, ventilační režim.

Druhá část výzkumného šetření se skládala z kvantitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl vytvořen dotazník V kvantitativní části pro získání dat byl 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 realitních četnosti. Dále jsme si v programu konturovali 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 vzděláním.

Hypotézu jsem ověřila a na základě výsledku zamítla a mohu říct, že názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci není ovlivněn vzděláním, což si myslím je 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. HLINKOVÁ, E., et al., 2015. *Nehojace sa rany: vysokoškolská učebnica*. Martin: Osveta, 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.
19. HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
20. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
21. KELNAROVÁ, J. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. přepr. vyd. Praha: Grada Publishing, Sestra. ISBN 978-80-247-5332-4.
22. 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.

23. KELNAROVÁ, J., et al., 2016 *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 244 s. ISBN 978- 80-247-5331-7.
24. KNECHTOVÁ, Z. et al., 2017. *Ošetřovatelské postupy v intenzivní péči: kardiiovaskulární aparát*. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-8789-7
25. KOUTNÁ, M., ULRYCH, O., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*, Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
26. KUCKIR, M. a. k., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-2.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
28. 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.
29. 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.
30. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-5376-8
31. MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetřovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
32. MLÝNKOVÁ, J., 2016 260 s. *Pečovatelská 1. díl učebnice pro obor sociální činnost*, 2., doplněné vydání ISBN: 802719458X
33. 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.
34. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80271-0210-5.

35. OPAVSKÝ, J., 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častý bolestivýchstavů*. Praha: Maxdorf, 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.
36. PAGE, V., a E. WESLEY ELY. 2015. *Delirium in critical care. Second edition.* ISBN 9781107433656.
37. PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1235-7.
38. PLAMÍNEK, J. 2012. *Komunikace a prezentace*. 2. vydání. Praha: Grada, 198 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
39. PLEVOVÁ, I. 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
40. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
41. 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
42. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5
43. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-7961-4.
44. 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.
45. ROKYTA, R. et al. 2012. *Bolest*. 2. vydání. Praha: Tigis. 748 s. ISBN 978-80-8732-302-1.
46. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2197-5.
47. SCHULER, M., et al., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.
48. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

49. SOVOVÁ, E. SEDLÁŘOVÁ, J., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2.*, rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4823-8.
50. STRYJA, J. et al., 2016. *Repetitorium hojení ran 2.* Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-18-2.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016, *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4."
55. TÓTHOVÁ, V., et. al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 160 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
56. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I.* Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
57. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část.* Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
58. 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.

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 jak 12 měsíců, ale méně než 2 roky
 - c. Více jak 2 roky, ale méně než 5 let
 - d. Více jak 5 let, ale méně než 10 let
 - e. 10 let a více
4. Kde jste poprvé slyšela 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 na ošetřovatelskou dokumentaci?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nejsme si jist/a
9. Využíváte informace z ošetřovatelské dokumentace při předávání služby?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsem si jist/a
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
10. Domníváte se, že v dokumentace je zaznamenávání některých informací zbytečné?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsme si jist/a
 - d. Spíše ne
 - e. Ne
11. Poskytuje Vám ošetřovatelská dokumentace veškeré potřebné informace o pacientech?
- a. Ano
 - b. Spíše ano
 - c. Nejsme 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. Nejsme si jist/a
- d. Spíše ne
- e. Ne

13. Jak vnímáte ošetrovatelskou dokumentaci na Vašem oddělení? (známkování jak ve škole, 1- výborně, 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:

Na jakém oddělení pracujete?

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 dokumentace mají význam pro Vás?
7. Byl/a jste proškolen/a ohledně vedení a práce s ošetrovatelskou dokumentací? Pokud ano, kdo Vás školil a jak školení hodnotíte?
8. Z vašeho pohledu je současně používaná ošetrovatelská dokumentace vedená přehledně?
9. Stíháte 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 použitých zkratk

JIP – Jednotka intenzivní péče

EKG – Elektrokardiograf graf

RTG – Rentgenové záření

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

GCS – Glasgow Coma Scale

RSS – Ramsay Sedation Score

RASS – Richmond Agitation Sedation Scale

ISAP – International Asociacion for the Study of Pain

VAS – Vizuální analogová škála

BMI – Body Mass Index

MNA – Mini Nutritional Assessment

CVP – Centrální žilní tlak

TK – Krevní tlak

P – Pulz

TT – Tělesná teplota

VŠ – Vysoká škola

SZŠ – Střední zdravotnická škola

VOŠ – Vyšší odborná škola

Vš – Bc. – Vysoká škola, Bakalář

Vš – Mgr. – Vysoká škola, Magistr