

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Analýza a inovace vybrané ošetrovatelské  
dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny**

**Diplomová práce**

**PhDr. Andrea Hudáčková**

**Bc. Radmila Křížová**

**2010**

**Abstract:**

The thesis topic: “Analysis and Innovations of Selected Nursing Documentation Used in Intensive Care” was chosen deliberately for its topicality. Documentation is an important and integral part of treatment of patients. It is very important that nursing documentation suit nurses who work with it. Data should be clear and their recording easy and convenient for nurses. Duly managed nursing documentation should be beneficial for physicians as well. For the research, the anaesthetic resuscitation department in Jihlava was chosen. The thesis contained six defined objectives that have been met and resulting 6 research questions.

Qualitative research was carried out in 3 stages. One research group consisted of nurses at the anaesthetic resuscitation department in Jihlava, the other research group consisted of doctors at the anaesthetic resuscitation department in Jihlava.

In the first stage, an analysis of nursing documentation used at the anaesthetic resuscitation department in Jihlava was carried out and, subsequently, interviews with the nurses and doctors from this department were conducted. In the second phase, innovations of nursing documentation were made and the documentation was put into practice. The final stage of the thesis consisted of interviews with the same questions for the doctors and nurses at the anaesthetic resuscitation department in Jihlava, in which opinions of the nurses and doctors on the innovated documentation and its application in practice were surveyed.

The objective was to analyze the existing nursing documentation, to innovate it on the basis of the interview results, to implement it, and then to find out whether it could be used in practice. Based on the interviews conducted, we found out that nurses do not like the nursing diagnoses and also record sheets, which are common for doctors and nurses, used their department. Based on these results, innovation of the nursing diagnoses was made and, at the same time, the department made an innovation of the recording sheet, and medical and nursing documentation was separated. After the documentation was introduced into practice, we interviewed the nurses and doctors again to find out whether the innovated documentation was better and whether it could

be improved more. We found out that the documentation was better, more suitable for the respondents. The innovated documentation can be used in practice and is currently so at the anaesthetic resuscitation department in Jihlava.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci: „*Analýza a inovace vybrané ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Podpis studenta

### Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat PhDr.Andree Hudáčkové za cenné rady a připomínky během psaní mé diplomové práce.

Moje poděkování patří hlavní sestře Nemocnice Jihlava, sestřám a lékařům oddělení ARO Jihlava a zejména vrchní sestře oddělení ARO Jihlava za spolupráci na mé diplomové práci.

## Obsah

Úvod.....	5
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Pracoviště intenzivní medicíny.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Intenzivní medicína.....	6
1.1.1.1 Stupně intenzivní péče.....	7
1.1.1.2 Rozdělení intenzivní péče.....	8
1.1.1.3 JIP interního typu.....	9
1.1.1.4 JIP chirurgického typu.....	11
1.1.2 Vybavení oddělení intenzivní péče .....	12
1.1.2.1 Personální zabezpečení .....	12
1.1.2.2 Prostorové a přístrojové vybavení .....	13
1.1.3 Hygienicko- epidemiologický režim oddělení intenzivní medicíny .....	14
<b>1.2 Zdravotnická dokumentace.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Rozdělení zdravotnické dokumentace.....	16
1.2.2 Související legislativa.....	17
<b>1.3 Ošetřovatelská dokumentace.....</b>	<b>23</b>
1.3.1 Ošetřovatelský proces.....	24
1.3.2 Ošetřovatelské diagnózy.....	26
1.3.3 Zásady vedení dokumentace.....	28
1.3.4 Ošetřovatelská dokumentace v intenzivní péči.....	29

1.3.4.1 Monitorace pacienta.....	30
1.3.4.2 Příjmová zpráva.....	36
1.3.4.3 Překladová a propouštěcí zpráva.....	37
<b>1.4 Anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Jihlava .....</b>	<b>37</b>
1.4.1 O oddělení.....	37
1.4.2. Používaná ošetrovatelská dokumentace.....	39
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky.....</b>	<b>41</b>
2.1 Cíle práce.....	41
2.2 Výzkumné otázky.....	41
<b>3. Metodika.....</b>	<b>43</b>
3.1 Metodika sběru dat.....	43
3.2 Charakteristika souboru.....	45
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>46</b>
4.1 I etapa .....	46
4.1.1 Analýza dokumentace.....	46
4.1.2 Rozhovory sestry . .....	47
4.1.2.1 Kategorizace dat sestry .....	55
4.1.3 Rozhovory lékařů .....	63
4.1.3.1 Kategorizace dat lékařů I .....	65

<b>4.2 II etapa</b> .....	68
4.2.1 Inovace dokumentace.....	68
<b>4.3 III etapa</b> .....	69
4.3.1 Rozhovory sestry .....	69
4.3.1.1 Kategorizace dat sestry II.....	73
4.3.2 Rozhovory lékaři .....	78
4.3.2.1 Kategorizace dat lékaři .....	80
<b>5 Diskuse</b> .....	83
<b>6 Závěr</b> .....	96
<b>7 Seznam použité literatury</b> .....	99
<b>8 Klíčová slova</b> .....	104
<b>9 Přílohy</b> .....	105



## **Seznam použitých zkratk**

**AAP** = perfuzní tlak v dutině břišní

**AIM** = akutní infarkt myokardu

**ARO** = anesteziologicko – resuscitační oddělení

**ATB** = antibiotika

**CNS** = centrální nervový systém

**CVP** = centrální žilní tlak

**EKG** = elektrokardiografie

**FF** = fyziologické funkce

**GCS** = Glasgow coma scale

**GIT** = gastrointestinální trakt

**IAP** = nitrobřišní tlak

**JIP** = Jednotka intenzivní péče

**KPR** = kardiopulmonální resuscitace = neodkladná resuscitace

**MAP** = střední arteriální tlak

**NANDA** = North American Nursing Diagnosis = Severoamerická asociace pro

ošetřovatelskou péči

**NN** = nozokomiální nákaza

**TT** = tělesná teplota

**UPV** = umělá plicní ventilace

**ZZS** = zdravotnická záchranná služba

## Úvod

Změny ve zdravotnictví vedou i ke změnám v postojích k poskytované péči i k jejím poskytovatelům a je kladen velký důraz na práva požadavky pacientů/klientů. Je kladen důraz na odbornost poskytovatelů zdravotnické péče a právě dokladem této péče je správně vedená dokumentace. V případě, že dojde k nějakému problému při poskytování péče, ke stížnosti pacienta nebo při podezření na možné spáchání trestného činu je dokumentace velmi důležitá. Očekává se také, že dokumentace bude vedena nejen podle předpisů, které jí upravují, ale také, že bude správná po stránce věcné, odborné i formální, ale také estetické a jazykové. Dojem z dokumentace může být také důležitý pro utvoření celkového obrazu o zdravotnickém zařízení, lékařích a sestřách, ale i o celém zdravotnictví (37,44).

Součástí zdravotnické dokumentace je i dokumentace ošetrovatelská, která je nezbytná pro správnou péči o pacienta. Je proto nezbytné, aby dokumentace byla přehledná, její vyplňování bylo snadné a pro sestry vyhovující. Správně vedená ošetrovatelská dokumentace by měla být přínosem i pro lékaře. Ve všech oblastech lidské práce dochází k nespokojenosti uživatele nebo konzumenta určité služby. Na zdravotnictví jsou v této oblasti kladeny obrovské nároky a každá sebemenší nespokojenost může vést ke stížnosti od pacienta nebo jeho rodiny. Pokud dojde k takové situaci je právě zdravotnická dokumentace tím, co se bude zkoumat. To je jeden z důvodů, proč je potřeba, aby zdravotnická dokumentace obsahovala všechny náležitosti o léčbě, ošetrovatelské péči a o dalších skutečnostech, které nastaly v průběhu ošetrování pacienta. Správně vedená dokumentace, lékařská i ošetrovatelská, mohou přispět velkým dílem k ochraně zdravotníků, nebo mohou vést k odhalení daného pochybení (43,44).

## **1. Současný stav**

### **1.1 Pracoviště intenzivní medicíny**

#### 1.1.1 Intenzivní medicína

Intenzivní medicína je důležitým oborem medicíny. Na odděleních intenzivní péče jsou ošetřováni pacienti se závažnými chorobami, které bezprostředně ohrožují jejich život a také jsou ohroženi selháním životně důležitého orgánu nebo funkce. Těmto pacientům je poskytována mnohem vyšší péče než na standardních odděleních. Vznik a rozvoj oddělení intenzivní péče je možností pro záchranu kriticky nemocných. Toto má i negativní stránky, kdy pacient může být vystaven zbytečnému utrpení, ztrátě důstojnosti a negativně mohou důsledky působit i na rodinné příslušníky nemocného. Přínosy v péči o pacienty na odděleních intenzivní péče jsou významné, dle Zadáka (50) je, ale potřeba si uvědomit a připustit riziko některých technologií, metod a léků, které jsou sice v intenzivní péči používány, ale následně se zjistí, že nepřinášejí očekávaný úspěch. Péče o pacienta na oddělení intenzivní medicíny by měla být vždy pečlivě zvážena a zdůvodněna a poskytována tak, aby byla ku prospěchu pacienta (50).

Z hlediska racionálního i morálního lze považovat intenzivní péči a její důsledky za škodlivé nebo pochybné v případě, že rutinní a standardní péče a léčba povede ke stejným výsledkům. Dále také v případě, že nemocný je v tak vážném stavu a tak těžce nemocný, že nemá naději na uzdravení a další kvalitní život. Dalším případem je situace, kdy výsledky intenzivní péče nevedou ke zlepšení stavu z hlediska prodloužení života a úlevy od utrpení. Je potřeba také zvážit riziko intenzivní péče z hlediska možných komplikací a zátěže nemocného, aby nedošlo k tomu, že tyto komplikace převažují nad prospěchem pro nemocného. Dalším hlediskem je i racionální využití intenzivní péče tak, aby nedocházelo k odvádění lékařského i ošetřujícího personálu a finančních prostředků z oblastí, kde by bylo jejich využití prospěšnější. Faktorem, který by měl ovlivňovat přijetí pacienta na oddělení intenzivní péče je i jeho vlastní chuť žít a v tom případě bez ohledu na věk i prognózu onemocnění (50).

Pro správné rozhodnutí o poskytování intenzivní péče je nutné dodržovat základní pravidla. Je nutné respektovat, že základním cílem personálu na oddělení intenzivní medicíny je zachránit život, ale nesmí to být za cenu následného utrpení. Další pravidlo je, že léčba nesmí být nikdy horší než sama nemoc. Dle Zadáka (50) je nutno respektovat pravidlo – *primum non nocere*. Vždy je nezbytné prezentovat a sdělovat situaci pravdivě a objektivně a to jak ošetřujícímu personálu, tak i rodinným příslušníkům. Hlavním rozhodnutím je vždy dobrovolné rozhodnutí pacienta, pokud je ve stavu, že toto rozhodnutí může učinit. Vzhledem k velké náročnosti intenzivní medicíny je nutno spravedlivě rozdělovat a využívat ekonomické prostředky a to jak vzhledem k intenzivním potřebám pacientů tak i k ostatním lékařským oborům (15,50).

#### 1.1.1.1 Stupně intenzivní péče

Podle rozsahu poskytované péče se dělí intenzivní péče do 3 stupňů: nižší, vyšší a nejvyšší. Rozdělení je důležité pro personální a přístrojové vybavení oddělení.

Oddělení intenzivní péče I. stupně – nižší je zpravidla v menších nemocnicích. Je zde zajištěna zvýšená sesterská péče, trvalá monitorace pacienta, možnost okamžité resuscitace a krátkodobé umělé plicní ventilace /dále jen UPV/ pacienta, zpravidla do 24 hodin. V některých zdravotnických zařízeních jsou také zřizovány intermediální jednotky. Na těchto jednotkách je poskytována péče v rozsahu mezi standardním oddělením a oddělením intenzivní péče. Na těchto jednotkách je prováděna monitorace léčba pacientů, u kterých je riziko možných orgánových dysfunkcí, vyžadují zvýšenou léčbu a diagnostiku. Je zde zvýšené riziko nutnosti bezprostřední resuscitace (22,50).

Oddělení intenzivní péče II. stupně – vyšší se nachází ve větších regionálních nemocnicích. Samozřejmostí je základní monitorace pacienta, provádění invazivní monitorace pacienta, měření srdečního výdeje a dlouhodobá UPV. Je poskytována zvýšená sesterská péče. Na této úrovni intenzivní péče je trvalá možnost provedení zobrazovacích metod a statimových vyšetření. K dispozici nejsou speciální metody invazivní monitorace jako plicní katetrizace, měření intrakraniálního tlaku nebo

bulbální oxymetrie. Není k dispozici hemofiltrace nebo okamžitá možnost provedení hemodialýzy (22,50).

Nejvyšším stupněm intenzivní péče je III. stupeň, který je nazýván péče resuscitační. Je poskytován ve velkých oblastních nebo fakultních nemocnicích. Je poskytována v plném rozsahu intenzivní péče zaměřená na kritické stavy různé etiologie. Je zde poskytována speciální sesterská péče ve spolupráci s dalšími členy týmu – nutriční terapeuti, fyzioterapeuti. Jednotky III. typu mají výhodu v rychlé dostupnosti specialistů. Mají nepřetržitý přístup ke všem komplexním vyšetřením a zobrazovacím metodám. Na jednotkách ošetřujících převážně nejtěžší pacienty, mají problémy s vysokou úmrtností, se ztrátou kontinuity poskytované péče při přeložení pacienta na nižší stupeň, s nerovnoměrným vytížením a problémy při příjmu akutního pacienta na plné oddělení. Je proto důležité, aby jednotky všech stupňů byly správně koncipovány a uspořádány tak, aby bylo možné v péči průběžně pokračovat. (22,50).

#### 1.1.1.2 Rozdělení intenzivní péče

Oddělení intenzivní péče mohou být oborové, společné pro interní nebo chirurgické obory, specializované pro pacienty s určitou diagnózou, nebo multioborové, kdy je společné oddělení pro pacienty všech oborů. Rozdělení těchto oddělení intenzivní péče souvisí s mnoha faktory. Jedná se o velikost zdravotnického zařízení a spektrum poskytované péče. Pokud se jedná o velkou nemocnici, která poskytuje specializovanou péči v mnoha oborech je zpravidla pro každý obor zřízeno oddělení intenzivní medicíny. Předpokladem je, že na této jednotce bude pracovat specialista v oboru intenzivní medicíny. Naopak v případě malé nemocnice je výhodnější, když je zřízena multioborová JIP a spolupracují zde odborníci z interny, chirurgie, neurologie a anesteziologie a resuscitace (50).

„ Multioborová jednotka intenzivní péče poskytuje široké populaci pacientů relativně úzký okruh intenzivistických dovedností. Výhodou je centralizace přístrojové techniky a limitovaný objem standardních postupů reakce na symptomy nemoci vyžadující rychlé rozhodování s eventuálním použitím přístrojové podpory. Jde

především o respirační selhání, šok a bezvědomí. Nevýhodou je dělení kompetence a odpovědnosti o pacienta mezi více lékařů - intenzivistu a specialistu základního oboru – chirurgie, kardiologie, nefrologie, gynekologie apod. Rizikem je povrchní symptomatický přístup, nadměrná konziliární péče a četné překlady mezi odděleními v rámci jedné nemocnice.,(50 s 12).

V nemocnicích větších a fakultních jsou koncipovány oddělení intenzivní péče jako jednotky oborové nebo specializované. Tyto jednotky přebírají většinou péči o pacienta s určitým onemocněním, na které je oddělení zaměřeno v plném rozsahu. A také péči o pacienty s orgánovým a multiorgánovým selháním, to znamená péči resuscitační. Výhodou pro pacienta je komplexní přístup a kontinuální průběh léčby. Pro tyto jednotky je nevýhodou vyšší potřeba přístrojové techniky na jednotce. Proto jsou tyto jednotky zřizovány ve větších centrech, aby byla dostatečně využita jejich kapacita. Oborové a specializované JIP mají své nezastupitelné místo ve středně velkých a fakultních nemocnicích. Přesto jsou, pracoviště typu ARO důležité pro péči o pacienty s projevy selhání nebo s rizikem tohoto, kde není jednoznačná příčina. Stav není vázán na konkrétní diagnózu nebo obor, anebo v daném oboru není potřebná intenzivní péče pro pacienta zastoupena (22,50).

#### 1.1.1.3 JIP interního typu

Interní JIP se specializují na péči o pacienty v kritickém stavu nebo s hrozícím selháním orgánů, souvisejícím s onemocněním interního typu a o pacienty, kteří mají komplikace interního charakteru a základní onemocnění je chirurgické nebo traumatologické. Jedná se o onemocnění související s poruchami funkce ledvin, endokrinologická onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění gastrointestinálního traktu septické stavy, hematologická a hematologická onemocnění, poruchy acidobazické rovnováhy a s tím související závažné stavy. Podle rozsahu poskytované péče v dané nemocnici, může mít oddělení interní JIP ještě specializované podobory. Metabolická JIP, poskytuje specializovanou péči u pacientů s metabolickými poruchami, endokrinními onemocněními a specializuje se i na dlouhodobé poskytování umělé nutriční výživy. Gastroenterologická JIP se zabývá ošetřováním pacientů

s onemocněním GIT, kteří jsou invazivně vyšetřováni nebo léčeni pomocí endoskopických přístrojů. Pacienti s akutním onemocněním jater jsou léčeni na hepatologické JIP. Hematologická a hematonekologická JIP se zabývá léčbou pacientů s akutními onemocněními hematonekologickými. Léčbou a diagnostikou akutních stavů v nefrologii se zabývá renální a dialyzační JIP. A na onemocnění plicní se specializuje pneumologická JIP (50).

Koronární JIP se specializují na ošetřování pacientů s poruchami srdečního rytmu, AIM, akutními formami ISCHS, léčbou a prevencí kardiogenního šoku. S rozvojem invazivní kardiologie dochází ke změnám v léčbě těchto onemocnění (50).

V souvislosti se zvyšujícím se věkem populace je nutno se zaměřit na problematiku akutních stavů ve vyšším věku a jsou zřizovány geriatrické JIP. Věk by neměl být hlediskem při rozhodování o poskytované péči. Právě energicky, ale šetrně poskytovaná péče pacientům ve vyšším věku, vede ke snížení mortality a zlepšení kvality života vyléčených jedinců (50).

Onkologické JIP a jednotky pro transplantaci kostní dřeně jsou určeny pro péči o pacienty léčené chemoterapií, radioterapií nebo transplantací kostní dřeně. Vzhledem k účinkům léčby jsou tyto pacienti velmi ohroženi infekcí a následně vznikem kritického stavu. Na těchto jednotkách je důležitá izolace pacienta a uložení do prostoru s laminárním prouděním vzduchu (50).

Infekční JIP jsou určeny pro léčbu pacientů s neuroinfekcemi, různými virovými nákazami, získaným imunodeficitem – AIDS, ale také s nozokomiálními nákazami /dále jen NN/ a to zejména v období jejich zvýšeného výskytu příkladem může být epidemie chřipky (50).

Neurologické JIP se specializují na léčbu pacientů s cévními mozkovými příhodami, následnou trombolytickou terapií, akutními atakami neurologických onemocnění. Specifické místo zaujímají psychiatrické JIP, zabývající se léčbou akutních psychóz, stavů v souvislosti se zneužíváním návykových látek, schizofrenie s halucinacemi (50).

#### 1.3.1.4 JIP chirurgického typu

Chirurgické JIP zajišťují péči o pacienty, kterým hrozí selhání nebo již selhává jeden nebo více orgánů, v souvislosti s chirurgickým onemocněním, nebo pooperačním stavem. Mnohé z akutních stavů, které jsou ošetřovány na JIP tohoto typu, souvisí s komplikacemi operačního výkonu, mohou být způsobeny septickými komplikacemi, polytraumatem, posthemoragickým nebo hypovolemickým šokem. Je nutné, aby na chirurgické JIP byl trvale k dispozici lékař- specialista v intenzivní medicíně (50).

Specializace oborových JIP v chirurgii souvisí s rizikem NN, které mohou pacienta vážně ohrozit. Mezi hodně ohrožené pacienty, patří nemocní po kardiochirurgických výkonech, proto jsou zřizovány kardiochirurgické JIP. Dalším důvodem pro jejich zřizování je velký počet pacientů, kteří jsou léčeni kardiochirurgickými operacemi, proto je nutný dostatečný počet lůžek (50).

Neurochirurgie je speciálním oborem chirurgie, kde jsou zřizovány JIP. Jsou zde hospitalizováni pacienti s neurochirurgickými onemocněními a neurotraumaty.

Velmi specifickou oblastí intenzivní péče jsou popáleninové JIP. Popálení pacienti vyžadují mimořádnou péči, je nutno dostatečně doplňovat ztráty tekutin, zaměřit se na prevenci komplikací infekčního rázu, zajištění dostatečné nutriční podpory. Popáleninová JIP by měla mít zajištěno bezinfekční prostředí s laminárním prouděním vzduchu, kontroly teploty a vlhkosti (50).

Traumatologické JIP se specializují na léčbu pacientů po úrazech, jsou specifické spoluprací odborného týmu. V současné době jsou zřizována ve větších nemocnách přímo traumatologická centra, která se specializují na léčbu nejtěžších traumatologických pacientů. S traumaty také souvisí zřizování spinálních JIP, které se speciálně starají o pacienty s poraněním míchy. Tito pacienti vyžadují speciální rehabilitační a ošetrovatelskou péči. Mají poruchy dýchání a jsou náchylní ke vzniku infekcí, dekubitů a následných sepsí (50).



Zvláštní místo zauímají pediatrické JIP. Děti je nutno ošetřovat jiným způsobem, mají jiné nároky na péči. Péče se zaměřuje na děti všech věkových kategorií. Důležitou roli hraje péče neonatologických JIP, kde jsou ošetřovány děti s nízkou porodní hmotností, s nezralými plícemi nebo vrozenými vadami. Na pediatrických JIP všech stupňů by měl pracovat personál speciálně vyškolený pro pediatrickou intenzivní péči. Velmi důležitá je spolupráce personálu s rodiči ošetřovaných dětí (50).

### 1.1.2 Vybavení oddělení intenzivní péče

#### 1.1.2.1 Personální zabezpečení

Personální složení oddělení intenzivní medicíny všech stupňů je dáno Vyhláškou č. 493/2005 Sb. (47). Základem pro správné fungování oddělení intenzivní medicíny je trvalá přítomnost kmenového lékaře, který pracuje výhradně na tomto oddělení. Ideální stav je, když je péče na tomto oddělení zajištěna kmenovými lékaři během celých 24 hodin i během volných dnů. Není důležité, jakou má lékař základní specializaci, zda je to specializace v chirurgii, interně nebo ARO, popřípadě v jiném oboru, dle zaměření oddělení. Zásadní je, aby tento lékař měl plnou erudici v oboru intenzivní medicíny. Aby zvládal metody zde používané, základní i specializované výkony, jako je kanylace centrální žíly, intubace a ventilační režimy. Každé oddělení intenzivní medicíny bez ohledu na typ, musí mít jmenovaného vedoucího lékaře, který splňuje dané požadavky (47,50).

Počet sester, který je daný pro ošetřování pacientů na odděleních intenzivní medicíny, je stanoven Vyhláškou č. 493/2005 Sb. (47). Počet sester se liší zejména dle typu oddělení, jeho odborného zaměření a dle stupně poskytované péče /příloha 1/. Na jednotkách s počtem více než 15 pacientů, musí být vytvořena funkce sestry školitelky - klinické instruktorky, která se věnuje edukaci nově příchozích sester. Jako příklad pro výpočet počtu sester uvádí Zadák (50) JIP interního oddělení II. typu ve větší nemocnici, kde se předpokládá 1 sestra na 1 lůžko. V každé směně by měla být 1 sestra s delší praxí v akutní medicíně. V celkovém počtu by to znamenalo 4-5 sester

na 1 lůžko, k tomu ještě minimálně 4 zkušené sestry jako vedoucí směny a staniční sestra, která je odpovědná za chod JIP i za administrativní činnost (50,55).

Vytížení personálu souvisí s obložností oddělení. Jako optimální se předpokládá obložnost 80 %, některá oddělení intenzivní medicíny mají obložnost 100 %, ale většinou se jedná o obložnost 60 %. Dalším kritériem, které by mělo být rozhodující pro počet sester je spektrum ošetřovaných pacientů. Pokud jsou na oddělení hospitalizováni zejména pacienti v těžkém nebo kritickém stavu, na UPV, pak je vytížení sester vysoké i při nižší obložnosti. Pokud se naopak jedná o JIP, kde jsou pacienti hlavně sledováni a jsou v relativně stabilním stavu, pak není nutný tak vysoký počet sester. Součástí ošetrovatelského týmu na odděleních intenzivní medicíny jsou také fyzioterapeuti a nutriční terapeuti. Pro velká oddělení intenzivní medicíny je výhodné zaměstnání administrativní pracovníce. Výhodou je funkce technického pracovníka, zodpovědného za sledování funkce přístrojů, jejich servis a opravy (47,50).

#### 1.1.2.2 Prostorové a přístrojové vybavení

Vybavení jednotlivých stupňů oddělení intenzivní medicíny v ČR je dané Vyhláškou 493/2005 Sb. (47). Plánování personálního, prostorového i přístrojového vybavení by mělo této vyhlášce odpovídat. Mělo by být pravidelně hodnoceno, případně upraveno dle konkrétní situace zdravotnického zařízení. Základem pro uspořádání JIP je dostatečně velký prostor. Je doporučeno 20m<sup>2</sup> na 1 lůžko. Pokud bude oddělení uspořádáno boxovým systémem, pak by prostor pro 1 lůžko měl být 25m<sup>2</sup>. Uspořádání JIP je výhodné jako kombinace otevřené JIP a uzavřených boxů. Uspořádání by mělo být vždy tak, aby byl minimalizován pohyb personálu. Systém otevřeného uspořádání JIP je výhodnější pro efektivní využití personálu, ale pacientům neposkytuje dostatek soukromí a je zde vyšší riziko přenosu infekce / příloha 2/. Systém uzavřených boxů je výhodnější z hlediska minimalizace přenosu infekce, zajištění vyššího soukromí pro pacienta, provoz je ekonomicky náročnější / příloha 3/. I v případě otevřeného systému by mělo být v průměru na 3 lůžka JIP také 1 lůžko v izolovaném boxu. Součástí každého lůžka JIP jsou přístroje, jejichž množství a typy

jsou dané rozsahem poskytované péče /příloha 4/. Součástí lůžka musí být monitory, odsávání, rozvod kyslíku - minimálně 3 vstupy a vzduchu - minimálně 2 vstupy na 1 lůžko. Každé lůžko musí být vybaveno osvětlením, které by mělo být minimálně ze 2 stran a dostatečným počtem elektrických zásuvek. Ideální je 20 až 24 zásuvek na 1 lůžko. Oddělení musí mít zajištěn náhradní zdroj elektrické energie, kyslíku a vzduchu pro případ výpadku centrálního rozvodu. Přístroje a vybavení okolo lůžka pacienta, je potřeba uspořádat tak, aby byl volný přístup k pacientovi. Velmi důležitý je prostor pro dokumentaci, který by měl být umístěn tak, aby z centrály pro personál byl přehled po celém oddělení. Z psychologického hlediska je dobré, jak pro pacienty, tak pro personál dostatečný přístup denního světla, protože celodenní svícení zářivkami není úplně ideální. Pro fungování oddělení jsou nutné i provozní prostory, které slouží k ukládání materiálu použitého i zásobního. Provozní a technické místnosti, spolu se skladovými prostory představují 20 až 25 % celkového prostoru jednotky. Součástí oddělení jsou také prostory pro lékaře, odpočinková místnost pro personál, místnosti pro výuku nebo pro příbuzné. Počítá se, že asi 50 % prostoru jednotky je používáno pro činnosti mimo pacientskou oblast (47,50).

### 1.1.3 Hygienicko - epidemiologický režim oddělení intenzivní medicíny

Pacienti hospitalizovaní na JIP jsou ve vážném stavu, jsou ohroženi infekčními komplikacemi, které jsou způsobeny zejména NN. Pacienti často dostávají opakovaně širokospektrá ATB, jejich obranyschopnost je snížena. Riziko osídlení pacienta nozokomiálními kmeny se zvyšuje s délkou hospitalizace na JIP či ARO a délkou ATB terapie. Hlavními NN jsou pneumonie, infekce močových cest a také katérové sepse, které jsou způsobeny infekcí zavedených cévních katétrů. Za NN se považuje infekce, která se manifestuje po 48 hodinách hospitalizace. Pokud v rámci laboratorních vyšetření je zjištěna přítomnost nemocničního kmene, ale pacient nemá příznaky infekce, pak je tato situace nazývána kolonizací. Smysl hygienicko - epidemiologického režimu spočívá v zabránění pomnožení nebezpečných kmenů na oddělení a ochraně pacienta i personálu před přenosem jednotlivých kmenů (15,50).

Hygienicko epidemiologický řád je součástí vnitřního řádu oddělení, předpisy musí být v souladu s právními úpravami Ministerstva zdravotnictví. Na JIP či ARO je prováděno 3x denně mytí a dezinfekce podlah a 1x denně dezinfekce povrchů. Pokud dojde ke znečištění, je provedena okamžitě dezinfekce a úklid plochy. Podle stanoveného plánu nebo mikrobiologické situace oddělení je prováděn generální úklid celého oddělení, které bývá po nezbytně nutnou dobu zavřené. Pravidelně 1 x ročně je na oddělení prováděno malování. Před vstupem na oddělení je umístěna dezinfekční rohož. Osoby vstupující na oddělení provádí dezinfekci rukou a používají ochranný oděv a návleky na obuv. Pomůcky jsou v nejvyšší možné míře používány jednorázové, nebo jsou specifikovány pouze pro jednoho pacienta po celou dobu jeho hospitalizace. Po propuštění nemocného je provedena dezinfekce lůžka a všech pomůcek, které pacient používal. V rámci péče o pacienta je nutno dodržovat hygienický režim, provádět dezinfekci rukou dodržovat aseptické postupy u všech výkonů, pravidelně ošetřovat a měnit katétry, kanyly, okruhy dýchacích přístrojů (15, 24, 50).

Do prostoru pro pacienty na JIP nebo ARO není povoleno nosit květiny. V prostorách oddělení je zakázáno kouření. Personál smí jíst pouze ve vyhrazených prostorách. Jídlo pro pacienty je rozdáváno v kuchyňce, je nutno zabránit jeho sekundární kontaminaci. Při manipulaci se stravou pro pacienty personál používá speciální ochranný, určený pouze k tomuto účelu. Rizikovou činností je manipulace s prádlem. Nesmí dojít ke společnému skladování čistého a špinavého prádla. Pro manipulaci se špinavým prádlem jsou vyhrazeny prostory, je nutno používat jednorázové rukavice a ochranný oděv. Pokud je prádlo biologicky znečištěno, ukládá se do nepropustných označených obalů. Špinavé prádlo se odváží denně, na oddělení se neskladuje. Stejně tak se denně odvázejí i odpady. Třídí se a ukládají do označených jednorázových obalů, které musí být dostatečně pevné, aby nedošlo k jejich proděravění a následnému poranění osob, které s nimi manipulují. Hygienický režim musí být zaměřen na pacienta, na oddělení i na personál. Nezbytné je dodržování základních pravidel hygieny, výměna oblečení personálu a dodržování postupů. Oděv, který personál používá pro práci na oddělení, je určen pouze pro tyto prostory. Pokud

personál opouští oddělení, musí se převléci do jiného oděvu. Po každé směně nebo při znečištění by měl být oděv vyměněn (49).

Na odděleních intenzivní medicíny jsou každé 2 měsíce prováděny hygienické vizity, které informují o stávající mikrobiologické situaci na oddělení. Sleduje se výskyt NN. Provádí se pravidelná mikrobiologická vyšetření hospitalizovaných pacientů, většinou 1x týdně. Hygienicko epidemiologický řád je specifický pro každé oddělení, je pravidelně revidován a podle situace novelizován (49).

## **1.2 Zdravotnická dokumentace**

### **1.2.1 Rozdělení zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická dokumentace je povinně vedena ve všech zdravotnických zařízeních. Zdravotnickou dokumentaci lze definovat jako soubor informací a údajů o pacientovi. Patří sem i obrazové materiály vztahující se k dokumentování a sledování průběhu zdravotního stavu pacienta a poskytované péče. Zdravotnická dokumentace slouží k poskytnutí informací, které jsou nutné pro zachování kontinuity poskytované péče, nejen v jednom zařízení, ale i následně. To znamená propouštěcí zprávy, výsledky vyšetření a doporučení do budoucnosti pro pacienta, praktického lékaře a přebírající zařízení. Slouží také jako informace o poskytování péče podle pravidel lege artis. V neposlední řadě slouží také jako doklad k vyúčtování poskytnuté péče pro zdravotní pojišťovny, nebo v případě přímé platby pro pacienta. Data ze zdravotnické dokumentace lze také použít pro vědu, výzkum a statistická měření (48).

Součástí zdravotnické dokumentace je lékařská dokumentace, kam jsou zaznamenávány skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče, ordinace léků a vyšetření, výsledky vyšetření a informované souhlasy pacienta. U hospitalizovaného pacienta jsou součástí lékařské dokumentace záznamy o průběhu vizity, operační protokoly a informované souhlasy s hospitalizací, s prováděním různých vyšetření, výkonů, operace. Součástí je též záznam o určení osoby nebo osob, kterým mohou být podávány informace o zdravotním stavu pacienta. V případě, že se jedná o pacienta

v bezvědomí, je zde také záznam o nahlášení hospitalizace na místně příslušný soud, který pacientovi určí opatrovníka (48).

Součástí zdravotnické dokumentace je ošetrovatelská dokumentace, která obsahuje záznamy týkající se ošetrovatelské péče. Součástí zdravotnické dokumentace je též dokumentace provozní. Týká se zaznamenávání skutečností souvisejících s provozem zařízení a již ne bezprostředně konkrétního pacienta. Lze sem zařadit knihu - Hlášení sester, Knihu vzkazů a knihu – Evidence návykových látek. Provozní dokumentace je důležitou složkou zdravotnické dokumentace, její vedení by mělo být v souladu s pravidly a nemělo by být podceňováno. Kniha vzkazů nebo hlášení sester dokládá fungování oddělení, nedostatky v a jejich odstranění. Záznamy musí být vedeny čitelně, správně a obsahovat datum a podpis. Stránky knihy by měly být očíslovány. Zápis provádí staniční sestra i sestry oddělení a vzkazy mohou psát v případě potřeby i sanitáři. Oprávnění nahlížet do knihy vzkazům má vrchní, případně hlavní sestra, ale není do ní oprávněn nahlížet pacient. Kniha může být použita také v případě řešení konfliktu (17,19,34,44,45).

Kniha – Evidence návykových látek, někdy také nazývaná opiátovou knihou, je dokladem manipulace s návykovými látkami-opiáty. Kniha musí mít číslované stránky a v jedné knize může být evidováno více léků. Přílohou této knihy musí být podpisové vzory oprávněných pracovníků. Záznamy do knihy musí být prováděny čitelně a modrou barvou. Záznam musí obsahovat identifikační data pacienta – číslo chorobopisu, jméno a příjmení, datum aplikace, podpis pracovníka a také množství podané látky a zůstatek látky. V pravidelných intervalech se provádí inventura, která je vždy zaznamenána. Opravy v knize lze provést pouze přeškrtnutím, tak aby původní zápis zůstal čitelný, a oprava vždy musí být podepsaná (48).

### 1.2.2 Související legislativa

Zdraví je vždy na jednom z prvních míst na žebříčku životních hodnot jednotlivce i celé společnosti. Ochrana zdraví je zakotvena v nejvyšších právních předpisech, upevňování, zachovávání a navrácení zdraví je upraveno dalšími právními předpisy. Je také stanovena odpovědnost zdravotnických pracovníků, odpovědnost právní

a etická. Právní odpovědnost je definována jako povinnost provádět jakoukoliv činnost v souladu s právním předpisem. V případě, že bude činnost prováděna v rozporu s předpisem, může být pracovník volán k zodpovědnosti a dle zákona potrestán. Nelékařský zdravotnický pracovník má při poskytování ošetrovatelské péče odpovědnost trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní, správní, funkční a disciplinární. Protiprávní jednání krajové, které není v souladu s daným předpisem. Může se jednat o postup non lege-artis nebo o postup, který je v rozporu se standardy nebo vnitřním předpisem zařízení. Následkem protiprávního jednání může být škodlivý následek, čímž při poskytování zdravotní péče může poškození zdraví, ale i poškození majetku pacienta, zaměstnavatele nebo spolupracovníků. Škodlivým následkem způsobeným sestrou může být třeba poranění kůže při paravenózním podání infuze. Trestně právní odpovědnost se týká každého občana, staršího 15 let, výjimkou je pouze ten, kdo pro duševní poruchu nemohl rozeznat nebezpečnost svého jednání. Sestra může být trestně odpovědná také v případě trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti nebo ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví nebo smrti. Právě z toho důvodu je potřeba všechny situace, ke kterým během ošetřování pacienta dojde, zaznamenat do zdravotnické dokumentace a nahlásit nadřízenému (3, 29, 53, 54).

Etická odpovědnost při práci zdravotníka je dána Etickým kodexem zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, který stanovuje zásady pro práci a chování zdravotníka, někdy také nazývaný Etický kodex sestry. Tyto dokumenty jsou velmi různorodé. První písemný dokument na toto téma je „Slib“, který v roce 1893 sepsala Florence Nightingalová. V roce 1953 přijala Mezinárodní rada sester Kodex sestry, který byl následně revidován a upravován a v upravené podobě z roku 1982 je stále používán jako mezinárodní návod k etickému chování sester. Slouží pro tvorbu lokálních a národních standardů a také v České republice se s ním profesní organizace sester ztotožňují. Kodex je formulován jako návod k chování sester (8,13).

Základním právním předpisem při poskytování zdravotní péče je Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu (54), který stanovuje povinnosti a práva poskytovatelů zdravotní péče i pacientů. Zákon stanovuje, že zdravotní péče je poskytována

ve zdravotnických zařízeních na základě spolupráce a dělby práce při zachování odborné péče a na základě osobní a profesní zodpovědnosti (54).

Další souvisejícím legislativním předpisem je zákon č. 260/2001 Sb. (56), kterým se mění zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně se uvádí v paragrafu 67, že zdravotnická dokumentace obsahuje: osobní data pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta o průběhu a výsledcích vyšetření a léčení a také o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a postupem při poskytování zdravotní péče (56).

Dalším souvisejícím právním předpisem je Vyhláška č. 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci (48), která stanovuje obsah dokumentace podrobněji. Stanovuje rozsah informací týkajících se identifikace pacienta a zdravotnického zařízení, rodné číslo pacienta, kód zdravotní pojišťovny. Ve zdravotnické dokumentaci musí být uvedeno datum provedení zápisu a identifikace pracovníka, který zápis provedl. Pokud se jedná o hospitalizaci, pak zde musí být také datum přijetí, ukončení hospitalizace nebo přeložení pacienta nebo datum úmrtí pacienta. Tato vyhláška stanoví postup při odmítnutí péče, a to jak ze strany pacienta, tak i ze strany zdravotnického zařízení – čas odmítnutí, důvod a podpisy zúčastněných stran. Zdravotnická dokumentace obsahuje diagnostické údaje, postup léčby a informované souhlasy. V dokumentaci je důležitý záznam souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu a uvedení osob, kterým tyto informace mohou být poskytovány. Dále je nutno do zdravotnické dokumentace zaznamenat všechny zjištěné skutečnosti související se zdravotním stavem pacienta, které sice nemusí být někdy na první pohled důležité, ale později se mohou důležitým stát (48).

Zdravotnická dokumentace se uchovává v případě, že se jedná o záznam hospitalizace pacienta, 40 let od poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta. Poté se zničí dle předpisu. Je označena „S“ což znamená, že musí být zničena tak, aby nebylo možno zpětně identifikovat pacienta (51).



Listina základních práv a svobod (23) zaručuje stejné podmínky pro všechny a garantuje svobodu a rovnost lidí v důstojnosti a právech. Z toho vyplývá, že pacient i zdravotnický pracovník mají stejná práva, mají stejné možnosti domáhat se při ohrožení nebo porušení svých práv satisfakce. Znamená to, že sestra nebo jiný zdravotnický pracovník má v případě, že se pacient chová neeticky nebo napadá personál, možnost bránit se stejně jako pacient v případě, že bude nespokojený s péčí personálu. Tato situace by měla být co nejpodrobněji a nejjasněji zaznamenána v dokumentaci. Listina základních práv a svobod garantuje každému občanu také právo na ochranu zdraví (23).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (33) zaručuje ochranu důstojnosti člověka, ochranu v souvislosti s léčbou. Zajišťuje poskytování péče bez ohledu na diskriminaci, ale nevylučuje poskytování péče nadstandardní, kdy si pacient na péči připlácí. Zajišťuje poskytování péče na základě nejnovějších poznatků vědy a podle pravidel lege – artis. Opět platí, že vše musí být zaznamenáno v dokumentaci. Tato úmluva zajišťuje, že všechny výkony budou prováděny na základě svobodného a informovaného souhlasu pacienta, který je podle závažnosti výkonu dáván po řádném poučení pacienta buď písemně, nebo ústně. Povinnost poučit pacient má lékař, který také rozhoduje o rozsahu poučení jak pacienta, tak rodiny. Poučení pacienta případně členů rodiny o povaze onemocnění, a o potřebných vyšetřeních a dalším postupu, je nutné k rozvoji spolupráce. Poučení musí být adekvátní vzhledem ke stavu nemocného, proto může dojít v zájmu pacienta k omezení informací zejména o prognóze při závažných onemocněních. Informace o zdravotním stavu pacienta lze podávat pouze s jeho souhlasem. Pacient tedy určí komu a v jakém rozsahu mohou být informace o jeho onemocnění podávány a pokud si to nepřeje, pak nemohou být informace podávány ani nejbližším rodinným příslušníkům. Rozsah, forma a obsah poučení není dán předpisem, ale vždy musí obsahovat informace o zdravotním stavu, vyšetřeních, léčbě, prognóze, možných komplikacích. Poučení by měli být i dětští pacienti, vždy přiměřeně svému věku a mentální vyspělosti. Poučení může být písemné, ale vždy by mělo být provedeno také poučení ústní a pacientovi by měl být dán prostor pro dotazy. V případě, že pacient ani po náležitém a důkladném poučení s provedením

výkonu nesouhlasí a odmítá jej i po opakovaném upozornění, že může ohrozit své zdraví nebo život, je lékař povinen vše zaznamenat do dokumentace a pacient musí podepsat písemné prohlášení – negativní revers. V případě dětského pacienta, kdy dojde k odmítání nutného zákroku nebo výkonu rodiči nebo jiným zákonným zástupcem, je ošetřující lékař oprávněn tento výkon provést, vzhledem k závažnosti stavu a možnému ohrožení života nebo zdraví malého pacienta. Pokud je stav pacienta závažný, situace akutní a výkon je nutný k bezprostřední záchraně života, pak může být výkon proveden i bez souhlasu pacienta. Jedná se o předpokládaný souhlas a týkalo by se to například situace, kdy u pacienta s diabetem dojde ke komatu, u pacientů kraniocerebrálním poraněním nebo v bezvědomí, vše musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Poučení pacienta provádí lékař, sestra je oprávněna a povinna poučit pacienta v souvislosti s výkony, které mu bude provádět. Pokud by pacient odmítal ošetřovatelský výkon jako je například odběr krve na vyšetření, aplikace lékařem ordinovaného léku nebo změření fyziologických funkcí, pak sestra provede zápis do dokumentace a informuje neprodleně ošetřujícího lékaře (14,16,33,48).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (33) garantuje právo pacienta na ochranu informací získaných v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí, zároveň také ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost chránit tato data. Je zde zaručeno právo pacienta znát veškeré informace a o jeho zdravotním stavu. Pokud pacient požádá o nahlédnutí do své zdravotnické dokumentace, musí o tom být učiněn zápis do zdravotnické dokumentace ( 33).

V souvislosti se zdravotnickou dokumentací je nutno zmínit trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji. Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je zakotvena v zákoně. Stanovuje se, že zdravotničtí pracovníci jsou povinni zachovat mlčenlivost o skutečnostech, které získali v souvislosti s výkonem povolání. Výjimkou je, pokud jsou tyto informace poskytovány se souhlasem ošetřované osoby. Tuto povinnost může sestra porušit v případě, že na veřejnosti sdělí zjištěná data ústně, písemně nebo v případě, že nechá do dokumentace nahlédnout nepovolanou osobu.

Nahlízet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu nemocného jsou oprávněni ošetřující lékaři, sestry a rehabilitační pracovníci. Dále konziliáři, revizní lékaři zdravotní pojišťovny, členové znaleckých komisí, nadřízení oprávnění kontrolovat úroveň vedení dokumentace /primáři, staniční a vrchní sestry/ a členové týmu ošetřujícího pacienta. S písemným souhlasem pacienta může do zdravotnické dokumentace nahlížet právní zástupce pacienta, soudní znalec vypracovávající posudek pro pacienta, členové komise prošetřující stížnost pacienta a také osoby určené pacientem. Osoby získávající způsobilost pro výkon zdravotnického povolání mohou do dokumentace nahlížet v rozsahu nezbytně nutném. Pouze s písemným souhlasem pacienta a se souhlasem pověřeného pracovníka oddělení. Tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se z dokumentace dozvěděly (53,54).

Zákonem je také dáno, kdy může být povinná mlčenlivost porušena. Jedná se o situace, kdy jsou informace podávány se souhlasem pacienta. Je to i v případě, že je zdravotnický pracovník účastníkem soudního nebo trestního řízení, pokud je předmětem řízení spor mezi zdravotníkem nebo zaměstnavatelem a pacientem, nebo pokud je volán ke svědectví v tomto sporu. Týká se to vždy pouze informací nezbytně nutných pro toto řízení a je-li uplatňováno právo na náhradu škody nebo ochranu osobnosti. Důvodem pro zproštění povinné mlčenlivosti i jsou situace, kdy je povinná oznamovací povinnost. Zdravotník je povinen oznámit trestný čin nebo i podezření na něj, týrání svěřené osoby, určité stavy a nemoci, které podléhají povinnému hlášení. Jedná se většinou o infekční onemocnění, kde je riziko dalšího přenosu, šíření a je nutná izolace nemocného a vyšetření osob, které s ním přišly do kontaktu. Patří sem TBC, hepatitidy, pohlavní nemoci (13,54).

Pacient má zákonem dané právo na poskytnutí všech informací, které jsou o něm ve zdravotnické dokumentaci uvedeny. Má právo na pořizování výpisů, opisů a kopií dokumentů. Má právo určit osobu nebo osoby, které mohou být informovány o jeho stavu a může vyslovit zákaz s podáváním informací o jeho stavu pro konkrétní osobu nebo osoby. Tyto zákazy lze kdykoliv změnit nebo zrušit. Pokud pacient s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen tyto osoby určit, mají právo na informace

o aktuálním zdravotním stavu osoby blízké. V případě úmrtí pacienta mají osoby blízké, pokud nebylo pacientem určeno jinak, právo na informace o příčinách úmrtí, výsledku pitvy a za přítomnosti zdravotnického pracovníka možnost nahlédnout do dokumentace pacienta. Pokud pacient ještě za svého života vyslovil zákaz podávání informací o zdravotním stavu, mají osoby blízké právo na informace o onemocnění, výsledku pitvy a právo nahlížet do zdravotnické dokumentace za přítomnosti zdravotnického pracovníka, pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo zdraví dalších osob a to pouze v nezbytně nutném rozsahu. Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení výpisu, opisu nebo kopie musí být v dokumentaci zaznamenáno společně s identifikačními údaji osoby, která nahlížela do dokumentace nebo získávala informace v ní obsažené a také její podpis a podpis zdravotnického pracovníka, který byl situaci přítomen (27,48,51,52).

### **1.3 Ošetrovatelská dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Obsahuje data týkající se ošetrovatelské péče. Jedná se o všechny záznamy prováděné v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Rozdíl mezi ošetrovatelskou a lékařskou dokumentací je v tom, že údaje v lékařské dokumentaci jsou především informativního rázu. Do ošetrovatelské dokumentace jsou sestrami zaznamenávány konkrétní výkony ošetrovatelské péče, které je potřeba udělat nebo, které byly provedeny. Jsou zde zaznamenávány informace, které se týkají základních potřeb pacienta. Potřeby pacienta hospitalizovaného na oddělení intenzivní péče se nutně musí odlišovat od potřeb pacienta hospitalizovaného na standardním oddělení nebo třeba v domácí péči. Kapounová (15) uvádí, že v intenzivní péči a ošetrovatelství jsou potřeby pacienta zaměřeny zejména na potřeby dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti, bezpečí a jistoty. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou ošetrovatelské diagnózy, které vycházejí právě z potřeb pacienta. Ošetrovatelská dokumentace je důležitým prvkem, který slouží k zajištění kontinuity poskytované péče, k předávání informací v ošetrovatelském týmu. V neposlední řadě slouží jako doklad, že péče byla poskytována podle ordinace lékaře, správně vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta,

podle standardů a postupů lege artis. Může také být podkladovým materiálem, pro vědu a výzkum v ošetrovatelské péči (15,19,34).

Ošetrovatelská dokumentace obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, záznam vývoje stavu pacienta, plán ošetrovatelské péče, překladovou nebo propouštěcí zprávu, soupis věcí pacienta. Individuálně lze ještě doplnit záznam o bolesti, záznam péče o dekubitus, záznam nežádoucí příhody, záznam o odmítnutí ošetrovatelského výkonu. Každý z těchto záznamů musí být označen iniciálami pacienta a zařízení. V ošetrovatelské dokumentaci musí být zaznamenány všechny fáze ošetrovatelského procesu. (30,35).

### 1.3.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je určit pacientův zdravotní stav, jeho skutečné nebo potenciální problémy, naplánovat jejich vyřešení a provést specifické ošetrovatelské výkony. Jedná se o cyklický proces, jeho kroky na sebe v logickém pořadí navazují. Na konci každého cyklu je možno péči ukončit, pokud byl splněn cíl nebo podle potřeby je možno proces opakovat nebo upravit. Základem ošetrovatelského procesu je holistický pohled na člověka, který je chápán jako celek, na nějž působí okolní prostředí a mnoho faktorů ovlivňujících prožívání a nemoc. Ošetrovatelský proces prošel vývojem. Jako první tento termín použila v roce 1955 Halová. Od té doby byl dále upravován. V roce 1963 Wiedenbachová popisuje ošetrovatelský proces jako 3 fáze – pozorování, provedení a zhodnocení. Knowlesová v roce 1967 navrhla 5 složek ošetrovatelské péče – zjistí, přemýšlej, rozhodni, udělej a zhodnoť. V roce 1967 Západní mezinárodní komise o vyšším vzdělávání / WICHE / uvádí 5 kroků ošetrovatelského procesu. Tato komise označila ošetrovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. V roce 1973 bylo užití ošetrovatelského procesu legalizováno k užití v praxi. Asociace amerických sester /ANA/ zveřejnila normy ošetrovatelské praxe a uvedla 5 součástí ošetrovatelského procesu – posouzení, diagnostika, plánování, realizace a zhodnocení. Postupně docházelo k zavádění pojmu ošetrovatelská diagnóza, čímž byly označovány pacientovi

problémy a potřeby. Fáze ošetrovatelského procesu spolu souvisejí a vzájemně se prolínají (4,11, 31).

První fází ošetrovatelského procesu je posuzování, které zahrnuje sběr dat o pacientovi. Data se sbírají pomocí ošetrovatelské anamnézy, fyzikálního vyšetření a výsledků vyšetření naordinovaných lékařem. Sběr dat musí být systematický, trvalý a je nutno hledat souvislosti. Data jsou objektivní - to co vidíme, slyšíme, cítíme nebo můžeme nějak ověřit. Patří sem například barva kůže, pláč, hodnoty fyziologických funkcí, třes, křeče. Dále jsou informace subjektivní - to co nám sdělí pacient, jeho pocity a jeho vnímání situace. Informace lze získávat pozorováním, fyzikálním vyšetřením, rozhovorem (31, 57).

Diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu. Provádí se na základě získaných informací a zapisuje jako ošetrovatelská nebo někdy také sesterská diagnóza. Jedná se o závěr vycházející z úsudku sestry, kterým je formulován pacientův problém. NANDA v roce 1990 definovala ošetrovatelskou diagnózu, jako klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na aktuální či potenciální zdravotní problémy. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení cílů ošetrovatelské péče. Pojednání o ošetrovatelských diagnózách bude v další části práce (9,31).

Plánování ošetrovatelské péče je třetí fází ošetrovatelského procesu. Na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz se plánují intervence a cíle, kterých má být během péče o pacienta dosaženo. Součástí plánování ošetrovatelské péče je stanovení priorit, cílů, kritérií a plán intervencí, vedoucích ke splnění stanovených cílů a kritérií. Následuje sepsání ošetrovatelských ordinací a konzultace plánů. Prioritou jsou vždy nejakutnější problémy, týkající se například selhání základních životních funkcí. Lze řešit i několik problémů najednou. Stanovené cíle musí být reálné, podle problému se dělí na krátkodobé a dlouhodobé. Všechny kroky, které se týkají ošetrovatelské péče o pacienta je nutno s ním konzultovat a spolupracovat (4,31).

Realizace plánů ošetrovatelské péče je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Jsou vykonávány ošetrovatelské strategie podle plánu ošetrovatelské péče. Péče může být prováděna jako činnosti nezávislé, závislé nebo spolupracující. Nezávislé činnosti sestra provádí na základě vlastních vědomostí a zkušeností, které jsou velmi důležité. Činnosti závislé jsou prováděny na základě ordinace lékaře nebo závazných standardů péče. Činnosti spolupracující jsou vykonávány sestrou ve spolupráci s dalším členem ošetrovatelského týmu, například rehabilitace, kterou provádí sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem (31,57).

Závěrečnou, pátou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Zjišťuje se, zda bylo dosaženo stanovených cílů, jaká byla reakce pacienta na ošetrovatelskou péči a stanovené intervence. Hodnocení slouží ke kontrole ošetrovatelské péče. Na základě zhodnocení ošetrovatelské péče může následovat opětovné stanovení dané diagnózy, určení jiné nebo uzavření dané diagnózy. Každý následující krok v rámci ošetrovatelského procesu je závislý na dalších, prolínají se a opakují. Jedná se o vztah mezi sestrou a pacientem. Aplikace ošetrovatelského procesu je důležitou součástí a doplněním postupů dalších profesí. Je specifický tím, že se zaměřuje na reakce jedince, na změny v jeho každodenním životě. K aplikaci ošetrovatelského procesu do praxe jsou nutné dostatečné vědomosti sestry. Nezbytné jsou i dovednosti potřebné pro práci s pacientem, komunikační a technické dovednosti (4, 31).

### 1.3.2 Ošetrovatelské diagnózy

V souvislosti s ošetrovatelským procesem, jako metodou moderního ošetrovatelství, byl již zmíněn pojem ošetrovatelská, nebo sesterská diagnóza. Diagnostika je druhou fází ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza je definována jako závěr, který vychází ze samostatného úsudku sestry. Pojem diagnóza sesterská a lékařská se odlišuje. Lékařská diagnóza popisuje stručnými frázemi, dle mezinárodní klasifikace nemocí, specifickou patologickou odpověď. Oproti tomu ošetrovatelská diagnóza je zaměřená na jednotlivce. Popisuje odpověď pacienta na nemoc nebo potenciální problém. Ošetrovatelská diagnóza je formulována jako souvislost mezi nemocí a ovlivňujícími faktory. Může být formulována

jako soubor 3 složek, které postihují problém, příčinu a příznaky, toto se označuje jako formulace P-E-S. Někdy může být ošetrovatelská diagnóza formulována jako dvousložková, kdy je jejím obsahem problém a příčina, pak je to formulace P-E. Toto vyjádření se týká zejména ošetrovatelských diagnóz potenciálních nebo také hrozících rizik (4,11,20).

Historie vzniku ošetrovatelských diagnóz, souvisí se zvyšováním odpovědnosti sester a také s tím, že je kladen stále větší důraz na zvýšení efektivity ošetrovatelské péče. Počátek ošetrovatelské diagnostiky a zavedení aktivit, které se orientují na rozvoj problematiky názvosloví a klasifikace ošetrovatelských diagnóz se váže ke jménům K. Gebbiové a M.A.Lavinové a kolektivu jejich spolupracovníků. V roce 1973 byla uspořádána první národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, kde byla také přijata první taxonomie sesterských diagnóz. Na konferenci, která se konala v Saint Louis, bylo přijato definování 31 abecedně uspořádaných ošetrovatelských diagnóz. Právě abecední uspořádání se během doby ukázalo jako nepraktické, proto byly každé 2 roky pořádány konference k této problematice. V roce 1982 byla založena Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku /North American Nursing Diagnosis, NANDA/. Úkolem tohoto sdružení je definovat, rozvíjet a podporovat rozvoj standardní terminologie a vytvoření taxonomie ošetrovatelských diagnóz. Konference se konají každé 2 roky. Touto asociací byla také navržena klasifikace podle „9 modelů celistvého člověka“, které v roce 1984 byly přejmenovány na „modely lidských odpovědí“. Jednalo se o stanovení ošetrovatelských diagnóz podle typů reakcí do kategorií: výměna, komunikace, vztahy, hodnoty, pohyb, výběr, vnímání, pociťování a poznávání. V roce 1986 byla přijata Taxonomie sesterských diagnóz I, která byla v roce 1988 revidována. Ošetrovatelské diagnózy byly uspořádány do 4 úrovní a 9 kategorií. Během používání této taxonomie byly sestrami prováděny připomínky na základě, kterých v roce 2000 došlo ke změně systému ošetrovatelských diagnóz. Na základě modelu M. Gordonové, který je nazýván „Model funkčního typu zdraví“, byly ošetrovatelské diagnózy zpracovány podle struktury 12 diagnostických domén. Jsou to: vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání, citlivost a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, role a mezilidské



vztahy, sexualita, stres, víra a životní hodnoty a poslední doména byla nazvána jiné, kam se zaznamenávaly různé pozoruhodnosti, týkající se stavu pacienta. Tato klasifikace ošetřovatelských diagnóz byla označena jako NANDA Taxonomie II. Obsahovala celkem 155 ošetřovatelských diagnóz. Po novelizaci bylo definováno 167 ošetřovatelských diagnóz, byly rozděleny do 13 diagnostických domén a 47 diagnostických tříd. Diagnostické domény NANDA Taxonomie II jsou tyto: podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita – odpočinek, vnímání – poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže - odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost – ochrana, komfort, růst-vývoj. Taxonomie by měly být návodem jak diagnózy používat a jak dosáhnout shody mezi ošetřovatelskou diagnózou, okolím a také plánováním ošetřovatelské péče (6, 24, 46).

### 1.3.3 Zásady vedení ošetřovatelské dokumentace

Ošetřovatelské dokumentace se týkají stejná pravidla jako dokumentace lékařské. Musí být vedena pravdivě. Záznam v dokumentaci musí být vždy označen datem, časem, podpisem a jmenovkou autora. Dokumentace musí být jasná, stručná, srozumitelná a čitelná. Musí být pravidelně doplňována podle poskytované péče. Vzhledem k tomu, že mezi lékaři a zdravotnickým personálem se v současné době vyskytují i cizinci je nutno dbát na správně jazykově napsané záznamy, aby nedocházelo k nedorozuměním. V případě tohoto problému je třeba zdůraznit, že se nejedná o omezování práv cizinců, kteří zde pracují, ale o naplnění práva pacienta na kvalitní péči. V dokumentaci se nesmí používat vulgarismy, slangové výrazy, nesprávná terminologie a neschválené zkratky. V dokumentaci se nesmí používat záznamy o subjektivních pocitech sestry. Není povoleno přelepovat záznamy nebo je opravovat pomocí bílé korekční tužky. Pokud dojde k nesprávnému zápisu, musí být následná oprava provedena tak, aby původní záznam byl čitelný, oprava musí být podepsána osobou, která jí provedla. Součástí ošetřovatelské dokumentace může být i fotodokumentace, která je velkým přínosem při zaznamenání stavu pacienta při příjmu, překladu na jiné oddělení nebo propuštění. Týká se to zejména dokumentace dekubitů, zranění nebo otevřených ran a průběhu jejich hojení. Fotodokumentace může

také sloužit jako podklad pro hodnocení péče při různých kolizích. Je možno jí použít také při výuce a pro vědecké účely. Na fotodokumentaci se vztahují stejná pravidla jako na ostatní dokumentaci, je obvykle prováděna se souhlasem pacienta a její použití nesmí být v rozporu se zájmy a právy pacienta. Pokud pacient není schopen vzhledem ke svému stavu vyslovit souhlas s provedením fotodokumentace, pak lze v odůvodněných případech provést foto i bez jeho souhlasu. Zadokumentovat je potřeba také stav pacienta při podezření na týrání cizí zavinění stavu pacienta (32, 36, 38, 40).

#### 1.3.4 Ošetrovatelská dokumentace v intenzivní péči

Dokumentace je důležitou složkou ošetrovatelské péče. Obzvláště v intenzivní péči, kde jsou ošetrováni pacienti ve vážném stavu, je nezbytné jeho sledování a okamžité zaznamenávání změn v jeho zdravotním stavu. Dokumentace v intenzivní péči má několik součástí. Do dekuru jsou zaznamenávány hodnoty fyziologických funkcí / dále jen FF/ , příjem a výdej tekutin, ordinovaná vyšetření, a všechny další změny zdravotního stavu pacienta. Dekurs může být společný pro lékaře i sestry a jejich záznamy. Součástí dokumentace je samostatná ošetrovatelská dokumentace, kam sestra zaznamenává ošetrovatelskou anamnézu. Zaznamenává také zavedené invazivní vstupy, sondy, drény a katétry, kde kontroluje místo zavedení a datum zavedení. Provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů. V případě, že dojde ke vzniku dekubitu, pak zaznamenává léčbu a průběh jeho hojení. Další součástí ošetrovatelské dokumentace je plán ošetrovatelské péče, který sestra zpracovává v rámci ošetrovatelského procesu. Zhodnotí veškeré skutečnosti týkající se stavu pacienta, stanoví ošetrovatelské diagnózy, cíle a intervence, které budou prováděny a plán průběžně hodnotí a upravuje dle aktuální situace. Součástí ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelská propouštěcí nebo překládová zpráva. Dále mohou být součástí ošetrovatelské dokumentace záznamy o nežádoucích příhodách.. Ošetrovatelská dokumentace dále také obsahuje soupis věcí pacienta při příjmu, hodnotící škály a dle zvyklosti oddělení další záznamy (15,44).

#### 1.3.4.1 Monitorace pacienta

Monitorace a sledování pacienta je důležitou složkou ošetrovatelské péče o pacienta na odděleních intenzivní péče. Jedná se vlastně o anamnézu pacienta, která se odlišuje od standardního oddělení. Monitorací nebo monitoringem se rozumí stálé nebo opakované sledování FF. Monitorace a trvalé sledování pacienta může být prováděno několika způsoby. Monitorace může být prováděna bez pomůcek nebo s pomůckami. Bez pomůcek lze informace o pacientovi získat rozhovorem, pohledem, poslechem nebo pohmatem. Sledování a získávání informací s pomůckami souvisí s používáním přístrojové techniky - čidla, tonometry, teploměry, monitory. Techniky monitorace rozdělujeme na techniky invazivní a neinvazivní. Invazivní techniky jsou charakteristické tím, že je porušen kožní kryt a jsou zavedena různá čidla. Techniky neinvazivní, kožní kryt není porušen a sledované hodnoty jsou snímány přes kůži. Přístrojové snímání se děje pomocí čidel nebo elektrod. Informace jsou znázorněny na monitoru jako křivka nebo jako číselný údaj, některé typy monitorů záznamy i vyhodnotí. Monitory mohou být na oddělení upřádané několika způsobem. Může se jednat o bedside monitoring, kdy monitory jsou u lůžka nemocného, a sestra pacienta sleduje přes tento monitor. Tento systém lze uskutečnit na malých ošetrovacích jednotkách. Dalším způsobem může být centrální monitoring, kdy je systém monitorů centralizován na jedno místo, data jsou sledována na monitoru v pracovně sester. Nejčastěji používanou metodou monitoringu je kombinace metod. Monitor je umístěn u lůžka nemocného a centrála je v pracovně sester. I když je vzhledem ke stavu pacienta, nutno jej monitorovat, může někdy dojít k jevu nazývanému data overloading. Značí to situaci přítomnost velkého množství dat, ve kterém se ztrácí pacient. Rizikem je v tomto případě zhoršení orientace při hodnocení stavu pacienta. Je proto potřebné, aby pacient byl monitorován vzhledem ke svému stavu a léčbě (15,26,34).

Monitorace pacienta v intenzivní péči spočívá v monitorování centrálního nervového systému, dýchacího a kardiovaskulárního systému. Dále se sleduje tělesná teplota, příjem a výdej tekutin, intraabdominální tlak

Monitoraci centrálního nervového systému /dále jen CNS/ lze provádět invazivními i neinvazivními technikami. Nejjednodušší monitorace CNS je sledování stavu vědomí. Provádí se bez přístrojů a nejčastěji se hodnotí pomocí Glasgow coma scale /dále jen GCS/ - kdy sledujeme reakci pacienta na podnět a hodnotíme odpověď oční, slovní a motorickou. Hodnotí se bodové skóre, může být v rozsahu 3-15. Čím vyšší bodové hodnocení tím je stav vědomí lepší. Pokud je výsledek GCS 3 jedná se o hluboké koma, při výsledku GCS 8 a méně pacient vyžaduje intenzivní péči. GCS 15 značí bdělého a čilého pacienta. Dalším jevem, který hodnotíme v rámci CNS, je reakce zornic. Sleduje se velikost, tvar a reakce na světlo. Za normálních okolností jsou zornice okrouhlého tvaru, stejně velké-izokorické, velikost je 2-5 milimetrů. Na osvit reagují rozšířením a reakce může být pomalá, rychlá nebo žádná. Pokud jsou zornice nestejně široké, pak se tento jev nazývá anizokorie a může signalizovat například krvácení do mozku. Rozšíření zornic se nazývá mydriáza, zúžení zornic se nazývá mióza. Sledování reakce zornic a hodnocení vědomí dle GCS jsou sice jednoduchou, ale nesmírně přínosnou metodou ve sledování stavu pacienta. Mohou upozornit na akutní zhoršení stavu pacienta. Sledování pacienta z hlediska CNS se týká také vyšetření svalového tonu, křečí a šlachových reflexů a také postavení očních bulbů, zda jsou ve středním postavení, nebo se stácejí k jedné straně a také zda není přítomnost nystagmu (1,12,18,50).

Další metoda monitorace CNS je metoda invazivní a to měření nitrolebního tlaku - intracranial pressure – ICP. Tato metoda se neuvádí standardně u každého pacienta v intenzivní péči, ale pouze u pacientů se závažným kranio-cerebrálním poškozením jako je například úrazy, krvácení do mozku, stavy po neurochirurgických výkonech. Indikací k monitorování ICP je abnormální nález na CT a GCS nižší než 8. Kontraindikací k zavedení čidla pro měření ICP je koagulopatie. Relativní kontraindikací je terminální stav, imunosuprese a riziko infekčních komplikací. Do lební dutiny na poškozenou stranu, v případě difuzního poranění k nedominantní hemisféře, se návrtem lebeční kosti zavádí čidlo, sledující křivku nitrolebního tlaku. U dospělého je normální hodnota ICP do 10 mm Hg. Fyziologicky se ICP přechodně zvyšuje při kašli, fyzické námaze, v Trendelenburgově poloze. V případě, že dojde

k vzestupu ICP nad 20 mm Hg jedná se o nitrolební hypertenzi. Při hodnotě nad 40 mm Hg jde již o těžkou nitrolební hypertenzi (1,12,18,26).

K monitoraci dýchacího systému se používají metody invazivní i neinvazivní. Nejjednodušším monitorovaným údajem je dechová frekvence, jejíž monitorace spočívá ve spočítání počtu dechů za minutu. Počítat lze podle pohybů hrudníku, ale ve většině případů je dechová frekvence počítána a zaznamenávána pomocí EKG elektrod, které současně snímají i křivku EKG. Normální dechová frekvence je 14-18 dechů za minutu, ale jedná se funkci ovlivnitelnou vůlí, takže je lépe, když vyšetřovaný pacient neví, že mu je počítána dechová frekvence. Zrychlené dýchání se nazývá tachypnoe, zpomalené dýchání je nazýváno bradypnoe. Důležité je sledovat nejen frekvenci dechů, ale i typ a kvalitu dýchání (24,26).

Dýchací systém je možno monitorovat pomocí pulsní oxymetrie, což je neinvazivní metoda, která pomocí čidla sleduje hodnotu saturace hemoglobinu kyslíkem. Čidlo může být prstové, které se používá zejména u dospělých, nebo ušní které se používá hlavně u dětí. Současně lze sledovat i tepovou frekvenci. Normální hodnota saturace O<sub>2</sub> je 95-99 %. Hodnota může být zkreslena v případě, že má pacient chladné akraální části těla, je anemický nebo má porušené prokrvení akraálních částí těla (15,26).

U pacienta na UPV jsou monitorovány ještě další hodnoty. Jedná o kapnometrii a kapnografii. Kapnometrie sleduje hodnotu oxidu uhličitého /CO<sub>2</sub>/ na konci výdechu. Hodnota je udávána číselně, umožňuje posouzení a zhodnocení alveolární ventilace. Normální hodnota je 35 - 45 torrů. Čidlo je umístěno v okruhu ventilátoru a snímač bývá součástí monitoru. Kapnografie je metoda, která graficky zaznamenává kapnometrii. U pacienta na UPV se sleduje nastavení ventilátoru, jeho správná funkce, ventilační režimy a případná interference pacienta s ventilátorem. Samozřejmostí je sledování dechových objemů, frekvence, inspirační tlaky. Při monitoraci dýchacího systému je nutno zmínit také sledování acidobazické rovnováhy, pomocí vyšetření Astrup, které nám hodnotí mimo jiné i okysličení pacienta. Výsledky mohou být z kapilární nebo arteriální krve (15,18,26).

Další monitorovanou oblastí je činnost kardiovaskulárního systému. Metody monitorace jsou opět invazivní a neinvazivní. Základní metodou monitorace srdeční činnosti je snímání EKG křivky. Sleduje se srdeční frekvence, srdeční rytmus, poruchy rytmu a případné ischemické změny na srdci. Standardně se používá 3 nebo 4 svodové monitorace EKG, které lze doplnit ještě 12 svodovou EKG křivkou (12,25).

Další neinvazivní metodou monitorace je měření krevního tlaku, které se provádí pomocí tonometru nebo monitoru v určených časových intervalech. V současné době se na odděleních intenzivní péče, využívá ke sledování pacienta spíše invazivní metody měření tlaků. Jedná se o arteriální krevní tlak, centrální žilní tlak, monitorování tlaků v artéria pulmonalis. Základní metodou sledování hemodynamických parametrů je invazivní měření systémového arteriálního tlaku. Provádí přes katétru zavedený do arteriálního systému, nejčastěji do artéria radialis nebo femoralis, napojený na monitorační čidlo. Katétru zavedený do artérie lze používat také k odběrům krve na vyšetření. Indikací k zavedení katétru do artérie je šokový stav, oběhová instabilita, velká krevní ztráta, stav po závažných operacích. Kontraindikací k zavedení arteriálního katétru jsou krvácivé nemoci, předchozí cévní výkony nebo infekce v místě vpichu. Před zaváděním katétru do artéria radialis by měl být proveden Allenův test, kdy se zjišťuje prokrvování končetiny. Pokud výsledek neodpovídá normě, neměl by do dané artérie být katétru zaváděn. Komplikací výkonu a následného zavedení může být trombóza, embolie, krvácení, vznik aneuryzmatu nebo vznik infekce. Místo vpichu je nutno pečlivě sledovat, asepticky ošetřovat a důsledně dbát na dokonalé spojení celého systému. Je potřeba dávat pozor, aby nedošlo k náhodnému podání léků do arteriálního katétru, protože by to mohlo vést k závažné ischemii, nekróze a v nejhorším případě i ke ztrátě končetiny nebo k celkové reakci organismu. Arteriální tlak nám udává hodnoty tlaku systolického, diastolického a střední hodnotu arteriálního tlaku (15,18,26).

Monitorace centrálního žilního tlaku / dále jen CVP/ poskytuje informace o náplni cévního řečiště, o činnosti srdce, o cévním tonu a cévním plicním odporu. Monitorace se provádí pomocí katétru zavedeného do centrální žíly, nejčastěji do véna subclavia

nebo véna jugularis. Měření probíhá pomocí vodního manometru, na principu spojených nádob. Měření by mělo probíhat vždy za stejných podmínek, pacient by měl být uložen vždy ve stejné poloze, aby výsledky bylo možno srovnávat a tím kontrolovat stav pacienta. Při hodnocení je potřeba uvést, zda pacient dýchá spontánně či je napojen na UPV, zda je při UPV použit přetlakový PEEP ventil, protože tyto okolnosti mohou hodnoty ovlivnit. Normální hodnota CVP je 3 -10 mm H<sub>2</sub>O . Výhodou zavedení katétru do centrální žíly je i možnost použít jej pro podávání infuzních roztoků, léků, transfuzí a možnost použít jej k odběrům krevních vzorků na vyšetření. Sestra musí sledovat průchodnost katétru, neporušenost setů a okolí místa vpichu, které je nutno asepticky ošetřovat. Samozřejmostí je sledování celkového stavu pacienta, zejména při zavádění katétru, kdy může dojít ke vzniku pneumotoraxu, hydrothoraxu, arytmie. Jakékoliv komplikace je nutno hlásit lékaři, a zaznamenat do dokumentace. Stav pacienta není možno hodnotit z jednoho měření CVP, ale je potřeba měřit opakovaně (12,15,50).

Mezi ne úplně standardně používané metody monitorace pacienta patří měření tlaků v artéria pulmonalis a nepřímé měření tlaků v levé komoře srdeční. Provádí se pomocí zavedeného Swanova – Ganzova katétru. Používá se nejčastěji u pacientů s onemocněním kardiologického charakteru nebo po KPR. Do centrální žíly, nejčastěji véna subclavia, přes pravou síň a pravou komoru do plicní artérie, se zavede 110 cm dlouhý, RTG kontrastní balónkový katétr. Na distálním konci má speciální teplotní snímač. Pomocí zavedeného Swanova-Ganzova katétru lze monitorovat některé speciální parametry hemodynamicky, například minutový srdeční výdej /CO/, tlak v plicnici /PAP/, tlak zaklínění v plicnici /PCWP/, srdeční index /CI/. Mezi indikace pro zavedení tohoto katétru patří akutní oběhové selhání, šokové stavy, akutní plicní embolie, akutní infarkt. Kontraindikací pro zavedení katétru jsou závažné koagulopatie, umělá chlopeň v pravém srdci, zavedení stimulační elektrody, těžká plicní hypertenze. Jedná se velice rizikový výkon, proto je nutno pacienta pečlivě sledovat během výkonu i během doby, kdy je zaveden katétr (15,28).

Tělesná teplota /dále jen TT/ může velmi ovlivnit celkový stav člověka, jeho srdeční činnost, metabolismus. Pokud je TT vysoká dochází ke zrychlení metabolismu, zrychlení srdeční činnosti. Pokud je TT nízká dochází k vazokonstrikci povrchových cév, zpomalení metabolismu a srdeční činnosti. Normální TT je 36 – 37 st. C, hodnoty 37 - 38 st.C, jsou nazývány subfebrile, nad 38st.C se jedná o horečku a nad 40st. C se jedná o hyperpyrexii. TT pod 35 st. C se nazývá hypotermie. Mírná hypotermie je při TT 32-35 st.C. Střední hypotermie je v rozmezí 28 - 31,9 st. C, člověk je ohrožen rizikem vzniku poruch srdečního rytmu zejména komorové fibrilace. V případě, že TT klesne pod 20 st. C, dochází k nezvratným změnám buněk a smrti pacienta. Vzhledem k tomu, že během hypotermie dochází ke sníženým metabolickým nárokům, je tato metoda používána i terapeuticky při operacích srdce nebo po KPR. Je zde nutné pečlivé monitorování a postupné ohřívání pacienta. Monitorace TT může být prováděna metodami invazivními i neinvazivními, nejjednodušší je měření TT pomocí digitálních teploměrů určených pro měření TT v podpaží, ústech nebo rektu. Další možností je měření teploty v uchu pomocí tympanálního teploměru, nebo pomocí kožního čidla, které snímá TT průběžně. Je potřeba dbát na pravidelné přemístění čidla jako prevenci vzniku otlaků na kůži. U pacientů s hypotermií je TT měřena invazivní metodou, pomocí jícnového čidla, pomocí zavedeného Swanova – Ganzova katétru nebo čidla napojeného na permanentní močový katétr (18,50).

Další monitorovanou veličinou je měření nitrobřišního tlaku /dále jen IAP/. IAP je důležitým ukazatelem průtoku krve splachnickou oblastí. Fyziologicky se hodnota zvyšuje při kašli, ileu, peritonitidě nebo při obezitě. Důsledkem zvýšeného IAP je snížení průtoku krve ledvinami, snížení filtrační funkce ledvin a poruchy perfuze splachnické a jaterní. Měření se provádí pomocí tlakového převodníku napojeného na permanentní močový katétr. Před prvním měřením je nutno převodník, který udává hodnoty v mmH<sub>2</sub>O, nakalibrovat a při každém dalším měření dodržovat stejné podmínky měření. Normální hodnota IAP je 0 - 5 mm H<sub>2</sub>O, po operaci v dutině břišní je hodnota 3-15 mm H<sub>2</sub>O, hodnoty nad 35 mm H<sub>2</sub>O jsou považovány již za IV. stupeň zvýšení. Hodnota IAP je také důležitá pro výpočet perfúzního tlaku v dutině břišní



/AAP/, která se vypočítá z hodnoty středního arteriálního tlaku /MAP/, od které se odečte zjištěná hodnota IAP podle vzorce  $MAP - IAP = APP$  (15,50).

U pacienta, nejen v intenzivní péči, je nutno sledovat bilance tekutin - příjem a výdej tekutin. Příjem tekutin zahrnuje veškeré přijaté tekutiny – per os, sondou, parenterálně. Je důležité správné zaznamenání veškerých podaných tekutin do dokumentace. Do výdeje tekutin se započítává moč, odpady ze sondy a drénů, pocení, stolice a zvracení. Provádí se v určených intervalech sčítání bilancí, podle aktuální situace se stav pacienta řeší. Za pozitivní bilanci se považuje situace, kdy je příjem tekutin vyšší než výdej, negativní bilance je v případě, že výdej je větší než příjem. Bilance tekutin lze také hodnotit podle hodnot CVP, otoků, tělesné hmotnosti, kožního turgoru (20,21).

#### 1.3.4.2 Příjmová zpráva

Při přijetí pacienta na oddělení je povinností sestry sepsat pacientovu dokumentaci. Pokud se jedná o pacienta v akutním stavu či v bezprostředním ohrožení života je příjmová zpráva jiná než na standardním oddělení. Sesterská příjmová zpráva musí obsahovat co nejvíce údajů o pacientovi. U pacientů přijímaných na oddělení ARO se zjišťují pouze základní údaje, které jsou bezprostředně související s FF, trvalou medikací nebo přidruženými chorobami, kterými pacient trpí. Je důležité zjistit, zda netrpí nějakou alergií. Údaje lze získat od rodinných příslušníků pacienta, protože pacienti přijímaní na ARO jsou většinou v bezvědomí. Dokumentace by měla být sepsaná co nejdříve, ale vždy s ohledem na zdravotní stav pacienta. Sepsání je možno odložit do doby, kdy se bude pacient cítit lépe. Příjmová zpráva obsahuje základní identifikační data pacienta, jeho jméno a příjmení, rodné číslo a kód zdravotní pojišťovny. Sestra vypíše ošetřovatelskou anamnézu, která se zaznamenává dle zvyklostí oddělení do určeného tiskopisu. Formulář by měl být co nejjednodušší, aby nebylo vyplnění časově příliš náročné. Formuláře bývají nejčastěji vytvořeny podle modelu Gordonové, kde jsou otázky zaměřeny na dané oblasti. Otázky by měly být zaměřeny pouze na oblasti, které se týkají skutečně potřebných údajů. Pokud pacient na některý dotaz nechce odpovědět, nesmí být na něj činěn nátlak. Získávání

údajů musí probíhat citlivě a s ohledem na zdravotní stav pacienta. Součástí příjmové zprávy je také soupis věcí pacienta. Musí být sepsány svršky pacienta, které jsou uloženy v šatně oddělení. Je dobře věci sepsat co nejpodrobněji a všechny, které budou uloženy. Do soupisu věcí pacienta musí být zapsány i cennosti pacienta, které jsou uloženy v trezoru. Pacienta je nutno poučit, že tyto věci nemá v nemocnici mít. V případě šperků, se zaznamenávají jako bílý nebo žlutý kov, není dobré psát zlato nebo stříbro, protože by mohlo dojít k nepříjemnostem. Seznamy věcí musí být označeny datem a čitelným podpisem sestry i pacienta (35,41,44).

#### 1.3.4.3 Propouštěcí a překladová zpráva

Ve zdravotnických zařízeních je zpravidla vytvořen formulář Ošetřovatelské propouštěcí nebo překladové zprávy. Tato zpráva musí obsahovat identifikační data pacienta i zdravotnického zařízení, odkud a kam je pacient překládám nebo propouštěn. Zaznamenáno by mělo být i to, zda byla o překladu nebo propuštění informována rodina. Zpráva musí obsahovat data důležitá pro následnou ošetřovatelskou péči. Uvádí se hodnoty FF, soběstačnost, psychický stav. Pokud jsou zavedeny invazivní vstupy, pak musí být uveden jejich počet, doba zavedení a způsob ošetření. V případě, že má pacient porušenou kožní integritu, uvádí se lokalizace, rozsah poškození a způsob ošetřování. Velmi důležité jsou také aktuální údaje o ošetřovatelské péči a podané medikaci. Samozřejmostí je podpis jak předávající tak přijímající sestry. Vzhled formuláře, množství uvedených dat a způsob předávání je dán zvyklostí oddělení (35,45).

### **1. 4 Anesteziologicko- resuscitační oddělení Nemocnice Jihlava**

#### 1.4.1 O oddělení

V roce 1980 byla zásluhou primáře MUDr. Zdeňka Drobného otevřena v Nemocnici Jihlava lůžková stanice oddělení ARO. Zpočátku se jednalo o 4 lůžkovou stanici, součástí byla i stanice Rychlé záchranné služby, Od roku 1982 pracovala v nepřetržitém provozu a disponovala 2 vozy Škoda 1203, později došlo k jejímu osamostatnění. Oddělení pracovalo pod vedení primáře MUDr. Drobného,

kterého po jeho odchodu na zasloužený odpočinek vystřídal ve funkci primáře MUDr. Petr Jiránek, od 1. 2. 2010 je primářem oddělení MUDr. Vít Bárta. Ve funkci vrchní sestry se postupně vystřídaly paní M. Kasalová, paní Jarmila Cmuntová a v současné době je vrchní sestrou oddělení Bc. Magdalena Lavičková ( 2 ).

Oddělení ARO je umístěno v novém pavilonu nemocnice, v sousedství chirurgického ambulantního traktu a centrálních operačních sálů. Oddělení ARO se skládá s úseku anesteziologického, resuscitačního a algeziologického.

Anesteziologická péče zahrnuje předoperační anesteziologické vyšetření a přípravu pacienta, podávání anestézie, sledování a péči o pacienta v průběhu operačního nebo diagnostického výkonu. Péče je poskytována na 19 pracovištích. V roce 2009 bylo podáno 8374 anestézií. Je druhý nejvyšší počet v historii, více bylo jen v roce 2007, kdy se jednalo o 8401 podaných anestézií. Anesteziologická péče se zabývá i podáváním epidurální anestézie v průběhu porodu, dostupné po celých 24 hodin. V roce 2009 bylo podáno rodičkám 67 epidurálních anestézií. Péče o pacienta v bezprostředním pooperačním období až do odeznění anestézie, je poskytována na zotavovacím pokoji. V roce 2009 bylo na zotavovací pokoj, který má 6 lůžek, přijato 6123 pacientů. Sesterskou péči v anesteziologickém úseku poskytuje 14 sester.

Resuscitační část oddělení poskytuje péči pacientů se selháním jedné nebo více základních životních funkcí, které je nutno nahradit pomocí přístrojů. Oddělení je uspořádáno boxovým systémem a má kapacitu 5 lůžek. Péči poskytuje v současné době 21 kvalifikovaných sester. Péče je poskytována podle léčebných standardů a protokolů oddělení. Stanice je vybavena nejnovějšími přístroji. Součástí péče na oddělení je péče dárce orgánů. Odběry jsou prováděny v rámci odběrového centra, které je od roku 1993 zřízeno v nemocnici Jihlava. V roce 2009 bylo na toto oddělení přijato 178 pacientů. Více pacientů bylo přijato pouze v roce 2007, kdy bylo přijato 199 pacientů. Snížení počtu přijatých pacientů je způsobeno omezením kapacity oddělení z 5 na 4 lůžka a to z důvodu nedostatku personálu, zejména lékařů ( 2 ).

Algeziologická péče je poskytována pacientům na ambulanci bolesti. Péče je poskytována nemocným s chronickou bolestí maligního i benigního původu. Je poskytována pacientům hospitalizovaným v nemocnici i pacientům ambulantním, které sem odešle odborný či praktický lékař. Ambulance poskytuje službu 3 dny v týdnu. Lékaři – algeziologové jsou speciálně školeni a jsou držiteli certifikátu pro léčbu chronické bolesti. Vedoucí lékař ambulance je proškolen v metodách manuální medicíny, které uplatňuje v léčbě bolesti pohybové soustavy. Součástí týmu je zaškolená sestra. V roce 2009 bylo provedeno 1360 výkonů, což je nejvyšší počet za dobu provozu ambulance (2).

#### 1.4.2 Používaná ošetrovatelská dokumentace

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (48) uvádí povinné součásti dokumentace, V souladu s touto vyhláškou se dokumentace na oddělení ARO Jihlava se skládá z chorobopisu, který vyplňuje lékař. Obsahuje identifikační data pacienta, anamnézu, přítomný stav a při propuštění, překladu nebo úmrtí pacienta se chorobopis uzavírá, doplňují se zjištěná data a průběh hospitalizace. Další částí dokumentace je denní záznam hospitalizace - dekurs, společný pro záznamy lékaře i sestry /viz příloha 5/. Je označen identifikačními údaji pacienta a oddělení. Na první stranu lékař zaznamenává průběh onemocnění, denní ordinace. Vnitřní strana je barevně odlišená, sestry do ní zaznamenávají FF, terapie, bilance tekutin, ošetrovatelské výkony, odsávání, laváže, TT, poloha nemocného. Frekvence a rozsah měření FF jsou dány vypracovanými protokoly oddělení a stavem pacienta. Pacienti jsou trvale monitorováni, a proto je možné sledování nepřetržité. Na monitoru jsou nastavena určitá rozmezí a při jejich překročení je tato změna signalizována alarmem přístroje. Další část dekuru je věnována záznamům sester o ošetřování ran. Hodnotí se lokalizace, velikost a vzhled rány, zaznamenává se léčba a podpis zodpovědné sestry. Je zde zaznamenáno hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, hodnocení rizika pádu. Součástí jsou i záznamy o bazální stimulaci. Poslední strana dekuru je určena pro záznamy o invazivních vstupech – kdy byly zavedeny a jak jsou ošetřovány. Jsou zde záznamy o prevenci vzniku dekubitů, dechových cvičeních a je zde ponechán

prostor pro záznamy sestry denní i noční služby, která zhodnotí stav a zapíše důležité údaje o pacientovi (2).

Hodnocení bolesti je zaznamenáváno pomocí analogové škály, která je umístěna na samostatném listu /příloha 6/. Součástí ošetrovatelské dokumentace je sesterská příjmová zpráva / příloha 7/ a sesterská propouštěcí/ překladová zpráva /příloha 8/. Na oddělení se věnují péči dle konceptu bazální stimulace, součástí dokumentace je denní plán bazální stimulace /příloha 9/, který souvisí i s biografickou anamnézou pacienta / viz příloha 10/. Tuto anamnézu vyplňuje sestra spolu s rodinnými příslušníky pacienta, nebo je možné jim domluvě, dát jim dokumenty k vyplnění domů. Zde mají větší klid na vyplnění, při další návštěvě formulář přinesou a předají sestře. Součástí je také „Desatero bazální stimulace pro rodinu a personál“ a „Praktické rady pro návštěvy“. Dále je v dokumentaci uložen soupis věcí pacienta /příloha 11/. Součástí ošetrovatelské dokumentace je glykemický list, kde jsou pokyny, podle kterých sestra poskytuje péči /viz příloha 12/. Na dalším samostatném listu je seznam použitých přístrojů, kam sestra zaznamenává čísla u pacienta používaných přístrojů / příloha 13/. Každý pacient má také v dokumentaci záznamový list na výsledky vyšetření, které sestra zapisuje. Pro pacienta je také založen list ZULP, kam je zaznamenáváno podání krevních preparátů, plazmy, albuminu, ATB. Dokumentace obsahuje TISS hodnocení, kam jsou zaznamenávány výkony. Dle bodového hodnocení se stanovují TISS body, ze kterých vycházejí platby od zdravotní pojišťovny za provedené výkony. Ošetrovatelská dokumentace ještě obsahuje ošetrovatelské diagnózy, které mají sestry zpracované v elektronické podobě, kde je upraví dle aktuálního stavu pacienta a potřebné péče. Následně péči zhodnotí, ošetrovatelské diagnózy vytisknou a uloží do dokumentace. Hodnocení provádí sestra vždy na konci směny, nebo aktuálně při změně stavu pacienta /příloha 14/.

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1. Analyzovat stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou pracovišti intenzivní medicíny.

Cíl 2. Zjistit, jaké oblasti stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny sestřám nevyhovují

Cíl 3. Zjistit, v jakých oblastech je možné stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou na pracovišti intenzivní medicíny inovovat.

Cíl 4. Zjistit, zda lékaři využívají data ze stávající ošetrovatelské dokumentace používané na daném pracovišti.

Cíl 5. Zjistit, zda inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje sestřám více než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná.

Cíl 6. Zjistit, zda je možné zavést inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci do praxe.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké oblasti ošetrovatelské péče zahrnuje stávající ošetrovatelská dokumentace používaná na pracovišti intenzivní medicíny?

2. Jaké oblasti stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny sestřám nevyhovují?

3. V jakých oblastech je možné stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou na pracovišti intenzivní medicíny inovovat?

4. Využívají lékaři data ze stávající ošetrovatelské dokumentace používané na daném pracovišti?
5. Vyhovuje sestřám více inovovaná ošetrovatelská dokumentace než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná?
6. Je možné zavést inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci do praxe?

### 3. Metodika

#### 3.1 Metodika sběru dat

Pro tuto práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byly použity metody - analýza ošetrovatelské dokumentace a polostrukturované rozhovory.

Pro provádění výzkumného šetření bylo zvoleno oddělení ARO Nemocnice Jihlava. Byla oslovena hlavní sestra nemocnice Jihlava paní Jarmila Cmuntová. Po projednání žádosti o provádění výzkumného šetření v jejich nemocnici, s etickou komisí a po seznámení s otázkami a postupem práce, s tímto souhlasila. Dále ještě byla hlavní sestra nemocnice požádána o souhlas s uveřejněním dokumentace používané na jejich ARO a následně dokumentace inovované. Tato žádost byla hlavní sestrou projednána s právním oddělením nemocnice, s manažerkou kvality nemocnice a byl vysloven souhlas s uveřejněním, který byl podmíněn tím, že dokumentace nesmí obsahovat žádné údaje o pacientech nebo jejich identifikační data. Tato podmínka bude samozřejmě dodržena. Také jsme byli hlavní sestrou požádáni o předložení hotové práce a její uložení do knihovny Nemocnice Jihlava.

Výzkumné šetření probíhalo ve třech na sebe navazujících etapách, od prosince 2009 do června 2010.

**I.etapa** - spočívala v analýze stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny. V návaznosti na analýzu ošetrovatelské dokumentace byly provedeny polostandardizované rozhovory se sestrami a lékaři oddělení.

Rozhovor pro sestry obsahoval 7 otázek /příloha 17/. Úvodní otázka, byla identifikační a týkala se délky praxe na ARO Jihlava. Otázka 1 zjišťovala, zda ošetrovatelská dokumentace, kterou používají na oddělení, obsahuje všechny oblasti péče o pacienta a pokud ne tak které chybí. Otázka 2 zjišťovala, zda sestram vyhovuje používaná ošetrovatelská dokumentace a otázka 3 se týkala možných změn v dokumentaci. Otázka 4 zjišťovala preferovaný typ dokumentace. Otázka 5 se zabývala



přínosem ošetrovatelské dokumentace v péči o pacienta. Otázky 6 a 7 se zabývaly prací lékařů s ošetrovatelskou dokumentací a přínosu ošetrovatelské dokumentace pro lékaře.

Rozhovory pro lékaře obsahovaly 4 otázky/ příloha 18/. Otázka 1 zjišťovala, zda se na oddělení používá ošetrovatelská dokumentace. Otázka 2 zjišťovala přínos dat z ošetrovatelské dokumentace pro lékaře. Otázka 3 zjišťovala, zda lékařům vyhovuje stávající ošetrovatelská dokumentace. Otázka 4 se zabývala možnými změnami v ošetrovatelské dokumentaci.

**II. etapa** - na základě výsledků získaných z analýzy dokumentace a vyhodnocení rozhovorů se sestrami a lékaři oddělení byla provedena inovace dosud používané ošetrovatelské dokumentace a následně její zavedení do praxe. V průběhu měsíce února a března 2010, byly provedeny změny v dekurzu používaném na ARO Jihlava. Změny byly provedeny ve spolupráci zaměstnanců oddělení a ke změnám přispěly výsledky z našich rozhovorů a také ukázky dokumentace z jiných zařízení. V průběhu května 2010 byly zavedeny do praxe inovované ošetrovatelské diagnózy, které jsme na základě výsledků a analýzy vytvořili.

**III. etapa** - po 2 měsících používání byly znovu provedeny polostrukturované rozhovory se sestrami a lékaři ARO Jihlava, ve kterých byly zjišťovány názory na inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci a možnosti uplatnění v praxi na oddělení.

Rozhovory obsahovaly 4 otázky stejné pro sestry i pro lékaře / příloha 19/. Sestrám byla v úvodu opět položena otázka na délku praxe na tomto oddělení. Otázka 1 zjišťovala, zda jim vyhovuje inovovaná ošetrovatelská dokumentace a pokud ne tak proč. Otázka 2 se zabývala možnými změnami v inovované ošetrovatelské dokumentaci. Otázka 3 zjišťovala, zda podle jejich názoru zahrnuje ošetrovatelská dokumentace všechny oblasti péče o pacienta a pokud ne, tak která chybí. Otázka 4 zjišťovala, zda podle jejich názoru je možné inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci používat v praxi. A pokud ne tak proč?

### 3.3 Charakteristika souboru

Výzkumné soubory tvořily sestry a lékaři oddělení ARO Jihlava. Výběr respondentů byl záměrný, nebyla stanovena výběrová kritéria.

Výzkumné soubory v I. etapě byly celkem 2. Soubor sester obsahoval 10 respondentů. Sestry pracovaly na oddělení ARO nemocnice Jihlava od 2 do 12 let a 4 sestry nám délku praxe na tomto oddělení neuvedly. Soubor lékařů obsahoval 4 lékaře. Jednalo se lékaře, pracující na resuscitační stanici oddělení ARO Jihlava.

Ve II. etapě byla provedena inovace dokumentace a její zavedení do praxe.

Ve III. etapě byly opět 2 soubory - soubor sester měl 10 respondentů. Jednalo se o sestry s praxí na oddělení ARO Jihlava od 1 roku do 12 let. Opět nám 4 respondentky délku praxe neuvedly. Soubor lékařů měl 4 respondenty. Jednalo se o lékaře resuscitační stanice oddělení ARO Jihlava.

Vzhledem k tomu, že rozhovory byly anonymní nelze zjistit, zda v souborech byli v I. etapě i ve III. etapě stejní respondenti. Výsledky našeho výzkumného šetření to nijak neovlivní, protože s dokumentací pracují všichni pracovníci oddělení.

Pro potřeby výzkumného šetření, budou respondenti - sestry označeni v rozhovorech i tabulkách S1 - S10 a respondenti – lékaři L 1 - L 4.

## 4. Výsledky

### 4.1 I. etapa

#### 4.1.1 Analýza dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace na ARO Jihlava obsahuje :

- Denní záznam hospitalizace - dekurs, společný pro záznamy lékaře i sestry. Lékař zaznamenává průběh onemocnění, denní ordinace. Sestra zaznamenává FF, terapie, bilance tekutin, ošetrovatelské výkony, odsávání, laváže, TT, poloha nemocného. Provádí záznamy o ošetřování ran. Hodnotí se lokalizace, velikost a vzhled rány, zaznamenává se léčba a podpis zodpovědné sestry. Sestra také hodnotí riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, hodnocení rizika pádu. Součástí jsou i záznamy o bazální stimulaci a o invazivních vstupech, o prevenci vzniku dekubitů, dechových cvičeních a je zde ponechán prostor pro záznamy sestry denní i noční služby.
- Hodnocení bolesti je zaznamenáváno pomocí analogové škály,
- Sesterská příjmová zpráva
- Sesterská propouštěcí/ překládová zpráva
- Denní plán bazální stimulace + biografická anamnéza pacienta
- Soupis věcí pacienta
- Glykemický list, kde jsou pokyny, podle kterých sestra poskytuje péči
- Seznam použitých přístrojů - sestra zaznamenává čísla používaných přístrojů
- Záznamový list na výsledky vyšetření - které sestra zapisuje.
- Ošetrovatelské diagnózy, které mají sestry zpracované v elektronické podobě, kde je upraví dle aktuálního stavu pacienta a potřebné péče.

#### **4.1.2 Rozhovory sestry**

Pro potřeby výzkumného šetření, budou respondenti - sestry označeni v rozhovorech i tabulkách S1 - S10 a respondenti – lékaři L 1 - L 4.

##### **Respondent č. 1 / S1/**

Respondentem č. 1 je sestra pracující na ARO Jihlava několik let, přesný počet neudává. Dle jejího názoru zahrnuje ošetrovatelská dokumentace používaná na jejich oddělení všechny oblasti péče o pacienta. Zaznamenávají se fyziologické funkce, jako je TK, P, TT, invazivní tlak, dýchání – frekvence, ventilační režim a dechový objem. Dále jsou zaznamenávány bilance tekutin a samozřejmě ordinace lékaře. Velká pozornost je věnována též záznamům o ranách, dekubitech a jejich ošetřování a procesu hojení. Na oddělení je prováděna bazální stimulace, se kterou souvisí další záznamy. Provádění bazální stimulace začíná tím, že je příbuzným pacienta při jejich návštěvě předán formulář nazvaný „ Biografická anamnéza“. Za pomoci sestry jej vyplní hned, nebo si jej mohou vzít domů, v klidu vyplnit a přinesou jej při další návštěvě pacienta. Samozřejmostí je také předání pokynů pro návštěvy pacientů, kde najdou mnoho potřebných informací. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou ošetrovatelské diagnózy, které slouží k dokumentování a plánování péče o pacienta. Jsou vypracované pro oddělení, uloženy v PC a každá služba je upraví, aktualizuje, vytiskne a založí do dokumentace pacienta, aby bylo možno s nimi dále pracovat. Formulace některých ošetrovatelských diagnóz by bylo dobré zjednodušit.

Respondentce stávající dokumentace sice vyhovuje, ale provedla by určité změny. Dokumentaci by změnila po obsahové stránce. Hlavní změnou by bylo rozdělení dokumentace na část lékařskou a část ošetrovatelskou. A právě toto rozdělení by umožnilo snížení počtu formulářů a umístění jejich obsahu do velkého záznamového formuláře – dekurzu. Lékařská dokumentace, čímž jsou myšleny zejména ordinace lékaře, záznamy z vizit nebo záznamy o aktuálních změnách zdravotního stavu pacienta by se zaznamenávaly do zvláštního archu. Při rozdělení dokumentace by byla tato snadněji dostupná, jednodušší, přehlednější a také by bylo snazší se v ní orientovat.

Dle jejího názoru je lepší dokumentace zaškrťovaná. Je jednodušší a snadněji použitelná. Vzhledem k množství sledovaných faktorů je zaškrťování také rychlejší. Záleží na typu záznamů, které jsou prováděny. Pro záznamy FF, zavedených invazivních vstupů je lepší dokumentace zaškrťovaná, naopak pro záznamy o ranách nebo aktuálních změnách pacientova stavu je lepší dokumentace dopisovaná, kde je větší prostor pro hodnocení situace. Přínos ošetrovatelské dokumentace v péči o pacienta určitě je. Vede ke zlepšení péče o pacienta. Je možné lépe sledovat změny stavu pacienta ve všech oblastech. Důležitý význam je též pro ochranu pacienta i ošetřujícího personálu. Dále udává, že lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují, ale ne se všemi daty. Jsou pro ně důležité záznamy FF, bilancí tekutin a plnění ordinací, případně záznamy o aktuálních změnách ve stavu pacienta. Pokud jde o specificky ošetrovatelské záznam, s těmi nepracují, ale sestra je na důležité upozorní. Data z ošetrovatelské dokumentace jsou přínosem, v léčbě pacientů, i když by jim mohla ze strany lékařů věnována větší pozornost.

#### **Respondent č. 2 / S 2/**

Respondentkou č. 2 je sestra pracující na ARO Jihlava s přestávkami 12 let. Udává, že ošetrovatelská dokumentace na jejich oddělení je udělaná dobře a obsahuje všechny oblasti péče o pacienta. Používaná dokumentace jí vyhovuje, i když připouští, že by se daly udělat nějaké změny. Konkrétní změnou by bylo rozdělení dokumentace na část ošetrovatelskou a část lékařskou. Hlavním důvodem pro rozdělení dokumentace na 2 části je zjednodušení a zpřehlednění dokumentace. Po rozdělení dokumentace, by bylo možné přesunout některá data ze zvláštních listů na velký záznamový dekurs, který je v současné době společný pro záznamy lékařů i sester. Další možnou změnou by byla úprava ošetrovatelských diagnóz. Ty jsou vypracovány a uloženy v PC, každá služba je dle aktuálního stavu upraví, vytiskne a následně založí do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Vlastní úprava ošetrovatelských diagnóz, by spočívala v jejich zjednodušení a možná i ve spojení některých a úpravě formulací. Dále respondentka udává, že jí více vyhovuje dokumentace zaškrťovaná. Je nutno brát v úvahu, co má být zapsáno. Pro popis ran, dekubitů nebo popálenin je lepší data zapsat podle aktuální

situace. Ošetrovatelská dokumentace je přínosná pro péči o pacienta, ale je nutno říct, že je velmi obsáhlá a bylo by vhodné zjednodušení. Výhodou je lepší přehled o péči o pacienta a zachování návaznosti a kvality péče. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují, ale je nutno odlišit jednotlivé součásti ošetrovatelské dokumentace. Pokud se týká ošetrovatelských diagnóz tak s těmi lékaři rozhodně nepracují. V případě záznamů FF, bilancí tekutin a plnění ordinací tak s těmi pracují. Z toho vyplývá, že data z ošetrovatelské dokumentace, jsou pro lékaře přínosem, ale někdy musí sestry na aktuální situace a změny lékaře upozornit.

### **Respondent č. 3 / S 3/**

Respondentkou č. 3 je sestra s praxí na oddělení ARO Jihlava 9 let. Udává, že stávající ošetrovatelská dokumentace na oddělení zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Zároveň udává, že není snadné dokumentaci vytvořit, protože musí splňovat všechny normy a standardy nejen jejich oddělení, ale i celé nemocnice. Myslí si, že jejich dokumentace vše splňuje. Dokumentace, kterou používají, jí obsahem vyhovuje, ale změnila by její formu. Hlavní změnou, kterou by provedla, by bylo rozdělení dokumentace na část lékařskou a část sesterskou. Část lékařská by obsahovala ordinace lékaře, záznamy o vizitách, o aktuálních změnách ve stavu pacienta i v ordinacích lékaře. Ošetrovatelská část dokumentace by obsahovala záznamy o FF, bilancích tekutin, plnění ordinací, záznamy o ranách, o ošetrovatelské péči a o bazální stimulaci, kterou na oddělení provádějí. Ošetrovatelské diagnózy by byly součástí dokumentace, ale na zvláštních formulářích, protože v nemocnici je zavedeno uložení v PC a po úpravě následné tisknutí. V oblasti ošetrovatelských diagnóz by bylo dobré udělat nějaké změny, asi je nějak zjednodušit. Dokumentace jí více vyhovuje zaškrťovaná, která je jednodušší a rychlejší. Správně vedená ošetrovatelská dokumentace je zcela jistě přínosem pro péči o pacienta. Péče je kontinuálnější a lépe hodnotitelná. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací moc nepracují. Je zde nutno odlišit součásti, které ošetrovatelská dokumentace zahrnuje. Záznamy FF, bilance tekutin a plnění ordinací jsou též součástí ošetrovatelské dokumentace, pro lékaře v léčbě pacientů jsou

přínosem, a také s nimi pracují. Na rozdíl třeba od ošetrovatelských diagnóz, se kterými nepracují vůbec a pokud je něco akutního a důležitého pak sestra lékaře upozorní.

#### **Respondent č. 4 / S 4 /**

Respondentem č. 4 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 2 roky. V odpovědích na otázky byla velmi stručná. Dokumentace používaná na jejich oddělení, dle jejího názoru, obsahuje vše a zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Dokumentace jí vyhovuje, nic by na ní neměnila, protože už si na ni všichni zvykli a vyhovuje jim. Více jí vyhovuje dokumentace zaškrťovaná, je jednodušší a také rychlejší na vyplnění. Přínos dokumentace v péči o pacienta určitě je. Péče je poskytována kvalitněji a je lépe dodržována kontinuita péče. Dokumentace je také ochranou pacienta i ošetrojícího personálu. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací moc nepracují, hlavně pokud se týká ošetrovatelských diagnóz. Sestra lékaře na problém, který zjistila, upozorní. Udává, že i když lékaři s ošetrovatelskou dokumentací tak úplně nepracují, jsou pro ně data z ošetrovatelské dokumentace přínosem při léčbě pacientů.

#### **Respondent č. 5 / S 5 /**

Respondentem č. 5 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 5 let. Z hlediska obsahu ošetrovatelské dokumentace si myslí, že v dokumentaci jsou zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta. Dokumentace, kterou používají v současné době na oddělení, se jí líbí a domnívá se, že v ní nic nechybí. Dokumentace jí vyhovuje, je s ní spokojená. Nic by neměnila, protože už si na ni zvykla a plně jí vyhovuje. Doslova udává: „Hlavně nic neměňte, když už jsme si všichni zvykli“. Udává, že nelze jednoznačně říct, která dokumentace je lepší. V některých případech je lepší dokumentace, ve které se data zaškrťávají. Někdy je naopak lepší dokumentace, kde se data dopisují. Pokud se týká třeba záznamů FF nebo zavedených invazivních vstupů pak je lépe data zaškrtnout. V případě ran, dekubitů nebo aktuálních změn stavu pacienta pak je lépe situaci popsat a objasnit. Ošetrovatelská dokumentace je určitě přínosem v péči o pacienta. Péče je návaznější a snáze dokumentovatelná. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují pouze částečně. Jsou pro ně důležité záznamy FF, bilancí tekutin

a plnění ordinací. Na ostatní se spíše sester zeptají nebo je sestra na situaci upozorní. Pokud se týká přímo ošetrovatelských diagnóz, které se tisknou každou službu, tak ty lékaři nesledují. Data z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosem k léčbě pacientů, ale často je nezjišťují z ošetrovatelské dokumentace, ale od sester, které je na aktuální situaci upozorní.

#### **Respondent č. 6 / S 6 /**

Respondentem č. 6 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 6 let. Dle jejího názoru stávající ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Určitě by do dokumentace již nic nepřidávala. Používaná dokumentace je dobře udělaná, nic by v ní neměnila, vyhovuje jí. V průběhu rozhovoru udává, že by možná změnila ošetrovatelské diagnózy, které jsou vypracované, každá služba je upravuje, aktualizuje, vytiskne a následně zakládá do dokumentace pacienta. Ošetrovatelské diagnózy by nějak zjednodušila, ale neví konkrétně jak. Uvádí, že typ dokumentace závisí na konkrétní situaci, které se záznamy týkají. Pokud se týká záznamů ran, dekubitů nebo aktuálních změn stavu pacienta pak je lépe, když se provede zápis. V případě záznamů FF, invazivních vstupů nebo polohování pak je lepší, když jsou data předepsaná a potřebné se zaškrtnou. Ošetrovatelská dokumentace je přínosná pro péči o pacienta. Je lepší přehled o provedené péči a lepší kontrola provedeného. Lékaři, dle jejího názoru, pracují s ošetrovatelskou dokumentací pouze částečně. Pracují s dokumentací týkající se záznamů FF, bilancí tekutin a plnění ordinací. S ošetrovatelskými diagnózami lékaři nepracují. Pokud se týká záznamů o ranách, dekubitech nebo akutních změnách stavu pacienta, sestra lékaře zpravidla upozorní nebo se lékař zeptá, ale s dokumentací jako takovou v tomto případě nepracují. I přesto jsou data z ošetrovatelské dokumentace pro lékaře přínosem v léčbě pacientů.

#### **Respondent č. 7 / S 7 /**

Respondentem č. 7 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava několik let, přesný počet neuvádí. Uvádá, že ošetrovatelská dokumentace používaná na oddělení ARO Jihlava zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Zahrnuje sledování FF, bilance



tekutin, příjmové a propouštěcí zprávy, záznamy o ošetřování ran a také ošetřovatelské diagnózy, které jsou nezbytné pro plánování péče o pacienta. Dokumentace, kterou používají na oddělení, jí vyhovuje a myslí si, že je dobře udělaná. Následně, ale uvádí, že by udělala možná nějaké změny. Hlavní změnou by bylo rozdělení dokumentace lékařské a ošetřovatelské. Hlavním důvodem pro rozdělení je zjednodušení dokumentace a snížení počtu používaných formulářů. Na velkém záznamovém dekursu, který je v současné době společný pro záznamy lékařů i sester, by se v případě rozdělení dokumentace uvolnilo místo. Mohly by se tam vložit další záznamy, které jsou v současné době na zvláštních formulářích. Dále by také bylo dobré upravit ošetřovatelské diagnózy. Zjednodušit je a upravit některé jejich formulace. Dokumentace je určitě lepší zaškrťovaná, ale záleží na konkrétní situaci, kterou je potřeba zaznamenat. Ošetřovatelská dokumentace je přínosem v péči o pacienta a vede k jejímu zlepšení. Je lépe zajištěna návaznost péče. Péče je lépe dokumentována, což je důležité zejména při změně stavu pacienta nebo při vzniku mimořádné události. S ošetřovatelskou dokumentací lékaři dle jejího názoru nepracují. Myslí tím zejména ošetřovatelské diagnózy a záznamy o bazální stimulaci. Přínosem pro lékaře data z ošetřovatelské dokumentace určitě jsou. V případě záznamů o FF, bilancích tekutin a plnění ordinací jsou záznamy nejen přínosné, ale i velmi důležité.

#### **Respondent č. 8 / S 8 /**

Respondentem č. 8 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava, která přesný počet let neudává. Dle jejího názoru, ošetřovatelská dokumentace používaná na jejich oddělení zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Myslí si, že není potřeba již nic přidávat a nenapadá jí žádná oblast péče o pacienta, která by v dokumentaci chyběla. Dokumentace používaná na jejich oddělení jí vyhovuje, i když nějakou změnu by provedla. Hlavní a největší změnou by bylo rozdělení dokumentace na část lékařskou a část sesterskou. Pokud by se dokumentace rozdělila, pak by bylo možno provést jiné uspořádání a tím snížení počtu používaných formulářů v dokumentaci. Na dosud užívaný společný dekurz, by na místo záznamů lékařů bylo možné umístit ošetřovatelské záznamy. Lékařské záznamy – ordinace, zápisy z vizit a aktuálních změn

by byly na zvláštním listě. Dokumentace by byla přehlednější, jasnější a dostupnější. Dále by také změnila ošetrovatelské diagnózy, ale neuvádí jak. Dokumentaci preferuje spíše zaškrťávanou, ale nelze jí použít vždy a ne vždy je vhodná. Blíže nespecifikuje. Přínosem ošetrovatelské dokumentace a zlepšením péče si není úplně jistá. Následně udává, že určitě přínosem je. Měla by, ale být co nejjednodušší, protože zapisovaných dat je velké množství. Tento problém se týká hlavně ošetrovatelských diagnóz, které jsou v některých bodech velmi obsáhlé. Zlepšení péče vidí ve správném vedení dokumentace, která je také ochranou pacienta i personálu. Udává, že lékaři s ošetrovatelskou dokumentací nepracují. Jistě používají záznamy o FF, bilancích tekutin a plnění ordinací. S ošetrovatelskými diagnózami zcela určitě nepracují. Pokud dojde u pacienta ke změně nebo akutní situaci pak sestra lékaře na toto upozorní. Data z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře zcela jistě přínosem, i když s ošetrovatelskou dokumentací lékaři tak úplně nepracují.

#### **Respondent č. 9 / S 9 /**

Respondentem č. 9 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 6 let. Udává, že dokumentace používaná na jejich oddělení zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Zabývá se sledováním FF, ošetřováním ran, ošetrovatelskou péčí o pacienta a jsou zde údaje týkající se bazální stimulace. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou i ošetrovatelské diagnózy. Udává, že jí používaná dokumentace vyhovuje, i když by určitě našla nějaké nedokonalosti. Změnu by viděla v rozdělení dokumentace na část lékařskou a část sesterskou. Hlavním důvodem pro tuto změnu by bylo zjednodušení zápisů pro sestry i pro lékaře. Byl by tím také snížen počet vypisovaných formulářů. Udává, že jí více vyhovuje dokumentace zaškrťávaná, je jednodušší, rychleji vyplněná, přehlednější. Při popisu konkrétního jevu, jako příklad lze uvést ošetřování ran a průběh jejich hojení, je výhodnější dokumentace vypisovaná. Ošetrovatelská dokumentace je určitě přínosem v péči o pacienta. Měla by být co nejjednodušší na vyplňování, aby nedocházelo, ke zdlouhavému vypisování a tím odvádění od přímé péče o pacienta. Správně a pečlivě vedená dokumentace je důležitá pro ochranu pacienta i ošetřujícího personálu. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují

i nepracují. Záleží na konkrétních údajích. Určitě pracují a jsou pro ně důležité záznamy o FF, bilancích tekutin a plnění ordinací. Již méně pracují se záznamy o ranách a ošetrovatelské diagnózy nepoužívají vůbec. Pokud je v této oblasti zásadní změna nebo akutní situace, pak sestra lékaře upozorní. Údaje z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře důležité a zcela jistě jsou přínosem v léčbě pacientů. Někdy je nutné, aby sestra lékaře na situaci upozornila.

### **Respondent č.10 / S 10 /**

Respondentem č. 10 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava, která neuvádí počet let praxe. Udává, že ošetrovatelská dokumentace, kterou používají na oddělení, zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Dokumentace jí vyhovuje po formální stránce, ale změnila by obsah jednotlivých částí. Dokumentaci by bylo vhodné zjednodušit. Jednou z možností, která by zjednodušení umožnila je rozdělit dokumentaci na část pro lékaře a část pro sestry. Lékařská část by spočívala v záznamech o vizitách, o aktuálních změnách zdravotního stavu pacienta a ordinacích lékaře. Ošetrovatelská nebo sesterská část by zaznamenávala FF, ordinace a jejich plnění, bilance tekutin, záznamy o bazální stimulaci, bolesti a také o ranách. Udává, že nelze jednoznačně určit, který typ dokumentace je lepší. Záleží vždy na konkrétní situaci, kterou je potřeba zapsat. Každý typ dokumentace má své výhody i nevýhody. Přínos ošetrovatelské dokumentace v péči o pacienty určitě je. Péče je poskytována lépe, je lepší přehled o jejím poskytování a je lepší návaznost při poskytování péče. Lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují pouze částečně, to znamená pouze s některými záznamy. Určitě nepracují s ošetrovatelskými diagnózami. Pokud se týká dalších záznamů, jako třeba záznamy o ranách tak s nimi moc nepracují, ale sestra na změnu lékaře upozorní. Takže lze říct, že údaje z ošetrovatelské dokumentace jsou zcela jistě pro lékaře přínosem.

..

#### 4.1.2.1 Kategorizace dat sestry – tabulky

Tabulka 1 - Délka praxe respondentů - sestry

Tabulka 2 - Oblasti péče o pacienta - sestry

Tabulka 3 - Vyhovující dokumentace - sestry

Tabulka 4 - Změny v dokumentaci - sestry

Tabulka 5 - Preferovaná dokumentace – sestry

Tabulka 6 - Přínos ošetrovatelské dokumentace v péči o pacienta - sestry

Tabulka 7 - Práce lékařů s ošetrovatelskou dokumentací - sestry

Tabulka 8 - Přínos ošetrovatelské dokumentace pro lékaře - sestry

**Tabulka 1 Délka praxe respondentů - sestry**

Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Délka praxe /let	N	12	9	2	5	6	N	N	6	N

N = délku praxe neudává

Z celkového počtu 10 respondentů – sester, udává 1 sestra praxi na oddělení ARO Jihlava 12 let, 1 sestra uvádí 9 let praxe, 2 sestry udávají 6 let praxe, 1 sestra udává 5 let praxe, 1 sestra udává 2 roky praxe a 4 sestry délku praxe neuvádějí.

**Tabulka 2 Oblasti péče o pacienta - sestry**

Respondent	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	CELKEM
Zahrnuje všechny	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Nezahrnuje všechny											0

Z celkového počtu 10 respondentů udává 10 respondentů, že stávající ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Nikdo z respondentů neudává, že nějaká oblast péče o pacienta není ve stávající ošetrovatelské dokumentaci obsažena.

**Tabulka 3 – Vyhovující dokumentace – sestry**

Respondent	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S10	CELKEM
Vyhovuje forma, změna obsahu										X	1
Vyhovuje, neměnit				X	X	X					3
Vyhovuje,ale udělat změny	X	X					X	X	X		5
Vyhovuje obsah, změna formy			X								1
Nevyhovuje											0

Z celkového počtu 10 respondentů udává 5 respondentů, že jim používaná dokumentace vyhovuje, ale bylo by dobré udělat změnu. 3 respondenti udávají, že jim dokumentace vyhovuje a nic by neměnili. 1 respondent udává, že forma vyhovuje, ale měla by se provést změna obsahu a 1 respondent udává, že vyhovuje obsah, měla by se provést změna formy.

**Tabulka 4 Změny v dokumentaci - sestry**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S 8	S 9	S10	Celkem
Rozdělit dokumentaci	X	X	X				X	X	X	X	7
Změna umístění obsahu	X	X	X				X	X	X	X	7
Změny v ošetřov. diagnózách		X	X			X	X	X			5
Neměnit nic				X	X						2
Zjednodušit			X				X		X	X	4

Respondenti uvádí více změn v ošetřovatelské dokumentaci. Z celkového počtu 10 respondentů 7 respondentů uvádí, že by dokumentaci rozdělilo a zároveň změnilo umístění obsahu. Změny v ošetřovatelských diagnózách by provedlo 5 respondentů, 4 respondenti by dokumentaci zjednodušili a 2 respondenti by dokumentaci vůbec neměnili

**Tabulka 5 Preferovaná dokumentace - sestry**

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	Celkem
Zaškrťovaná	X	X	X	X	X		X	X	X	X	9
Dle situace	X	X			X	X	X		X	X	7
Každá má své výhody										X	1
Vypisovaná											0

Někteří respondenti udávají více možností. Z celkem 10 respondentů preferuje 8 respondentů dokumentaci zaškrťávanou, 7 respondentů uvádí, že záleží na konkrétní situaci, 1 respondent udává, že každý typ dokumentace má své výhody a nikdo z respondentů nepreferuje dokumentaci vypisovanou.



**Tabulka 6 Přínos ošetřovatelské dokumentace v péči o pacienta - sestry**

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S10	celkem
Je přínosem	X	X	X	X	X	X	X		X	X	9
Přínosem si není zcela jistý								X			1
Vede ke zlepšení péče	X	X		X			X			X	5
Lepší návaznost péče		X	X		X	X	X			X	6
Přínos pro ochranu pacienta i personálu	X			X		X		X	X		5
Snazší dokumentovatelnost					X		X				2
Lepší přehled o kontrole			X			X				X	3
Lepší možnost sledovat změny	X										1

Respondenti udávají více možností. Z celkového počtu 10 respondentů, udává 9 respondentů, že ošetřovatelská dokumentace je přínosem v péči o pacienta, 1 respondent si není přínosem ošetřovatelské dokumentace v péči o pacienty zcela jistý. Ošetřovatelská dokumentace vede ke zlepšení péče o pacienty, tento názor má 5 respondentů. 6 respondentů si myslí, že je lépe zajištěna návaznost péče. 3 respondenti si myslí, že díky ošetřovatelské dokumentaci je lepší přehled o kontrole poskytované péče, 2 respondenti si myslí, že péče je snadněji dokumentovatelná a 1 respondent se domnívá, že je lepší možnost kontrolovat změny stavu pacienta. Přínos ošetřovatelské dokumentace v ochraně pacienta i ošetřujícího personálu spatřuje 5 respondentů.

**Tabulka 7 Práce lékařů s ošetrovatelskou dokumentací - sestry**

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	celkem
Pracují											
Nepracují											
Pracují pouze s některými údaji	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10

Z celkem 10 respondentů udává všech 10 respondentů, že lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují, ale pouze s některými údaji. Žádný respondent neudává, že lékaři s ošetrovatelskou dokumentací pracují a nikdo také neudává, že lékaři s ošetrovatelskou dokumentací nepracují.

**Tabulka 8 Přínos ošetřovatelské dokumentace pro lékaře - sestry**

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	Celkem
<b>Jsou přínosem</b>				X		X	X	X		X	5
<b>Jsou přínosem po upozornění sestry</b>		X	X		X				X		4
<b>Jsou přínosem, ale mohla by jim být ze strany lékařů věnována větší pozornost</b>	X										1
<b>Nejsou přínosem</b>											0

Z celkového počtu 10 respondentů se 5 respondentů domnívá, že data z ošetřovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosná. Data z ošetřovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosná, ale po upozornění sestry, to je názor 4 respondentů. A 1 respondent si myslí, že data jsou pro lékaře přínosná, ale ze strany lékařů by jim mohla být věnována větší pozornost. Nikdo z respondentů si nemyslí, že data z ošetřovatelské dokumentace nejsou pro lékaře přínosem v léčbě pacientů.

### **4.1.3 Rozhovory lékaři**

Pro potřeby výzkumného šetření, budou respondenti - sestry označeni v rozhovorech i tabulkách S1 - S10 a respondenti- lékaři L 1 - L 4 .

Rozhovory s lékaři byly velice stručné.

#### **Respondent č. 1 / L 1 /**

Respondentem č 1 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že na oddělení určitě používají ošetrovatelskou dokumentaci. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace každého pacienta. Mezi ošetrovatelskou dokumentaci určitě patří záznamy FF, bilance tekutin, plnění ordinací. Ještě jsou vlastně další již více ošetrovatelsky zaměřené záznamy, jako jsou ošetrovatelské diagnózy, s těmi ale nepracuje. Z toho vyplývá, že jsou data z ošetrovatelské dokumentace přínosná pro léčbu pacientů. Dokumentace je vyhovující, i když je hodnocena spíše ze stránky zaznamenávání FF, bilancí tekutin, ordinací. Čistě ošetrovatelská dokumentace není hodnocena, ale zde je důležité, aby vyhovovala hlavně sestrám. Dokumentace, ať již lékařská či ošetrovatelská se dá vždy jistě nějak změnit, ale konkrétní změny neudává.

#### **Respondent č. 2 / L 2 /**

Respondentem č. 2 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Na oddělení se určitě používá dokumentace jak lékařská tak i ošetrovatelská. Mezi ošetrovatelskou dokumentaci lze zařadit zaznamenávání FF, plnění ordinací, bilancí tekutin a také sesterské propouštěcí a příjmové zprávy. Také sem patří záznamy o ranách, bazální stimulaci, záznamy o glykemiích a také hodnocení bolesti. Možná jsou ještě další čistě ošetrovatelské záznamy a také ošetrovatelské diagnózy. Data z ošetrovatelské dokumentace jsou přínosná pro léčbu pacientů, i když je někdy dokumentace zbytečně moc. Dokumentace na oddělení je vyhovující. Z hlediska specificky ošetrovatelské dokumentace je důležité, aby vyhovovala sestrám. Udává,

že změnou by bylo zrušení ošetrovatelských diagnóz, jejichž význam mu není zcela jasný.

### **Respondent č. 3 / L 3 /**

Respondentem č. 3 je lékař zaměstnaný na resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že ošetrovatelská dokumentace je na oddělení asi používána, ale přesný rozsah neuvádí. I když pak dodává, že do ošetrovatelské dokumentace lze zařadit i záznamy o bilancích tekutin, výsledky, plnění ordinací a měření FF, které sledují dle standardů oddělení. V tom případě, lze říct, že data z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosem v léčbě pacientů, jsou pro ně důležitá. Stávající dokumentace na oddělení je vyhovující, i když změna se dá udělat vždycky. Konkrétní změna není uváděna, ale dokumentace by měla být co nejjednodušší a co nejsnazší na vyplnění.

### **Respondent č. 4 / L 4 /**

Respondentem č. 4 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že na oddělení je určitě ošetrovatelská dokumentace používána. Dokumentace je určitě důležitá. Někdy nelze přesně říct, která je dokumentací ošetrovatelskou, a která je lékařská. Dokumentace spolu souvisí a údaje z dokumentace, ať již ošetrovatelské nebo lékařské, jsou jistě přínosná pro léčbu pacientů. Dokumentace na oddělení je vyhovující, i když by se dala určitě udělat nějak změnit. Konkrétní změny v této chvíli neuvádí. Každá změna a její výhody nebo nevýhody se zjistí až v praxi. Dokumentace by měla být co nejpřehlednější, ale podrobná a jednoduše vypisovaná. Hlavní zásadou je pravdivé a pečlivé vypisování.

#### 4.1.3.1 Kategorizace dat lékaři – tabulky

Tabulka 9 - Užívání ošetrovatelské dokumentace - lékaři

Tabulka 10 - Přínos ošetrovatelské dokumentace v léčbě pacientů - lékaři

Tabulka 11 - Vyhovující dokumentace - lékaři

Tabulka 12 - Změny ošetrovatelské dokumentace - lékaři

**Tabulka 9 Užívání ošetrovatelské dokumentace - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Užívá	X	X	X	X	4
Neužívá					0

Z celkového počtu 4 respondentů udávají 4 respondenti, že na oddělení používají ošetrovatelskou dokumentaci. Nikdo z respondentů neudává, že ošetrovatelskou dokumentaci nepoužívají.

**Tabulka 10 Přínos ošetrovatelské dokumentace v léčbě pacientů - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Ošetrovatelská dokumentace je přínosná	X		X		2
Ošetrovatelská dokumentace je přínosná, ale někdy zbytečně obsáhlá		X			1
Pro léčbu je přínosná dokumentace ošetrovatelská i lékařská				X	1

Z celkového počtu 4 respondentů, si 2 respondenti myslí, že ošetrovatelská dokumentace je přínosná, 1 respondent se domnívá, že ošetrovatelská dokumentace je přínosná, ale někdy je zbytečně obsáhlá a 1 respondent si myslí, že pro léčbu pacientů je přínosná dokumentace lékařská i ošetrovatelská.

**Tabulka 11 Vyhovující dokumentace - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Vyhovuje, ale ošetrovatelská dokumentace musí vyhovovat sestřám	X				1
Vyhovuje		X			1
Vyhovuje, ale dala by se změnit			X	X	2
Nevyhovuje					0

Z celkem 4 respondentů udává 1 respondent, že ošetrovatelská dokumentace mu vyhovuje, ale hlavně musí vyhovovat sestřám. Dále 1 respondent udává, že mu ošetrovatelská dokumentace vyhovuje a 2 respondenti udávají, že jim ošetrovatelská dokumentace vyhovuje, ale dala by se změnit. Žádný z respondentů neudává, že mu ošetrovatelská dokumentace nevyhovuje.

**Tabulka 12 Změny ošetrovatelské dokumentace - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Jistě by se dala změnit, nekonkretizováno	X			X	2
Zrušení ošetrovatelských diagnóz		X			1
Zjednodušení			X		1
Neměnit					0

Z celkem 4 respondentů udávají 2 respondenti, že by se dala jistě nějak změnit, ale nekonkretizují, 1 respondent by zrušil ošetrovatelské diagnózy, 1 respondent by ošetrovatelskou dokumentaci zjednodušil a nikdo neudává, že by dokumentaci neměnil.



## **4.2 II. etapa**

### **4.2.1 Inovace dokumentace**

Na základě některých rozhovorů, ve spolupráci se zaměstnanci oddělení byly provedeny změny v záznamovém dekursu a ošetrovatelských diagnózách.

Nejdříve byly provedeny změny v záznamovém dekursu. Bylo změněno uspořádání zápisů, kdy místo lékařských záznamů o průběhu onemocnění byly umístěny tabulky. Na přední straně se zapisují ordinace lékařů, odběry a ventilační parametry. Na zadní stranu se zapisují infuze, medikace v lineárních dávkovačích, glykémie a hodnocení bolesti. Vnitřní strana dekursu zůstala stejná, jsou zde záznamy FF, bilance tekutin, záznamy o ranách a bazální stimulaci / příloha 15/. Z ošetrovatelské dokumentace byly odstraněny 2 samostatné formuláře, záznam o glykemiích a hodnocení bolesti. Záznamy lékařů jsou nyní na zvláštním archu.

Změny byly provedeny také v ošetrovatelských diagnózách. Byly zjednodušeny a přeformulovány. Z původně používaných 17 ošetrovatelských diagnóz, bylo vytvořeno 14 ošetrovatelských diagnóz. Původní diagnózy Průjem a Zácpa, byly inovovány na diagnózu Porucha vyprazdňování stolice. Ošetrovatelské diagnózy Hypotermie a Hypertermie, byly spojeny v diagnózu Porucha termoregulace. Byly upraveny též formulace kritérií a intervencí / příloha 16/. Vypisování ošetrovatelských diagnóz, bylo ponecháno v PC, jak je v nemocnici zavedeno.

### **4.3 III. etapa**

#### **4.3.1 Rozhovory sestry**

Pro potřeby výzkumného šetření budou respondenti - sestry označeni v rozhovorech i tabulkách S1 - S10 a respondenti - lékaři L 1 - L 4 .

##### **Respondent č. 1 / S 1 /**

Respondentem č. 1 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 8 let. Uvádí, že v dokumentaci byly provedeny změny, byl snížen počet používaných formulářů. Dokumentace je lepší, ale co se týká ošetrovatelských diagnóz, které byly také změněny, tak je nutno říct, že předcházející verze byla lepší. Konkrétní důvody, které vedou k tomuto názoru, ale neuvádí. Důvodem bude to, že na ně již byla zvyklá. Na inovované dokumentaci by už nic neměnila a nechala jí tak jak je. V inovované dokumentaci jsou zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta, již není potřeba nic přidávat. Inovovaná dokumentace se jistě v praxi dá používat, ale inovované ošetrovatelské diagnózy, dle jejího názoru nejsou dobré a používat je nelze. Konkrétní důvody proč, ale neuvádí.

##### **Respondent č. 2 / S 2 /**

Respondentem č. 2 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 1 rok. Uvádí, že jí inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje. A to celkově včetně inovovaných ošetrovatelských diagnóz. V každé dokumentaci by se dalo určitě něco změnit, ale konkrétní změny v tuto chvíli neuvádí. V průběhu dalšího používání se třeba objeví něco, co by víc vyhovovalo, nebo něco co zpočátku vyhovovalo, následně nevyhovuje. Líbí se jí, že ubyly 2 formuláře k vypisování. Dle jejího názoru jsou v inovované dokumentaci zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta. Nic co by zde chybělo, jí nenapadá. Inovovaná dokumentace je, dle jejího názoru, určitě použitelná v praxi.

### **Respondent č. 3 / S 3 /**

Respondentem č. 3 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 1 rok. Udává, že jí inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje. Je zde snaha o zjednodušení. Zjednodušené a zlepšené jsou i inovované ošetrovatelské diagnózy. Na ošetrovatelské dokumentaci by se jistě dalo ještě ledacos změnit. Jako příklad uvádí, dle jejího názoru zbytečné hodnocení rizika pádu na oddělení ARO, kde toto riziko mají všichni pacienti. Dále jí ještě připadá velmi obsáhlé zaznamenávání aplikace transfuzí, kde jsou nutné 3 - 4 podpisy + razítka sestry a 3 podpisy + razítka lékaře. Jistě je nutno vše zadokumentovat, ale někdy je zadokumentování zbytečně obsáhlé. Inovovaná dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Již jí nepadá nic, co by bylo potřeba přidat, nebo co by chybělo. Inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci lze zcela jistě používat v praxi.

### **Respondent č. 4 / S 4/**

Respondentem č. 4 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 12 let. Udává, že jí inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje. Je zjednodušená, snáze se v ní orientuje. Ošetrovatelské diagnózy jsou zjednodušené a lépe formulované. I v inovované ošetrovatelské dokumentaci by se dalo něco změnit. V průběhu používání po delší dobu se teprve ukáže, co vyhovuje a co je třeba změnit. Inovovaná ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Dle jejího názoru lze inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci používat v praxi. Týká se to inovovaných ošetrovatelských diagnóz i ostatní inovované dokumentace.

### **Respondent č. 5 /S 5/**

Sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 5 let. Udává, že jí inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje. Určitě je lepší, že snížil počet vypisovaných formulářů v dokumentaci. Lépe jsou udělané i ošetrovatelské diagnózy. Vše je jednodušší. Dle jejího názoru by bylo možno ještě přidat nějaké ošetrovatelské diagnózy. Konkrétně, ale neuvádí. V inovované ošetrovatelské dokumentaci jsou dostatečně zahrnutы všechny oblasti péče o pacienta, a tudíž si myslí, že není potřeba

již nic přidávat. Inovovaná ošetrovatelská dokumentace se dá určitě v praxi používat a je v současnosti na oddělení používána.

#### **Respondent č. 6 /S 6/**

Respondentem č. 6 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava, která délku praxe neuvádí. Udává, že jí inovovaná dokumentace vyhovuje, a to jak ošetrovatelské diagnózy, tak i ostatní dokumentace. Změnou v inovované dokumentaci, by bylo zrušení ošetrovatelských diagnóz, které jí připadají „tak nějak zbytečné“. V ošetrovatelské dokumentaci, která byla inovována, jsou podle jejího názoru zahrnuty dostatečně všechny oblasti péče o pacienta a rozhodně by už nic nepřidávala. Dle jejího názoru, který, ale nepodkládá konkrétními argumenty a důvody pro toto tvrzení, inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci nelze používat v praxi. Zřejmě to, ale souvisí s názorem na zrušení ošetrovatelských diagnóz.

#### **Respondent č. 7 / S 7 /**

Respondentem č. 7 je sestra pracující na ARO Jihlava již několik let, přesně neuvádí. Dle jejího názoru je dokumentace lepší, je zjednodušená a určitě jsou zjednodušeny i ošetrovatelské diagnózy. V tuto chvíli by již nic neměnila, uvidí se během delšího používání. Dokumentace jak inovovaná tak i předcházející zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci lze určitě v praxi používat a na oddělení je v současné době používána.

#### **Respondent č. 8 / S 8 /**

Respondentem č. 8 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava, která neuvádí přesný počet let. Ošetrovatelská dokumentace, která byla inovována, je určitě lepší než ta předtím. Ošetrovatelské diagnózy, které byly inovovány, jí moc nevyhovují. Připadá jí, že ty předchozí byly lepší. Asi by v tuto chvíli nic neměnila, dokumentace je dobře udělaná. Udává, že by ošetrovatelské diagnózy zatím ponechala, třeba si na ně ještě zvykne. Ošetrovatelská dokumentace zahrnuje vše co je potřeba, momentálně

by již nic nepřidávala. Tuto inovovanou dokumentaci asi lze používat. Je jednodušší, přehlednější a hlavně ubyly 2 formuláře na vypisování.

#### **Respondent č. 9 /S 9/**

Respondentem č. 9 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava 6 let. Udává, že dokumentace po inovaci je lepší. Ošetrovatelské diagnózy mají lepší formulace a dokumentace je celkově jednodušší. Změna v inovované dokumentaci by se asi nějaká dala provést, ale v tuto chvíli momentálně neudává jaká. Je potřeba, aby se změny dělaly během delšího používání dokumentace, kdy se nejspíše odhalí to, co vyhovuje a co nevyhovuje. V ošetrovatelské dokumentaci jsou dostatečně zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta. Ošetrovatelská dokumentace, která se v současné době na oddělení používá, je ta inovovaná a zcela jistě jí lze v praxi používat.

#### **Respondent č. 10 / S 10 /**

Respondentem č. 10 je sestra pracující na oddělení ARO Jihlava, počet let praxe neuvádí. Udává, že inovovaná ošetrovatelská dokumentace jí vyhovuje. Je jednodušší a hlavně ubyly 2 formuláře, které se předtím vypisovaly. Je to záznam o glykemiích a záznam o hodnocení bolesti. Ošetrovatelské diagnózy jsou lepší, i když si jimi není zcela jistá. Asi by v dokumentaci již nic neměnila, když si na něco zvykne tak se to zase změní a je pak delší doba, kterou musí věnovat vypisování dokumentace. V dokumentaci jsou asi zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta dostatečně, rozhodně by již nic nepřidávala. Dokumentace se již používá, celkem vyhovuje, tak jí dle jejího názoru, lze v praxi používat. Pokud by něco nevyhovovalo nebo nebylo vhodné k používání, pak se to nejspíše odhalí během používání a práce s dokumentací.

#### 4.3.1.1 Kategorizace dat sestry – tabulky

Tabulka 13 - Délka praxe - sestry

Tabulka 14 - Vyhovující inovovaná ošetrovatelská dokumentace - sestry

Tabulka 15 - Změny v inovované ošetrovatelské dokumentaci - sestry

Tabulka 16 - Oblasti péče o pacienta - sestry

Tabulka 17 - Použití inovované ošetrovatelské dokumentace v praxi - sestry

**Tabulka 13 – Délka praxe - sestry**

Respondent	S 1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Délka praxe / let	8	1	1	12	5	N	N	N	6	N

Z celkového počtu 10 respondentů, udává 1 respondent praxi na oddělení ARO Jihlava 12 let, 1 respondent udává praxi na oddělení ARO Jihlava 8 let, 1 respondent udává 5 let praxe na oddělení ARO Jihlava, 2 respondenti udávají 1 rok praxe na oddělení ARO Jihlava a 4 respondenti délku praxe na oddělení ARO Jihlava neudávají.

**Tabulka 14 Vyhovující inovovaná ošetrovatelská dokumentace - sestry**

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	Celkem
Dokumentace je lepší	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Ošetrovatelské diagnózy byly lepší původní	X							X			2
Ošetrovatelské diagnózy jsou lepší		X	X	X	X	X			X		6
Dokumentace je jednodušší			X	X			X		X		4
Ošetrovatelské diagnózy jsou asi lepší, i když si jimi není jistá										X	1
Dokumentace nevyhovuje											0

Respondenti uvádějí více možných odpovědí. Z celkem 10 respondentů, udává 10 respondentů, že jim dokumentace vyhovuje. Jako lepší hodnotí předchozí ošetrovatelské diagnózy 2 respondenti, naopak 6 respondentů udává, že inovované ošetrovatelské diagnózy jsou lepší, 1 respondent udává, že inovované ošetrovatelské diagnózy jsou asi lepší, ale není si jimi úplně jistý. 4 respondenti uvádí, že dokumentace je jednodušší. Žádný z respondentů neuvádí, že mu dokumentace nevyhovuje.



**Tabulka 15 Změny v inovované ošetrovatelské dokumentaci - sestry**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Celkem
Nic neměnit	X						X	X		X	4
Určitě by se dalo něco změnit		X	X	X					X		4
Zrušit hodnocení rizika pádu			X								1
Přidat ošetrovatelské diagnózy					X						1
Zrušit ošetrovatelské diagnózy						X					1

Respondenti udávají více možností. Z celkového počtu 10 respondentů si 4 respondenti myslí, že by se dalo něco změnit a naopak 4 respondenti by neměnili již nic. Zrušení hodnocení rizika pádu uvádí 1 respondent. Zrušení ošetrovatelských diagnóz uvádí 1 respondent a naopak 1 respondent by přidal ošetrovatelské diagnózy.

**Tabulka 16 Oblasti péče o pacienta - sestry**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Celkem
Obsahuje vše	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Něco chybí											0

Z celkem 10 respondentů si všichni myslí, že inovovaná ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Nikdo z respondentů neudává, že by některé oblast v dokumentaci chyběla.

**Tabulka 17 Použití inovované ošetrovatelské dokumentace v praxi - sestry**

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Celkem
Dokumentaci lze v praxi používat		X	X	X	X		X	X	X	X	8
Dokumentaci lze v praxi používat, ošetrovatelské diagnózy nelze používat	X										1
Dokumentaci nelze v praxi používat						X					1

Z celkem 10 respondentů, si 8 respondentů myslí, že inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci lze v praxi používat, 1 respondent si myslí, že inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci lze v praxi používat, ale inovované ošetrovatelské diagnózy v praxi používat nelze. 1 respondent se domnívá, že inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci v praxi používat nelze.

### **4.3.2 Rozhovory lékaři**

Pro potřeby výzkumného šetření budou respondenti- sestry označeni v rozhovorech i tabulkách S1 - S10 a respondenti lékaři L 1 - L 4 .

#### **Respondent č. 1 / L 1/**

Respondentem č.1 je lékař pracující resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že inovovaná dokumentace je určitě lepší. Hodnotí spíše záznamové formuláře. Stran ošetrovatelských diagnóz se nevyjadřuje, protože ty pro lékaře nejsou až tak důležité a jejich význam není dle jeho názoru, až tak jasný. V dokumentaci, nejen ošetrovatelské se určitě vždycky dá něco změnit, podle potřeby během používání. V této chvíli, je dokumentace vyhovující potřebám oddělení, proto není potřeba nic měnit. Možná jen zrušit ošetrovatelské diagnózy. Jako lékař je nepotřebuje a jejich smysl mu není úplně jasný. Dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Inovovaná dokumentace lze zcela jistě používat v praxi, která postupně odhalí případné nedostatky.

#### **Respondent č. 2 / L 2/**

Respondentem č. 2 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Uvádí, že inovovaná ošetrovatelská dokumentace je, myšleno tím záznamy FF, ordinací, bilancí tekutin, určitě lepší než dokumentace předchozí. Dokumentace byla inovována, možná by se dalo ještě něco změnit, ale v současné době je vyhovující. Je jednodušší a přehlednější. V dokumentaci jsou v dostatečném rozsahu zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta, není nutné již nic přidávat. Inovovanou dokumentaci lze úspěšně používat v praxi.

#### **Respondent č. 3 /L 3/**

Respondentem č. 3 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že inovovaná dokumentace je lepší a více vyhovující. Ošetrovatelské diagnózy nejsou hodnoceny, lékaři je nepoužívají. Na dokumentaci všeobecně je možné něco změnit. Důležité je, aby vše odpovídalo standardům a akreditačním normám. V tuto chvíli se domnívá, že není potřeba měnit nic. V dokumentaci jsou zahrnuty všechny oblasti

péče o pacienta. Inovovaná dokumentace je lepší, lze jí používat v praxi a také je na oddělení používána.

#### **Respondent č. 4 / L 4/**

Respondentem č. 4 je lékař pracující na resuscitační stanici ARO Jihlava. Udává, že dokumentace po inovaci je určitě lepší než dokumentace předchozí. Je jednodušší a přehlednější. Hodnocení inovovaných ošetrovatelských diagnóz musí udělat sestry, které s nimi pracují. Lékaři je nepoužívají, proto je nemohou hodnotit. Na dokumentaci všeobecně je vždycky možné něco změnit, ale vždy tak, aby to odpovídalo potřebám oddělení, standardům oddělení, zařízení a zákonným normám. V současné době vše odpovídá, a proto není potřeba nic měnit. V používané dokumentaci jsou zcela určitě zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta. Jelikož se dokumentace na oddělení již nějaký čas používá, a vesměs všem vyhovuje, tak jí lze zcela jistě v praxi používat.

#### 4.3.2.1 Kategorizace dat lékaři

Tabulka 18 - Vyhovující inovovaná ošetrovatelská dokumentace - lékaři

Tabulka 19 - Změny v inovované ošetrovatelské dokumentaci - lékaři

Tabulka 20 - Oblasti péče o pacienta - lékaři

Tabulka 21 - Použití inovované ošetrovatelské dokumentace v praxi - lékaři

**Tabulka 18 Vyhovující inovovaná ošetrovatelská dokumentace - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Inovovaná dokumentace je lepší, nehodnotí ošetrovatelské diagnózy	X		X	X	3
Inovovaná dokumentace je lepší		X			1
Inovovaná dokumentace nevyhovuje					0

Z celkového počtu 4 respondentů uvádí 3 respondenti, že inovovaná dokumentace je lepší, ale nehodnotí ošetrovatelské diagnózy. Zbývající 1 respondent si myslí, že inovovaná ošetrovatelská dokumentace je lepší. Nikdo z respondentů neuvádí, že by inovovaná ošetrovatelská dokumentace nevyhovovala.

**Tabulka 19 Změny v inovované ošetrovatelské dokumentaci - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	celkem
Nic neměnit		X	X	X	3
Zrušit ošetrovatelské diagnózy	X				1

Z celkového počtu 4 respondentů se 1 respondent domnívá, že změnou by bylo zrušení ošetrovatelských diagnóz. Další 3 respondenti by v současné době nic neměnili, dokumentace je vyhovující.

**Tabulka 20 Oblasti péče o pacienta - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	celkem
Zahrnuje všechny oblasti	X	X	X	X	4
Některá oblast chybí					0

Z celkového počtu 4 respondentů se všichni 4 domnívají, že inovovaná dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta. Nikdo z respondentů neuvádí, že některá oblast péče o pacienta chybí.

**Tabulka 21 - Použití inovované ošetrovatelské dokumentace v praxi - lékaři**

	L 1	L 2	L 3	L 4	Celkem
Inovovanou dokumentaci lze používat v praxi		X	X	X	3
Inovovanou dokumentaci lze používat v praxi, která odhalí nedostatky	X				1
Inovovanou dokumentaci nelze používat v praxi					0

Z celkového počtu 4 respondentů si 3 respondenti myslí, že inovovanou dokumentaci lze používat v praxi, 1 respondent si myslí, že inovovanou dokumentaci lze používat v praxi, která odhalí případné nedostatky a nikdo z respondentů neudává, že by se inovovaná dokumentace nedala v praxi používat.

## 5. Diskuse

Téma diplomové práce: „Analýza a inovace vybrané ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny“, bylo zvoleno záměrně pro svoji aktuálnost. Dokumentace a to nejen ošetrovatelská je důležitou a nedílnou součástí léčby pacientů. Což možná zní jako nesmysl, ale je pravdou, že vše co má být u pacienta provedeno, co již provedeno bylo nebo co se zjistilo nebo změnilo, musí být zdokumentováno a to je právě ta důležitá součást léčby. Jak by mohl být podán pacientovi nějaký lék nebo provedeno nějaké vyšetření, pokud by to nebylo napsáno? Jak by se předešlo omylu a záměně léků nebo pacienta, kdyby nebyla vedena dokumentace? Pokud si odpovíme na tyto otázky pak je nám jasné, že dokumentace je opravdu velice důležitá. Máme na mysli dokumentaci, která je vedena správně, pravdivě a pečlivě. V nedávné minulosti, právě shodou několika okolností, mezi které patřilo a také nesprávným postupem při vedení dokumentace došlo v třebíčské porodnici k záměně novorozenců. Proto jak uvádí Frantálová a Kopecká (10) dokumentace nesmí být nutným zlem. Velice důležitou zásadou při vedení dokumentace je pravdivé a pečlivé zaznamenávání skutečností a samozřejmostí je dodržování všech právních a etických norem, které jsou pro tuto oblast stanoveny.

Práce měla stanoveny 6 cílů a z nich vyplývajících 6 výzkumných otázek. Výzkumné šetření probíhalo ve 3 na sebe navazujících etapách. I etapa spočívala v analýze používané ošetrovatelské dokumentace na ARO Jihlava. Této etapy výzkumného šetření se týkaly cíle 1 - 4 a také výzkumné otázky 1-4.

Cíl 1 : *Analyzovat stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou na oddělení intenzivní medicíny, což je v našem případě ARO Jihlava. Aby bylo možno splnit tento cíl a zároveň odpovědět na výzkumnou otázku: Jaké oblasti ošetrovatelské péče zahrnuje stávající ošetrovatelská dokumentace používaná na ARO Jihlava, bylo nutno tuto dokumentaci získat a provést její analýzu. Byla oslovena vrchní sestra oddělení ARO Jihlava s prosbou o zapůjčení dokumentace, která byla zapůjčena, analyzována z hlediska obsahu. Jak uvádí Policar (27) a konkrétně vyhláška o zdravotnické dokumentaci (48), je oddělení či zdravotnické zařízení povinno vést zdravotnickou*



dokumentaci o pacientovi. Ošetrovatelská dokumentace nemusí být vedena samostatně. Záznamy týkající se ošetrovatelské péče mohou být součástí chorobopisu či jiné součásti zdravotnické dokumentace. Zpravidla je, ale nyní již ošetrovatelská dokumentace, vedena samostatně a je považována za běžnou součást dokumentace pacienta. Analýzou ošetrovatelské dokumentace používané na ARO Jihlava, bylo zjištěno, že skládá z několika součástí. Záznamy FF, bilancí tekutin, ordinací a jejich plnění jsou součástí záznamového dekursu, který je společný pro lékaře i sestry. Frekvence a rozsah měření FF je dáno vypracovanými protokoly oddělení. Rozhodující je samozřejmě stav pacienta. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou samostatné formuláře – ošetrovatelská příjmová a propouštěcí/překladová zpráva, záznam o sledování glykemií, sledování bolesti – VAS, záznamy o bazální stimulaci. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou také ošetrovatelské diagnózy. Dle systému zavedeného v tomto zařízení, jsou připraveny a uloženy v PC. Každá sestra je podle stavu svého pacienta aktualizuje, upraví, vytiskne a založí do dokumentace pacienta k dalšímu užití. Jelikož se jedná o oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti v závažném stavu, se selhávajícími základními životními funkcemi a v širokém spektru onemocnění, tak i ošetrovatelské diagnózy musí být zaměřeny právě tímto směrem. Je nutno přihlídnout k potřebám pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče. Jak udává Kapounová (15) potřeby pacienta v intenzivní péči jsou zejména potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti, bezpečí a jistoty.

Potřeba dýchání, se kterou úzce souvisí také srdeční činnost, je právě v ošetrovatelských diagnózách na ARO zastoupena dostatečně. Jedná se o základní životní funkce, které musí být velice pečlivě monitorovány a sledovány. Další potřebou pacienta v intenzivní péči, je potřeba výživy. Je jasné, že pacient ve vážném stavu potřebuje jiný příjem energie než zdravý člověk. Proto je nezbytné zajištění dostatečného příjmu energie pomocí parenterální nebo enterální výživy. S příjmem potravy souvisí vyprazdňování, které je základní biologickou funkcí organismu a je nutno jej sledovat. Potřeba soběstačnosti pacienta je též nesmírně důležitá. I když na ARO jsou hospitalizováni většinou pacienti v bezvědomí, na UPV a neschopní sebezpečí, je nutno se snažit pacienta motivovat a dle možností zapojovat do péče

o sebe. Za každý sebenepatrnější úspěch je nutné pacienta pochválit a tím ho motivovat k větší snaze. Se soběstačností souvisí potřeba bezpečí a jistoty a proto jsou pacientům jsou umožněny návštěvy blízkých osob. Vždy, ale s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu pacienta a možnostem oddělení.

Při ošetřování pacientů, i když jsou v bezvědomí, je nutno s nimi komunikovat. I když je v bezvědomí, je potřeba mu říct co budu dělat a proč, jestli to bude bolet nebo to bude nepříjemné. Na oddělení ARO Jihlava se zabývají konceptem bazální stimulace. Při příjmu pacienta zaveden záznam - Biografická anamnéza - o tom co má pacient rád a co nemá. Co se mu líbí a co naopak nesnáší. Na základě biografické anamnézy je stanoven denní plán bazální stimulace. Předpokládá spolupráce s rodinou pacienta, vytvoření prostředí, které je mu blízké. Na pokojích pacientů jsou obrázky jeho blízkých nebo jiné oblíbené předměty. Pokud rodina přinese pacientovi CD s jeho oblíbenou hudbou, je možné mu tuto hudbu pouštět. Je používáno barevné povlečení a různé polohovací pomůcky. Pokud rodina přinese pacientovi oblíbené mýdlo, je možné jej používat. Tato metoda je určitě velice přínosná při léčbě pacientů a jsou zaznamenány velké úspěchy při jejím používání.

K vypracování nejčastěji používaných ošetřovatelských diagnóz, bylo přistoupeno pro ulehčení práce sester. Pro zavedení jednotného systému pro tvorbu těchto diagnóz a hlavně pro plánování ošetřovatelské péče o pacienty. Nejčastěji používané ošetřovatelské diagnózy se týkají právě zmíněných potřeb pacienta. Protože se jedná o akutní oddělení, kde je nutno reagovat na každou změnu zdravotního stavu pacienta okamžitě, mohou mít někdy sestry pocit, že je tvorba ošetřovatelských diagnóz zdržuje, stresuje a odvádí od péče o pacienta. Jak uvádí Ščeponcová (30) tvorba ošetřovatelských diagnóz striktně podle systému NANDA taxonomie II, by mohla být pro některé sestry problematická a mohla by působit další odmítavé postoje sester k této problematice. Na toto reaguje Čablová (5), která udává, že je potřeba při ošetřování pacientů používat samostatné myšlení a zdravý selský rozum. Jedná o poměrně novou věc, která je zaváděna do praxe. Jak již bylo zmíněno, některé sestry mohou mít pocit, že věc zbytečnou a zdržující je od práce s pacientem. Je potřeba sestry k jejich

používání motivovat a ne je ještě více odrazovat od jejich používání. Je dobré pro jednotlivá oddělení, podle jejich zaměření, vytvořit nejčastěji používané ošetrovatelské diagnózy, spolu s kritérii, cíli a intervencemi a používat diagnózy aktualizované pro jednotlivého pacienta. Tyto diagnózy postupně upravovat, podle potřeb oddělení, formulovat a kódovat dle NANDA taxonomie II. Do jejich tvorby zapojit všechny členy ošetrovatelského týmu. Sestry tímto budou motivovány jistě více, než pokud jim bude přesně nařízeno a vytvořeno něco, co jim třeba nebude vyhovovat, nebo nebude odpovídat představám o jejich práci. Vždy je nutno akceptovat potřeby a zvyklosti oddělení a standardy oddělení a zařízení. V rámci celé Nemocnice Jihlava jsou vytvořeny ošetrovatelské diagnózy dle potřeb jednotlivých oddělení. Ty jsou uloženy v PC, aktualizovány dle stavu pacient, vytištěny a je s nimi pracováno. Proto byl tento zavedený systém ponechán, i když byly provedeny změny v ošetrovatelských diagnózách. Proto právě naším cílem při inovaci ošetrovatelských diagnóz byla snaha o jejich zjednodušení. Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou záznamy o ranách, kam se píše typ rány, lokalizace, léčba a postup hojení.

Tímto byla nalezena odpověď na výzkumnou otázku 1 : *Jaké oblasti ošetrovatelské péče zahrnuje stávající ošetrovatelská dokumentace používaná na pracovišti intenzivní medicíny – ARO Jihlava?*

Po analýze dokumentace následovala další část I. etapy výzkumného šetření, která spočívala v provedení polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a lékaři pracujícími na ARO Jihlava. Soubory sester tvořilo 10 respondentů a soubory lékařů zahrnovaly 4 respondenty. Rozhovory v této etapě výzkumného šetření byly odlišné pro lékaře a pro sestry. Rozhovory pro sestry obsahovaly 7 otázek a rozhovory pro lékaře 4 otázky. K této části výzkumného šetření se vztahovaly cíle 2,3,4.

Sestrám byla nejdříve položena otázka týkající se délky jejich praxe na tomto oddělení. Jednalo o identifikační otázku. Bylo zjištěno, že sestry v souboru mají praxi ARO Jihlava v rozmezí 2 -12 let a 4 sestry nám délku praxe neuvedly / tabulka 1/.

Jedním z cílů práce bylo, zjistit jaké oblasti péče o pacienta má dokumentace obsahovat. Otázka v rozhovoru se sestrami týkala obsahu ošetrovatelské dokumentace. Z rozhovorů byla zjištěna jednoznačná odpověď, že dokumentace zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta /tabulka 2/. Na ARO jsou hospitalizováni pacienti s rozličným spektrem onemocnění, ve vážném stavu, proto i dokumentace musí být v rozsáhlém spektru a nelze ji zaměřit pouze na určitou oblast. Je nutné pečlivé sledování a zaznamenávání hodnot FF, bilancí tekutin, invazivních vstupů, ordinací lékaře a jejich plnění. Důležité je také sledování akutních změn stavu pacienta. Systém a organizace péče musí být na ARO jiný než na oborových odděleních intenzivní péče. Dle Zadáka (50) je jiný systém péče na odděleních intenzivní péče interních oborů, jiný na chirurgicky zaměřených odděleních intenzivní péče a úplně jiná jsou specifika intenzivní péče v pediatrii.

Dále jsme v rozhovorech se sestrami zjišťovali, zda jim vyhovuje dokumentace používaná na jejich oddělení. Odpovědi byly překvapivé a pro naši práci příznivé /tabulka 3/. Příznivé pro nás bylo zjištění, že 5 respondentek udává, že jim sice dokumentace vyhovuje, ale chtělo by to provést nějakou změnu. Respondentka S 10 udává, že jí vyhovuje forma, ale měl by být změněn obsah. Respondentka S 3 udává, že jí vyhovuje obsah, ale změnila by formu. Zbývající respondentky udávají, že jim dokumentace vyhovuje, nic by neměnily, protože jsou již zvyklé na tuto dokumentaci.

Změnami v dokumentaci, již konkrétními se zabývala další otázka v rozhovoru. Dle názoru respondentek /tabulka 4/ je hlavní změnou, která je celkem jednoznačná rozdělení dokumentace na část lékařskou a ošetrovatelskou. Konkrétně se toto rozdělení týká dekurzu - společného záznamového archu pro lékaře i sestry. Rozdělení by provedlo 7 respondentek, které současně s rozdělením uvádí též změnu v obsahu dokumentace. Jako důvod rozdělení je uváděno hlavně zjednodušení a zpřehlednění dokumentace. Změna obsahu by souvisela s umístěním formulářů, které jsou nyní zvlášť, na uvolněné místo po odstraněných lékařských záznamech. Zbývající respondentky by na dokumentaci nic neměnily a doslova udávají: „Hlavně nic neměňte,

když už jsme si na tu dokumentaci všichni zvykli“. Naopak 5 respondentek by provedlo změny v ošetrovatelských diagnózách. Během analýzy bylo zjištěno, že některé diagnózy jsou složitě skládané a někdy zbytečně obsáhlé. Nejsou formulovány, přesně podle pravidel NANDA taxonomie II, ale jelikož tato formulace sestrám vyhovuje, bude na jejich žádost ponechána. Bude ponechána formulace: problém z důvodu a následně projevy. Představa respondentek o změnách v ošetrovatelských diagnózách spočívala hlavně v jejich zjednodušení, zlepšení formulací a někdy i spojení dohromady. Další změna, kterou uvádí 4 respondentky, by souvisela s celkovým zjednodušením ošetrovatelské dokumentace. Výsledky z těchto otázek v rozhovoru nám dají odpověď na výzkumné otázky 2 a 3.

Výzkumná otázka 2 : *Jaké oblasti stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny sestrám nevyhovují?* Odpověď je úplně jednoduchá. Nevyhovují jim ošetrovatelské diagnózy a společná dokumentace s lékaři a velké množství dalších formulářů.

S tímto výsledkem souvisí také odpověď na výzkumnou otázku 3 : *V jakých oblastech je možné stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou na pracovišti intenzivní medicíny inovovat?* V rámci inovace by se měla rozdělit dokumentace na část ošetrovatelskou a část lékařskou. Inovace by měla být provedena také v oblasti ošetrovatelských diagnóz. Dokumentace by měla být celkově zjednodušena.

Jelikož mají být provedeny změny v ošetrovatelské dokumentaci, je třeba zjistit jaký typ dokumentace je sestrami preferován. Zda jim více vyhovuje dokumentace zaškrťovaná, nebo vypisovaná /tabulka 5/. Bylo zjištěno, že sestry preferují dokumentaci zaškrťovanou – celkem 8 respondentek, ale současně 5 respondentek uvádí, že záleží na konkrétní situaci. Pokud je třeba zaznamenat údaje o ranách nebo akutní změně stavu pacienta, je lepší vše vypsát a popsat konkrétní situaci. Záznamy FF nebo invazivní vstupy je lépe zaškrťávat. Nejvýstižněji to udává respondentka S10, která si myslí, že každá dokumentace má své výhody. A právě odpovědi na tyto 2 otázky byly velice důležité pro postup při inovaci dokumentace. Měla by být rozdělena na část lékařskou a ošetrovatelskou, mělo by být změněno umístění součástí dokumentace, zjednodušeny

ošetřovatelské diagnózy a také by měla být dokumentace zaškrťována, ale v některých oblastech vypisovaná. Úkol opravdu nelehký.

Během výzkumného šetření jsme se rozhodli zjistit, jaký názor mají sestry na přínos ošetřovatelské dokumentace pro péči o pacienta / tabulka 6/. Výsledky byly překvapivé a některé odpovědi obsahovaly více možností a postřehů. Překvapivě jednoznačně si sestry myslí, že ošetřovatelská dokumentace je přínosem pro péči o pacienty, pouze 1 respondentka si přínosem ošetřovatelské dokumentace není zcela jistá. Polovina respondentek se domnívá, že vede ke zlepšení péče, které souvisí s lepší návazností péče, lepším přehledem o kontrole a možnostech sledovat péči o pacienty jako celek. Výsledek, který nás překvapil, souvisí s právními normami, je to názor 5 respondentek, které si myslí, že ošetřovatelská dokumentace je přínosem pro ochranu pacientů i personálu. Ochrana pacientů souvisí s dodržováním ordinací lékaře, správným postupem v léčbě, dodržování práv pacientů (7), podávání dostatku informací pacientovi a jeho blízkým a s dodržováním právních a etických norem. Je potřeba si uvědomit, že správně a podle všech pravidel vedená dokumentace je velice důležitá i pro ochranu personálu. Dle Vondráčka (39,42) by vztah zdravotník - pacient měl být rovnoprávný. Ve společnosti však stále převažuje názor, že pacient má právo si stěžovat na zdravotníky, ale zdravotník má nevhodné chování pacienta tolerovat a omlouvat. Jak je uvedeno v Listině základních práv a svobod (23), jsou si všichni rovni v důstojnosti a právech, proto by neměly být činěny rozdíly mezi pacientem a zdravotníkem. A to je jedním z důvodů proč je do dokumentace nutno vše zaznamenávat, i když se nám to třeba nejeví v daném okamžiku podstatné. Dokumentace může být též součástí a důkazem při případné stížnosti nebo soudním sporu. Proto opakovaně apelujeme na správné přesné, pečlivé a pravdivé vedení dokumentace.

Další otázky v rozhovorech se sestrami se týkaly cíle 4: *Zjistit, zda lékaři využívají data ze stávající ošetřovatelské dokumentace používané na daném pracovišti.* K této problematice byly sestrám v rozhovoru položeny 2 otázky. V jedné otázce jsme zjišťovali, zda lékaři pracují s ošetřovatelskou dokumentací / tabulka 7/. Výsledky opět

naprosto jednoznačné. Lékaři pracují pouze s některými daty z ošetrovatelské dokumentace. Jako příklad byly udávány zápisy FF, bilance tekutin plnění ordinací a výsledky vyšetření. Již méně, nebo vlastně skoro vůbec, nepoužívají záznamy o ranách. Zcela určitě nepracují s ošetrovatelskými diagnózami. V této souvislosti jsme také zjišťovali přínos dat z ošetrovatelské dokumentace pro lékaře v léčbě pacientů /tabulka 8/. Názor 5 respondentek je, že data z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosná. 4 respondentky si myslí, že data z ošetrovatelské dokumentace jsou pro lékaře přínosná, ale je důležité, aby sestra na vzniklou situaci lékaře upozornila. Zbývající respondentka si myslí, že ošetrovatelská dokumentace je pro lékaře přínosná, ale mohla by jí být ze strany lékařů věnována větší pozornost.

Po provedení rozhovorů se sestrami byly provedeny rozhovory s lékaři, kterým byly položeny 4 otázky týkající se používání ošetrovatelské dokumentace na ARO Jihlava. Nejdříve bylo nutno zjistit, zda je dle názorů lékařů, na jejich oddělení ošetrovatelská dokumentace používána a co do ošetrovatelské dokumentace patří. Na otázku zda je na jejich oddělení ošetrovatelská dokumentace používána, odpovídají všichni svorně, že ano / tabulka 9/. Mezi ošetrovatelskou dokumentaci zařazují lékaři záznamy FF, bilancí tekutin, plnění ordinací – prostě ty záznamy, které provádějí sestry. Lékaři uvádějí, že na oddělení je používána také specificky ošetrovatelská dokumentace jako například ošetrovatelské diagnózy. Ty pro lékaře nejsou důležité, protože s nimi nepracují. Toto také dokazují názory sester, které jednoznačně vyjadřují, že lékaři pracují pouze s některými daty z ošetrovatelské dokumentace / tabulka 7/. Porovnání těchto výsledků – názorů lékařů a sester nám odpoví na výzkumnou otázku 4 : *Využívají lékaři data z ošetrovatelské dokumentace?* Lékaři data využívají, ale ne všechna.

V rozhovorech s lékaři jsme zjišťovali jejich názory na přínos dat z ošetrovatelské dokumentace, pro ně jako lékaře, při léčbě pacientů. Lékaři udávají, že ošetrovatelská dokumentace je pro ně přínosná, data jsou důležitá. Je potřeba si uvědomit, co je lékaři považováno za ošetrovatelskou dokumentaci, se kterými daty lékaři pracují. To je dobře vidět při porovnání odpovědí sester a lékařů na stejnou otázku. Lékaři udávají, že jsou pro ně data z ošetrovatelské dokumentace přínosná /tabulka 10/. Názory sester

naznačují, že lékaři s čistě ošetrovatelskou dokumentací moc nepracují. Data jsou pro ně přínosná, až po upozornění sestrou na změnu nebo akutní situaci, která nastala / tabulka 8/. Právě zde se ukazuje odlišný pohled sester a lékařů, na to co je ošetrovatelská dokumentace. Je zde také ukázána nutnost spolupráce a partnerství týmu při ošetrování a léčbě pacientů.

Další otázka, která byla položena lékařům během rozhovoru, se týkala toho, zda jim vyhovuje používaná ošetrovatelská dokumentace na jejich oddělení. Respondenti – lékaři udávají, že jim ošetrovatelská dokumentace vyhovuje, tedy ty části, se kterými pracují, i když i tato dokumentace by se dala změnit. 1 z lékařů si myslí, že ošetrovatelská dokumentace musí vyhovovat hlavně sestřím. Takže i změny, které by mohly být provedeny v ošetrovatelské dokumentaci, souvisejí s těmi částmi dokumentace, kterou lékaři používají. Poslední otázka rozhovorů s lékaři se týkala právě možných změn v ošetrovatelské dokumentaci, které by mohly být provedeny. Lékaři sice udávají, že by se dalo něco změnit, ale konkrétně je momentálně nic nenapadá /tabulka 12/. Pouze snad, že by dokumentace měla být zjednodušena. Konkrétněji odpovídá pouze 1 respondent, který by v rámci změn v ošetrovatelské dokumentaci zrušil ošetrovatelské diagnózy, jejichž smysl mu není jasný.

Provedením rozhovorů se všemi respondenty byla dokončena I. etapa výzkumného šetření. Byly vyhodnoceny rozhovory a na základě výsledků a jsme začali provádět změny a inovaci ošetrovatelské dokumentace. Nejdříve bylo na základě zjištěného, provedeno rozdělení dokumentace na lékařskou a ošetrovatelskou. Rozdělení provedli zaměstnanci oddělení na základě výsledků našich rozhovorů. Ve spolupráci s námi, která spočívala v ukázkách dokumentace z jiných zřízení. Toto rozdělení se týkalo společného dekursu, který je velkým záznamovým formulářem o několika stranách. Bylo změněno uspořádání a byly odstraněny některé záznamy lékařů. Na uvolněné místo byly přidány ošetrovatelské záznamy - záznam o glykemiích a sledování bolesti – VAS / přílohy 6 a 16/. Záznamy lékařů o vizitách a aktuálních změnách stavu pacienta, jsou nyní zaznamenávány na zvláštní arch. V ošetrovatelské dokumentaci, došlo díky



těmto změnám k redukci o 2 formuláře. Dokumentace je nyní dle našeho názoru jednodušší a přehlednější.

Na základě rozhovorů jsme se rozhodli provést změnu v ošetrovatelských diagnózách, a s tím souvisejících kriteriích, intervencích a cílech ošetrovatelské péče. Diagnózy byly ponechány v původní formulaci – problém z důvodu. Kriteria, intervence, cíle a hodnocení byly upraveny. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry preferují zaškrťávanou dokumentaci, bylo k tomu při inovaci přihlédnuto. Jak již opakovaně bylo uvedeno, v Nemocnici Jihlava s ošetrovatelskými diagnózami pracují v PC. Myslíme tím jejich upravení a aktualizaci pro jednotlivé pacienty, byly upraveny právě v této podobě. Sestra zaškrťá potřebné – cíl, příčinu, kriteria a intervence a následně i hodnocení, vytiskne si již takto upravenou diagnózu, podle které postupuje při ošetrování pacienta. Takže toto lze v podstatě považovat za dokumentaci zaškrťávanou.

Ve spolupráci s vrchní sestrou ARO byly inovované ošetrovatelské diagnózy zavedeny do praxe. Bylo potřeba vyzkoušet veškerou inovovanou dokumentaci, a proto byl nejdříve zaveden do praxe inovovaný dekurs. Po zavedení této dokumentace bylo přistoupeno k zavedení do praxe námi inovovaných ošetrovatelských diagnóz. Po 2 měsících používání jsme přistoupili k III. etapě našeho výzkumného šetření, k provedení rozhovorů a zjištění názorů na inovovanou dokumentaci. K této etapě práce se vztahovali cíle práce 5 a 6.

Opět byly provedeny rozhovory se sestrami a s lékaři, soubory obsahovaly stejný počet respondentů. Vzhledem k tomu, že není možno identifikovat jednotlivé respondenty je možné, že se nejedná o stejné respondenty jako v souborech v I. etapě. Toto, ale nijak nenaruší výsledky našeho výzkumného šetření, protože s dokumentací, používanou na oddělení pracují všichni respondenti. Výběr respondentů byl záměrný, nebyla stanovena žádná výběrová kriteria. Rozhovory v této fázi výzkumného šetření byly ještě stručnější než předchozí. Odpovědi a názory nebyly v některých případech konkretizovány a nebyly úplně přesně uváděny důvody pro tu či onu odpověď. Otázky byly tentokrát stejné pro lékaře i pro sestry. Sestrám byla ještě navíc pokládána otázka

na délku praxe na tomto oddělení. Respondentky v tomto souboru udávají praxi na tomto oddělení 1-12 let a 4 respondentky nám délku praxe neuvedly / tabulka 13/.

Cíl 5: *Zjistit, zda inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje sestřám více než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná.* Sestrám i lékařům byla položena stejná otázka. Měla zjistit, zda jim vyhovuje více inovovaná dokumentace, nebo zda byla lepší dokumentace dříve používaná. Obě skupiny respondentů shodně udávají, že jim více vyhovuje dokumentace inovovaná /tabulky 14 a 18/. Tímto je myšlena dokumentace jako celek. Proto jsme se zabývali ještě podrobnějším zkoumáním a zaměřili jsme se přímo na ošetrovatelské diagnózy. Zde jsou již názory sester a lékařů odlišné. Lékaři, kteří hodnotili inovovanou dokumentaci jako lepší, ale dodávají, že ošetrovatelské diagnózy nehodnotí, protože s nimi nepracují. Názory sester již nebyly úplně jednoznačné, 6 respondentek – sester udává, že inovované ošetrovatelské diagnózy jsou lepší a 1 sestra si myslí, že inovované ošetrovatelské diagnózy jsou lepší, ale není si jimi úplně jistá. Názor dalších 2 sester je, že dříve používané ošetrovatelské diagnózy byly lepší a tyto jim nevyhovují. Jako důvod neuvádí nic konkrétního, co by jim vadilo, ale dodávají, že na ty předchozí již byly zvyklé, a že jim nerozumí. Potěšující pro nás byla informace, že nikdo z respondentů, ať již sester tak i lékařů neuvádí, že by mu dokumentace nevyhovovala. V průběhu rozhovorů jsme ještě chtěli zjistit, zda je ještě něco co by se dalo na inovované dokumentace ještě vylepšit nebo změnit. Stejnou otázku jsme položili sestřám i lékařům a bylo zajímavé sledovat názory, které byly někdy i protichůdné / tabulky 15 a 19/. Protichůdnost v názorech je zejména v tom, že jedna ze sester udává, že by zrušila ošetrovatelské diagnózy a naopak další sestra by ještě přidala ošetrovatelské diagnózy. Další 4 sestry by již nic neměnily. Ozývá se zde i názor, že se pořád něco mění, když už si na to zvykneme, tak se to zase změní, tak už nic neměňte. Další 4 respondentky, by jistě našli ještě něco, co by se dalo změnit, ale konkrétně je nic nenapadá. Nejkonkrétnější změnu uvádí sestra S 3, která si myslí, že na ARO by se mohlo zrušit hodnocení rizika pádu, protože toto mají stejně všichni pacienti, kteří jsou zde hospitalizováni.

Tato sestra se zabývá možnou změnou ve, dle jejího názoru, zbytečně složité a obsáhlé dokumentaci. Jako příklad uvádí záznamy o transfuzi, kdy při aplikaci transfuze, je na jejich oddělení potřeba zaznamenat 3 - 4 razítka + podpisy sestry a navíc ještě 3 podpisy + razítka lékaře. Toto je, ale jak bylo zjištěno, dáno standardem zařízení, tudíž to není možno z naší strany ovlivnit. Toto je pouze příklad, který respondentka uvedla, ale prý by toho bylo ještě víc. Vesměs se jednalo o záznamy a postupy vycházející ze standardů oddělení a zařízení, které nejsme schopni ovlivnit. Názory lékařů na otázku změny inovované ošetrovatelské dokumentace byly téměř totožné. Pouze jeden lékař by provedl změnu, která by spočívala ve zrušení ošetrovatelských diagnóz, které jsou dle jeho názoru zbytečné a jejichž smysl mu není jasný. Ostatní respondenti – lékaři by v inovované dokumentaci nic neměnili.

Stejně jako v I. etapě výzkumného šetření jsme zjišťovali i nyní, zda jsou v ošetrovatelské dokumentaci zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta. Odpovědi lékařů i sester nám opět potvrdily, že je v dokumentaci obsaženo vše a již není potřeba nic přidávat /tabulky 16 a 20/. Tímto byla nalezena odpověď na výzkumnou otázku 5 : *Vyhovuje sestrám více inovovaná ošetrovatelská dokumentace než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná?* Lze odpovědět, že ano, i když byly ze strany sester určité výhrady.

Posledním cílem, který byl, stanoven, bylo *Zjistit, zda je možné zavést inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci do praxe.* Otázka v rozhovorech opět stejná. Lékaři odpovídali opět jednoznačně / tabulka 21/. Dokumentace je používána na jejich oddělení, vyhovuje jim, a proto je tedy zcela jistě použitelná v praxi. Pokud by použitelná nebyla, nebo něco nevyhovovalo, tak se to stejně ukáže jedině používáním v praxi. Dle sester lze inovovanou dokumentaci zavést do praxe. Při hlubším zkoumání bylo, ale zjištěno, že tento názor se týká dokumentace jako celku. Při cíleném dotazu na inovované ošetrovatelské diagnózy jsou již názory různé. Sestra S1 si myslí, že dokumentace je v praxi použitelná, ale ošetrovatelské diagnózy nikoli. Na konkrétní dotaz udává, že jí nevyhovují. Je to asi způsobeno tím, že na ty původní již byla zvyklá a také jak udává, je prý nechápe. Další sestrou, která udává,

že inovované ošetrovateľské dokumentaci nelze v praxi používat je, respondentka S6 , která nemá také konkrétní důvod proč, ale souvisí to asi s jejím názorem, že by zrušila ošetrovateľské diagnózy úplně. Potěšující byl pro nás názor zbývajících osmi sester, která udávají, že ošetrovateľská dokumentace a to i ošetrovateľské diagnózy je možno v praxi používat /tabulka14/. Odpověď na výzkumnou otázku 6: *Je možné zavést inovovanou ošetrovateľskou dokumentaci do praxe?*, tedy zní ano, lze jí zavést do praxe a je také používána.

Je nutno konstatovat, že výsledky práce byly potěšující. Pro sestry i lékaře je jistě přínosné zjednodušení dokumentace, které bylo provedeno. Je možné, že v průběhu dalšího používání a každodenní práce s dokumentací sestry odhalí ještě něco, co by se dalo změnit nebo něco co jim nebude vyhovovat.

## 6. Závěr

Téma diplomové práce: „*Analýza a inovace vybrané ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny*“, bylo zvoleno záměrně pro svoji aktuálnost. Za pracoviště, kde bude probíhat výzkumné šetření, bylo zvoleno ARO Nemocnice Jihlava. Práce probíhala ve 3 na sebe navazujících etapách. Bylo stanoveno 6 dílčích cílů, ze kterých vycházelo 6 výzkumných otázek.

Cíl práce 1: „*Analyzovat stávající ošetrovatelskou dokumentaci používanou na oddělení intenzivní medicíny.*“ Byla provedena analýza dokumentace, která je používána na oddělení ARO Jihlava. Z tohoto cíle vychází výzkumná otázka 1: „*Jaké oblasti péče o pacienta zahrnuje ošetrovatelská dokumentace používaná na oddělení intenzivní medicíny?*“ Analýzou ošetrovatelské dokumentace používané na oddělení ARO Jihlava, bylo zjištěno, že obsahuje záznamy FF, bilancí tekutin, ordinací a jejich plnění. Dále je zde ošetrovatelská příjmová a propouštěcí/překládová zpráva, záznam o sledování glykemií, sledování bolesti – VAS, záznamy o bazální stimulaci. Ošetrovatelské diagnózy sloužící k plánování péče a záznamy o ranách, kam se píše typ rány, lokalizace, léčba a postup hojení. Z rozhovorů prováděných na oddělení ARO Jihlava, nám vyplynulo, že sestry i lékaři si jednoznačně myslí, že dokumentace zahrnuje vše a již není co přidat.

Cíl práce 2: „*Zjistit, jaké oblasti stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny sestřám nevyhovují.*“ Ke zjištění cíle byly provedeny rozhovory se sestrami a lékaři tohoto oddělení. Po zhodnocení výsledků bylo možno odpovědět na výzkumnou otázku 2: „*Jaké oblasti stávající ošetrovatelské dokumentace používané na pracovišti intenzivní medicíny sestřám nevyhovují?*“ Sestřám nevyhovují stávající ošetrovatelské diagnózy, společná dokumentace s lékaři a velké množství formulářů.

Právě z toho vycházel cíl práce 3, který měl za úkol *zjistit, v jakých oblastech je možné stávající ošetrovatelskou dokumentaci inovovat.* Na základě tohoto cíle byla položena výzkumná otázka 3: *V jakých oblastech je možné stávající ošetrovatelskou*

*dokumentaci používanou na pracovišti intenzivní medicíny inovovat?* Odpověď není složitá. Sestrám nevyhovují, stávají ošetrovatelské diagnózy a společná dokumentace s lékaři. V inovaci jsme zaměřili právě na oblast ošetrovatelských diagnóz. Zaměstnanci oddělení provedli inovaci společného záznamového dekursu. K tomuto kroku přispěl výsledky rozhovorů a ukázky dokumentace z jiných zařízení.

Cíl práce 4 měl *zjistit, zda lékaři využívají data ze stávající ošetrovatelské dokumentace používané na oddělení intenzivní medicíny.* V rámci rozhovorů jsme zjistili, že je odlišný pohled lékařů a sester na to, co vlastně je ošetrovatelská dokumentace. Odpověď na výzkumnou otázku 4: *Využívají lékaři data ze stávající ošetrovatelské dokumentace používané na daném pracovišti?* Zjistili jsme, že lékaři data využívají, dle názoru sester, ale pouze některá. Lékaři sami udávají, že ošetrovatelské diagnózy nejsou pro ně důležité a tedy s nimi nepracují.

Cíle práce 5 a 6 se týkaly již dokumentace inovované, která byla zavedena do praxe k vyzkoušení. Cíl 5: *Zjistit, zda inovovaná ošetrovatelská dokumentace vyhovuje sestrám více než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná.* K ověření tohoto cíle byla položena výzkumná otázka 5: *Vyhovuje sestrám více inovovaná ošetrovatelská dokumentace než ošetrovatelská dokumentace dosud používaná?* Odpověď na tuto otázku, byla pro nás jistě potěšující. Námi inovované ošetrovatelské diagnózy byly uznány většinou názorů jako lepší, jednodušší a snáze použitelné. Lékaři tuto změnu nehodnotili, protože jak uvádějí, s tímto dokumentem nepracují.

Cíl 6: *Zjistit, zda je možné zavést inovovanou ošetrovatelskou dokumentaci do praxe.* Právě odpověď na výzkumnou otázku 6: *Je možné zavést inovovanou dokumentaci do praxe?*, která byla k tomuto cíli stanovena, nás měla informovat o úspěšnosti naší práce. Odpověď byla pro nás potěšující a bylo konstatováno, i když bylo několik malých výhrad, že dokumentace je použitelná v praxi a také je nyní na ARO Jihlava využívána.

Cíle práce byly splněny, odpovědi na stanovené výzkumné otázky byly zjištěny. Závěrem si dovolíme jen pár poznámek. Zdravotnická dokumentace, a to nejen

ošetřovatelská, je nutnou součástí léčby a ošetřování pacientů. A právě na oddělení intenzivní péče, kde jsou hospitalizováni pacienti ve vážném, často kritickém stavu, je její význam ještě větší. I když tím není nijak snižován význam standardních oddělení nebo třeba oddělení dlouhodobé péče, protože vždy při péči o pacienty je nutno vše zapsat a zaznamenat. Na odděleních intenzivní péče je, ale situace jiná v tom, že pacienta je nutno opravdu pečlivě sledovat a v případě jakékoliv změny okamžitě zasáhnout. A proto je nutné opakované zaznamenávání všech i sebemenších a na první pohled nedůležitých změn ve stavu pacienta. Situace ve zdravotnictví a vůbec v celém státě a myšlení lidí se mění. Pacienti jsou si stále více vědomi svých práv, častěji dochází a bude docházet ke stížnostem a žalobám z jejich strany. A proto je dokumentace též nezbytnou pomocí pro ochranu personálu a na základě správně vedené dokumentace se zjistí oprávněnost nebo neoprávněnost situace. A právě toto si musíme při vypisování záznamů všichni uvědomit. Někdy může ze strany personálu vznikat pocit, že „papíry“ jsou přednější než péče o pacienta. Je proto potřeba si uvědomit veškeré souvislosti týkající se této problematiky, s tímto seznamovat spolupracovníky, spolupracovat při inovaci dokumentace. Nadřazení by při tvorbě dokumentace naslouchat připomínkám k jejímu zlepšení, aby dokumentace pacienta nebyla považována za „zbytečné papíry“, které nejsou potřebné a zdržují od práce. Ale v úvahu musíme též brát legislativní záležitosti týkající de dokumentace. A také podle dokumentace si lze velmi snadno udělat obrázek o celém zdravotnickém zařízení, kterého se dokumentace týká a také i o poskytované péči v tomto zařízení. Proto by dokumentace a to všechny její složky neměly být podceňovány a měla by jim být věnována dostatečná pozornost.

Práce bude po obhájení předána hlavní sestře nemocnice Jihlava k zařazení do nemocniční knihovny.

## 7. Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HEROLD, C. E. . *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 1999, dotisk 2000. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. *Anesteziologicko - resuscitační oddělení* [ online ]. Dostupné z: <http://www.nemji.cz> [ Cit. 2010 - 01 – 04 ].
3. BRŮHA, D. *Obsah a způsob vedení ošetrovatelské dokumentace a právo nahlížet do ní* [online] [Cit. 2010 – 02 - 03] Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz>.
4. CARPENITO, L. J. *Handbook of Nursing Diagnosis*. 9. vyd., Philadelphia: Lipincott Wiliams & Wilkins, 2002. 669 s. ISBN 0-7817-3366-9
5. ČABLOVÁ, E., O taxonomii a zdravém rozumu. *Sestra*. Praha: 2010, 20, 1 s 7 ISSN 1210-0404
6. DOEGENES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.české přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
7. *Etický kodex práv pacientů*, [online]. Dostupné z: <http://www.nemji.cz> [Cit. 2010 – 02 - 10].
8. *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů* [online]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/> [Cit. 2010 – 02 - 13].
9. FARKAŠOVÁ, D . a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. čes.vyd., Martin : Osveta , 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8 ..
10. FRANTÁLOVÁ, D., KOPECKÁ, E. Dokumentace nesmí být nutným zlem. *Sestra*. Praha: 2007, 17, 11 s 7 ISSN 1210-0404
11. GORDON, M. *Manual of Nursing Diagnosis* , 12 vyd. Sudbery: Jones And Bartlett Publishers, 2010. 482 s. ISBN 978- 0 - 7637 - 7185 - 0



12. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*. 4 doplněné vyd. - dotisk. Brno: NCONZO, 2007, 149 s. ISBN 978-80-7013-459-7
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: IDVZP, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4
14. HOŠKOVÁ, P. Informovanost klientů /pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*. Praha: 2010, 20, 2 s 28 ISSN 1210-0404
15. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2007, 352 s. + 16 bar. příl. ISBN 978-80-247-1830-9
16. KLÁNOVÁ, M., SEMRÁD, V. Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 4 s 13 ISSN 1210-0404
17. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 6 s 12 ISSN 1210-0404
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1 čes. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 549 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2548 - 2
19. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 392 str. ISBN: 80-247-0278-9.
20. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax [Díl I]*. 1slov.vyd. Martin: Osveta, 1995, 863 s ISBN 80-217-0528-0
21. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo: koncepcia ,ošetrovatelský proces a prax [Díl II]*. 1slov.vyd. Martin: Osveta, 1995, s 863 –1474. ISBN 80-217-0528-0
22. *Level of critical care for adult patients*, [online]. Dostupné z: <http://www.ics.ac.uk> [ Cit. 2010 – 01- 29 ]
23. Listina základních práv a svobod, ve znění zákona č. 2/1993 Sb. v platném znění

24. MIKŠOVÁ, Z.a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1 aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
25. MIKŠOVÁ, Z.a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.*, 1 aktualiz. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 172 s. ISBN 80-247-1443-4
26. MINAŘÍKOVÁ, P. Monitorace pacienta. *Sestra*. Praha: 2008, 18, 7 - 8 s 42  
ISSN 1210-0404
27. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi.* 1 vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 223 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2358 - 7
28. RICHARDS, A., *Repetitorium pro zdravotní sestry.* 1 čes.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5
29. STAŇKOVÁ, M. a kol. *České ošetrovatelství 13*, 1vyd. Brno: NCONZO. 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
30. ŠČEPONCOVÁ, S. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. Praha: 2009, 19, 11 s 28.  
ISSN 1210-0404
31. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*, 1 vyd. Praha: TRITON, 2009, 159 s + 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7387-286-1
32. TÓTHOVÁ, V. *Standard „Vedení ošetrovatelské dokumentace“* [online]. Dostupné z: [http:// portalkvality.mzcr.cz](http://portalkvality.mzcr.cz) [ Cit. 2010 – 04 -12 ].
33. Úmluva o lidských právech a biomedicíně ze dne 1. 10. 2001 v platném znění
34. VAŠÁKOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici.* 1.vyd. Brno: IDVZP, 2001, 43 s. ISBN 80-7013-327-9
35. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [ online ]. Dostupné z: <http:// www. cnna.cz> [Cit. 2010 – 01 - 06]

36. VONDRÁČEK, J. Cizí jazyk v ošetrovateľskej dokumentácii. *Sestra*. Praha, 2003, XIII, 12 s 14 ISSN 1210-0404 /24/
37. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovateľství v praxi 12*. Brno: NCONZO, 2005, 74 s. ISBN 80-7013-376-7
38. VONDRÁČEK, J., SMITTOVÁ J. Význam fotodokumentace v ošetrovateľskej péči. *Sestra*. Praha: 2005, XV, 4 s 29. ISSN 1212- 0404
39. VONDRÁČEK, L. *Právni predpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada publishing a.s., 2005. 100 s. ISBN 80 -247-1198-2
40. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovateľskej péče II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3
41. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovateľskej péče I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 68 s. ISBN 80-247- 0705 - 5
42. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovateľskej péče*. 1. vyd. Praha: Galen, 2006. 30 s. ISBN 80- 7262 – 392 - 3
43. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právni minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1 vyd. Praha: Grada Publising a.s. 2009. 95s. ISBN 978–80 – 247 – 2763 – 9
44. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace - Návod pro praxi* . 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 88 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2763 – 9
45. VONDRÁČEK, L.,LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovateľská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 72 s. ISBN 80 – 247 – 0704 - 7
46. VOROSOVÁ, G a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizacia terminologie v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta. 2007. 112 s. ISBN 978 – 80 – 8063 – 242 - 7

47. Vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se stanoví sazebník výkonů s bodovými hodnotami ze dne 9. 12. 2005 v platném znění
48. Vyhláška č. 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci ze dne 21.7 2006 v platném znění
49. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 440 / 2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení, vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ze dne 6. 12. 2000 v platném znění
50. ZADÁK, Z., HAVEL, E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 336 s. ISBN 978 -80 – 247 -2099 - 9
51. Zákon č. 101 / 2000 Sb. o ochraně osobních údajů ze dne 4. 4. 2000 v platném znění
52. Zákon č. 111/ 2007 ze dne 19. dubna 2007 kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony v platném znění
53. Zákon č. 140/1961 Sb. Trestní zákon ze dne 29. 11. 1961 v platném znění
54. Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu ze dne 29. 11. 1961 v platném znění
55. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních ze dne 4. 2. 2004 v platném znění
56. ZUZÁKOVÁ, E. Fyzikální vyšetření – metoda získávání a objektivizace údajů v ošetrovatelském procesu. *Sestra*. Praha: 2009. 19, 1 s 29 ISSN 1210-0404

## **8. Klíčová slova**

**Analýza**

**Anesteziologicko - resuscitační oddělení**

**Inovace**

**Oddělení intenzivní medicíny**

**Ošetrovatelská diagnóza**

**Ošetrovatelská dokumentace**

**Ošetrovatelská péče**

**Zdravotnická dokumentace**

## **9. Přílohy**

Příloha 1 - Personální obsazení oddělení intenzivní medicíny

Příloha 2 - Uspořádání JIP – otevřený sál

Příloha 3 - Uspořádání JIP – boxový systém

Příloha 4 - Technické vybavení oddělení intenzivní medicíny

### **Dokumentace používaná na ARO Jihlava**

Příloha 5 - Dekurs – původní

Příloha 6 - Záznamy bolesti – VAS

Příloha 7 - Příjmová sesterská zpráva

Příloha 8 - Překladová sesterská zpráva

Příloha 9 - Denní plán bazální stimulace

Příloha 10 - Biografická anamnéza pacienta

Příloha 11 - Soupis věcí pacienta

Příloha 12 - Glykemický list

Příloha 13 - Přístroje

Příloha 14 - Ošetrovatelské diagnózy - původní

### **Dokumentace inovovaná, používaná na ARO Jihlava**

Příloha 15 – Dekurs - inovovaný

Příloha 16 – Ošetrovatelské diagnózy

## **Rozhovory**

Příloha 17 - Rozhovory sestry - I etapa

Příloha 18 - Rozhovory lékaři - I etapa

Příloha 19 - Rozhovory sestry + lékaři - III etapa

**Příloha 1 - Personální obsazení oddělení intenzivní medicíny**

	<b>Nižší stupeň IP</b>	<b>Vyšší stupeň IP</b>	<b>Resuscitační péče</b>
<b>Vedoucí lékař</b>	Specializovaná způsobilost	Specializovaná způsobilost	Specializovaná způsobilost
	0,5 na stanici, denně přítomen	1, 0 na stanici	1, 0 na stanici
<b>Ošetřující lékař</b>	Odborná způsobilost s praxí nad 24 měsíců	Odborná způsobilost s praxí nad 24 měsíců	Specializovaná způsobilost
	0,2 na lůžko	0,3 na lůžko	0, 6 na lůžko
<b>Lékař ÚPS</b>	Odborná způsobilost s praxí nad 24 měsíců	Odborná způsobilost s praxí nad 24 měsíců	Specializovaná způsobilost
	Pokud zajišťuje i standardní oddělení pak celkem 2, 0	1, 0 pouze pro stanici	1,0 pouze pro stanici
<b>Staniční sestra</b>	ZPBD + ARIP	ZPBD + ARIP	ZPBD + ARIP
	1,0 na stanici	1,0 na stanici	1,0 na stanici
<b>Sestry – ZPBO, ZPOD</b>	Z toho ARIP alespoň 50%	Z toho ARIP alespoň 25 %	Z toho ARIP alespoň 1 / ne hematologie/
	3,0 na lůžko	2,2 na lůžko	1,4 na lůžko
<b>ZPOD bez maturity</b>	--	--	--
	0,3 na lůžko	0,2 na lůžko	0,1 na lůžko

**Vysvětlivky:**

ÚPS = ústavní pohotovostní služba

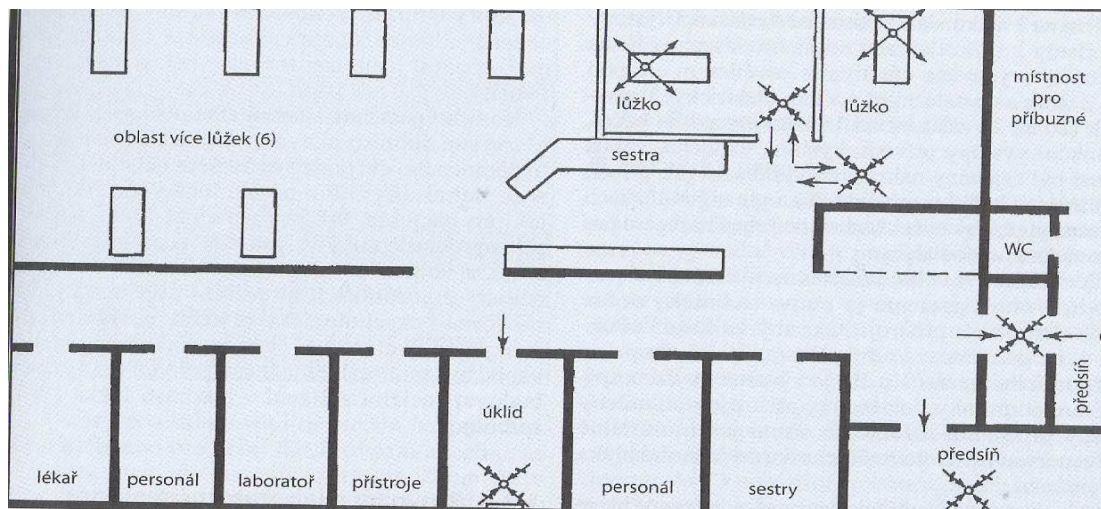
ZPBD = zdravotnický pracovník pracující bez dohledu

ZPOB = Zdravotnický pracovník pracující pod dohledem

**Zdroj: Vyhláška č. 493/2005 Sb.**

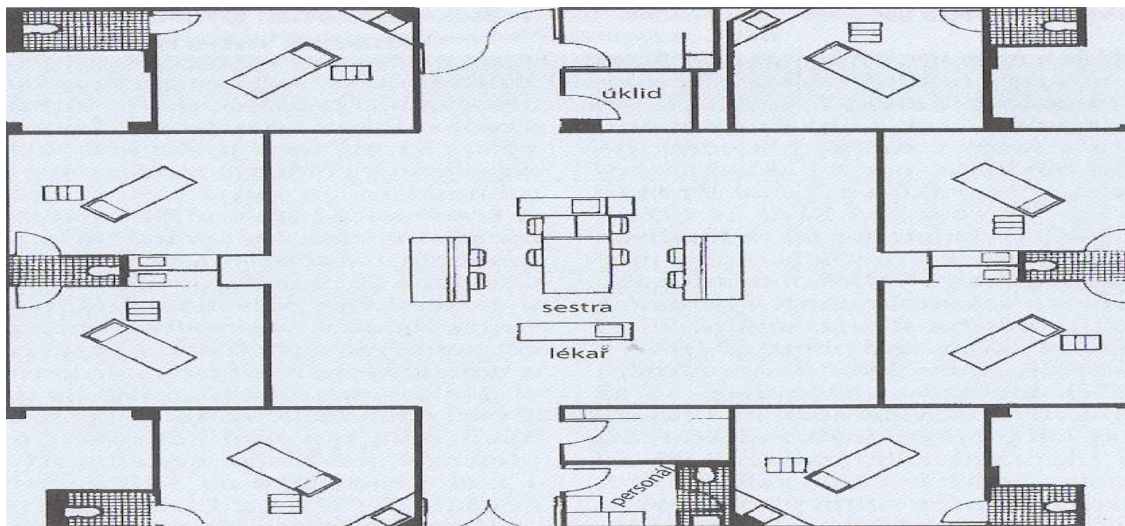


## Příloha 2 – Uspořádání – boxový systém



Zdroj :ZADÁK, Z., HAVEL, E., *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*.  
1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 336 s. ISBN 978 -80 – 247 -2099 - 9

## Příloha 3 - Uspořádání JIP – boxový systém



Zdroj :ZADÁK, Z., HAVEL, E., *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*.  
1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 336 s. ISBN 978 -80 – 247 -2099 - 9


**Příloha 4 - Technické vybavení oddělení intenzivní medicíny**

<b>Přístroj</b>	<b>Nižší stupeň IP /TISS 9-14/</b>	<b>Nižší stupeň IP /TISS 15-19/</b>	<b>Vyšší stupeň IP /TISS 20 -29 /</b>	<b>Resuscitační péče /TISS 30 a více/</b>
<b>Centrála monitorovací</b>	1 na stanici	1 na stanici	1 na stanici	1 na stanici
<b>Dávkovač injekční</b>	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko	2 na 1 lůžko	2 na 1 lůžko
<b>Defibrilátor</b>	1 na 3 lůžka	1 na 3 lůžka	1 na 3 lůžka	2 na stanici
<b>EKG přístroj- min.3 kanálový</b>	1 na stanici	1 na stanici	1 na stanici	1 na stanici
<b>Kapnometr – modul CO<sub>2</sub></b>				1 na 1 lůžko
<b>Kardiostimulátor jednodutinový – externí</b>		1 na stanici	1 na stanici	1 na stanici
<b>Lůžko resuscitační</b>	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko
<b>Monitor EKG, IBP,SpO<sub>2</sub>,TEMP</b>	1 na 1 lůžko /EKG,NIBP/	1 na 1 lůžko /EKG,NIBP/	1 na stanici	1 na stanici
<b>Monitor modulární</b>				1 na 1 lůžko
<b>Nebulizátor</b>	1 na 3 lůžka	1 na 2 lůžka	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko
<b>Odsávačka</b>	1 na 2 lůžka	1 na 2 lůžka	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko
<b>Oxymetr pulzní</b>	1 na 3 lůžka	1 na 2 lůžka	1 na 1 lůžko	1 na 1 lůžko
<b>Přístroj anesteziologický</b>			1 na stanici	1 na stanici
<b>Pumpa infuzní</b>	1 na 1 lůžko	3 na 2 lůžka	3 na 2 lůžka	3 na 1 lůžko
<b>Ventilátor</b>	1 na stanici	1 na stanici	1 na 3 lůžka	1 na 1 lůžko

**Zdroj: Vyhláška č. 493/2005 Sb. v platném znění**



## Příloha 6 - Záznamy bolesti – VAS



**NEMOCNICE JIHLAVA**, příspěvková organizace  
Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA  
Anesteziologicko-resuscitační oddělení

### GRAFICKÉ HODNOCENÍ BOLESTI

Intervence:  
( Vyšetření, farmika )

St./det. hodnft.	0/5 Střana otřana	1/5 Střana otřana	2/5 Střana otřana	3/5 Střana otřana	4/5 Střana otřana	5/5 Střana otřana	6/5 Střana otřana	7/5 Střana otřana	8/5 Střana otřana	9/5 Střana otřana	10/5 Střana otřana
<b>0.</b>											
<b>1.</b>											
<b>2.</b>											
<b>3.</b>											
<b>4.</b>											
<b>5.</b>											
<b>6.</b>											
<b>7.</b>											
<b>8.</b>											
<b>9.</b>											
<b>10.</b>											

Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 7 - Příjmová sesterská zpráva



NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace

Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA

Anesteziologicko-resuscitační oddělení  
Prim. MUDr. Vít Bárta

# SESTERSKÁ PŘÍJMOVÁ ZPRÁVA

štítek

Datum a hodina přijetí:			
Stav vědomí:	při vědomí	částečné vědomí	bezvědomí
Primární příjem:			
Překlad z :			
Lékařská dg:			
PN:	je vystavena	nepotřebuje	vystaví ARO
Obvodní lékař s adresou			

Rodinný stav:	
Kontakt na rodinu:	
Telefon:	
Rodina si nepřeje:	
Jiné zvláštnosti:	

Váha:	kg	Výška:	cm	TT	TK	P
Alergie:						

	CENNOSTI		OSOBNÍ VĚCI		Podpis sestry:
Převzaty z jiného odd.	ANO	NE	ANO	NE	
Při příjmu	ANO	NE	ANO	NE	
Znehodnoceny	ANO	NE	ANO	NE	
Předány příbuzným	ANO	NE	ANO	NE	

Datum:

Podpis sestry:

Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 8 - Překladová sesterská zpráva – přední strana



### NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace

VRCHLICKÉHO 59, 586 33 JIHLAVA  
Anesteziologicko – resuscitační oddělení  
Prim. MUDr. Vít Bárta  
Tel.: +420 567 157 387  
Fax.: +420 567 301 212  
E-mail: bartav@nemji.cz

## SESTERSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

Štítek

stav vědomí	při vědomí	orientován úplně
		orientován částečně
	tlumen léky	
	somnolence	
	sopor	
	koma	

aktivita	osobní hygiena	bez pomoci	s pomocí	úplná závislost
	pohybová aktivita	na lůžku pasivně	na lůžku aktivně	

příjem	parenterální	
	enterální	
	dieta č.	

	zavedeno dne:	poznámka:
centrální žilní katetr		
arteriální katetr		
periferní žilní katetr		
močový katetr		
žaludeční sonda		
enterální sonda		
drén	hrudní	
	břišní	
	redon	
endotracheální kanyla		
tracheostomická kanyla		

kontakt na příbuzné	
obvodní lékař (adresa)	

ošetřovatelské dg.	Viz. příložené
--------------------	----------------

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace je akreditovaným zdravotnickým zařízením a držitelem certifikátu kvality ISO 9001:2000



Zapsaná v obchodním  
rejstříku u KS v Brně, oddíl  
Pr, vložka 1472  
IČO: 00090638  
DIČ: CZ00090638  
Bankovní spojení:  
Komerční banka, a.s.  
Č. účtu: 18736681/100




TELEFON: +420 567 157 111  
FAX: +420 567 301 212  
E-MAIL: sekretariat@nemji.cz  
INTERNET: www.nemji.cz



Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 8 - Překladová sesterská zpráva – zadní strana

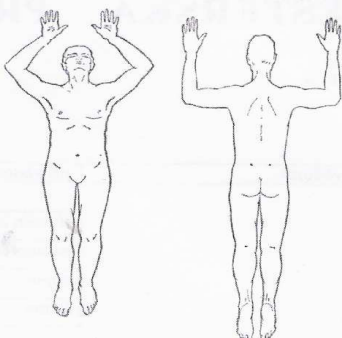


**NEMOCNICE JIHLAVA, příspěvková organizace**

VRCHLICKÉHO 59, 586 33 JIHLAVA  
 Anesteziologicko – resuscitační oddělení  
 Prim. MUDr. Vít Bárta  
 Tel.: +420 567 157 387  
 Fax.: +420 567 301 212  
 E-mail: bartav@nemji.cz

**operační rána**  
zakreslí červeně

**dekubitus**  
zakreslí modře

<b>duševní stav</b>	klidný	spolupracuje	depresivní	úzkostný
	neklidný	nespolupracuje	agresivní	zmatený

<b>bilance</b>	<b>Příjem</b>	<b>Výdej</b>		
	infuze		drény	
	sonda		sonda	
	per os		moč	
	<b>CELKEM</b>		stolice	

<b>soupis věcí</b>	<i>cenosti</i>	<i>osobní věci</i>
	OP	
	průkaz pojištěnce	
	PN č.	
	finanční hotovost	
	zubní protéza	


Za převzetí pacienta děkujeme kolektiv ARO-RS (tel.: 56 71 57 779)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Podpis předávající sestry:** \_\_\_\_\_

**Podpis přebírající sestry:** \_\_\_\_\_


---

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace je akreditovaným zdravotnickým zařízením a držitelem certifikátu kvality ISO 9001:2000




CERTIFICATE NO. 25728

Zapsaná v obchodním rejstříku u KS v Brně, oddíl Pr, vložka 1472  
 IČO: 00090638  
 DIČ: CZ00090638  
 Bankovní spojení: Komerční banka, a.s.  
 Č. účtu: 18736681/100



TELEFON: +420 567 157 111  
 FAX: +420 567 301 212  
 E-MAIL: sekretariat@nemji.cz  
 INTERNET: www.nemji.cz



ZŘIZOVATEL ORGANIZACE

**Zdroj: ARO Jihlava**

## Příloha 9 - Denní plán bazální stimulace



**NEMOCNICE JIHLAVA**, příspěvková organizace

Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA

Anesteziologicko-resuscitační oddělení

### DENNÍ PLÁN BAZÁLNÍ STIMULACE

**Toaleta** zklidňující večer (nebo při neklidu).....  
povzbuzující ráno.....

**Masáž** zklidňující večer (nebo při neklidu).....  
povzbuzující ráno.....

**Stimulace slinných žláz** 3x - ..... denně

**Stimulace čichová** 1. 2. 3. 4. 5.

**Orální stimulace** : před toaletou DÚ vytřít 1.

2. .... 6. ....

3. .... 7. ....

4. .... 8. ....

5. .... 9. ....

**Sluchová stimulace** 1. 2. 3.

**Zraková stimulace** 1. 2. 3.

**Somatická stimulace** 3x - ..... denně

**Vestibulární stimulace** 2x - ..... denně *nebo dle potřeby*

**Taktilně-haptická stimulace** 1. .... 7. ....

2. .... 8. ....

3. .... 9. ....

4. ....

5. ....

6. ....

**Vibrační stimulace** 2x - ..... denně *nebo dle potřeby*

břicha 2x - ..... denně *nebo dle potřeby*

hrudníku 2x - ..... denně *nebo dle potřeby*

**Poloha** mumie *na noc (nebo při neklidu).....*

hnízdo horní 2x - .....

dolní 2x - .....

**Bumerang** břicho 2x - ..... denně

pod lýtka 2x - .....denně

**Dechové cvičení** : vleže ( stlač. hrudníku) 2x - .....denně *nebo dle potřeby*

vibrační, vleže 2x - .....denně *nebo dle potřeby*

### Edukace rodiny, přátel.

Biografická anamnéza a informace předány dne .....

Předala sestra .....

Převzala sestra .....

**Zdroj: ARO Jihlava**



## Příloha 10 - Biografická anamnéza pacienta – přední strana



**NEMOCNICE JIHLAVA**, příspěvková organizace

Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA

Anesteziologicko-resuscitační oddělení

### BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

1. sociální situace                      svobodný/á                      ženatý/vdaná                      vdovec/vdova
- zaměstnání (je v něm spokojený).....
- .....
2. které osoby ho mohou navštěvovat?.....  
které osoby ho nemohou navštěvovat?.....
3. jaký je typ?(samotář, společensky člověk,...)
- .....
4. jak je nejčastěji oslovován?
- .....
5. jak slyší,vidí?(používá naslouchadlo, brýle, kontaktní čočky?)
- .....
6. jaký má denní rytmus?.....  
v kolik hodin vstává?.....  
v kolik hodin usíná?.....  
chodí během dne spát?.....
7. v jaké poloze odpočívá?.....  
- II -                      usíná?.....  
v čem spí?(pyžamo, noční košile, ponožky).....
8. jaké doteky má rád a kde?.....  
jaké doteky nemá rád a kde?.....  
*na druhou stranu dotazníku zakreslete místa pro doteky příjemné a nepříjemné*
9. je pravák či levák?.....
10. jakým způsobem si čistí zuby, čím a jak často?.....  
.....  
jak se holí(žiletka, holící strojek) a jak často?.....  
.....
11. má oblíbenou vůni?
- .....
12. které jídlo mu chutná nejvíce?.....  
- II -                      nechutná?.....

**Zdroj: ARO Jihlava**

## Příloha 10 - Biografická anamnéza pacienta – zadní strana

13. co pije nejraději? .....  
co pije nerad?.....

14. které zvuky poslouchá rád (rádio - kterou stanicí, hudbu, TV), při jaké činnosti,  
v kterou denní dobu ?  
.....  
.....

15. co dělá, když má bolesti?(má nějakou úlevovou polohu).....  
.....

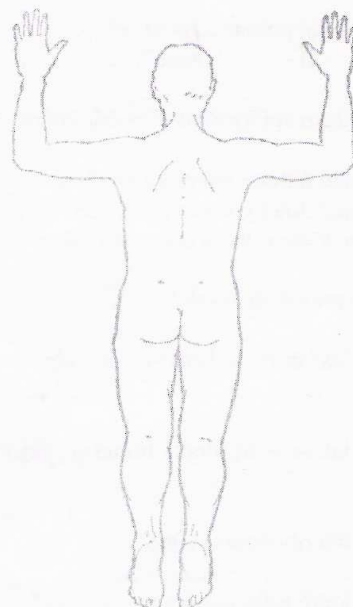
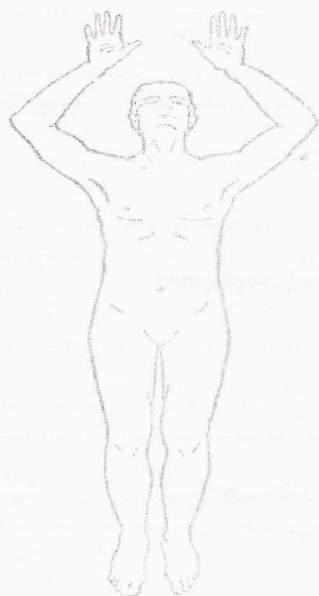
16. v jakém oděvu se cítí nejlépe, jaký oděv nosí doma?.....  
.....

17. jaké má koníčky, zájmy?(má rozečtenou nějakou knihu?).....  
.....

18. má doma nějaké zvířátko, jak mu říká?.....

19. důležitý zážitek v poslední době .....  
.....  
.....

zde zakreslete červenou barvou místa, kde je dotyčný **RÁD**, když se ho někdo dotýká  
zde zakreslete modrou barvou místa, kde dotyčný **NENÍ RÁD**, když se ho někdo dotýká



**Zdroj: ARO Jihlava**

## Příloha 11 - Soupis věcí pacienta

**Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace**  
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

---

**SOUPIS VĚCÍ**

**Jméno :** \_\_\_\_\_ **r.č. :** \_\_\_\_\_

**Věci uložené v centrálním trezoru :**

ne    ano  
 peněžní hotovost –                       cennosti                       šperky                       hodinky  
 jiné     doklady                       OP                       karta pojištění

---

**Věci uložené na oddělení :**

**doklady :**    OP    karta pojištění    PAS            řidičský průkaz    jiné  
                   peněženka                                       peníze – obnos:

**cennosti :**    prsten ze žlutého kovu                       prsten z bílého kovu  
                   řetízek ze žlutého kovu                       řetízek z bílého kovu  
                   náramek ze žlutého kovu                       náramek z bílého kovu  
                   hodinky

---

<b>Oblečení :</b>	<input type="checkbox"/> pyžamo	<b>Jiné :</b>	<input type="checkbox"/> podpažní berle
<input type="checkbox"/> župan	<input type="checkbox"/> halena	<input type="checkbox"/> taška	<input type="checkbox"/> FH
<input type="checkbox"/> noční košile	<input type="checkbox"/> bunda	<input type="checkbox"/> aktovka	<input type="checkbox"/> hůl
<input type="checkbox"/> kabát	<input type="checkbox"/> sako	<input type="checkbox"/> kufr	<input type="checkbox"/> chodítko
<input type="checkbox"/> kalhoty	<input type="checkbox"/> halena	<input type="checkbox"/> mobilní telefon	<input type="checkbox"/> polštářek
<input type="checkbox"/> košile	<input type="checkbox"/> mikyna	<input type="checkbox"/> holicí strojek	<input type="checkbox"/> hyg.potřeby
<input type="checkbox"/> svetr	<input type="checkbox"/> ponožky	<input type="checkbox"/> budík	<input type="checkbox"/> kosmet.potřeby
<input type="checkbox"/> triko	<input type="checkbox"/> boty	<input type="checkbox"/> rádio	<input type="checkbox"/> ručník
<input type="checkbox"/> spodní prádlo	<input type="checkbox"/> helma	<input type="checkbox"/> brýle	<input type="checkbox"/> žínka
<input type="checkbox"/> pantofle		<input type="checkbox"/> naslouchadlo	<input type="checkbox"/> časopisy
		<input type="checkbox"/> zubní protéza	<input type="checkbox"/> knihy
		<input type="checkbox"/> růženec	

**Ostatní :**

Sepsal(a) : \_\_\_\_\_ Předal (a) : \_\_\_\_\_

Svědék: \_\_\_\_\_ Převzal(a):(jméno,datum,číslo OP)

**Zdroj: ARO Jihlava**

## Příloha 12 - Glykemický list



**NEMOCNICE JIHLAVA**, příspěvková organizace

Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA  
**Anesteziologicko - resuscitační oddělení**  
 Prim. MUDr. Pavel Jiránek  
 Tel: 567 157 795, - 779  
 Fax: 567 157 797  
 e-mail: [p.jiranek@centrum.cz](mailto:p.jiranek@centrum.cz)

Východí situace	hyperglykémie > 10 mmol/l (> 15 mmol/l uvědom lékaře)	zahaj Humulin R 1-2 ml /h	kontrola glykémie á 1 hod
	normoglykémie a mírná hyperglykemie	bez intervence	kontrola glykémie á 4 hod
		viz níže	kontrola glykémie á 1 hod
	hypoglykémie < 3,3 mmol/l	uvědom lékaře	
Stabilizace	cílová glykémie 7 – 10 mmol/l	ponechej dávku Humulinu R	kontrola glykémie á 4 hod
	glykémie ≤ 7,0 mmol/l	sniž dávku Humulinu R nebo	kontrola glykémie á 4 hod
		vysad'	kontrola glykémie po 1 hod
	hypoglykémie < 3,3 mmol/l	vysad' Humulin R a uvědom lékaře	(glukometr/ bedside) dále á 1 hod
Dlouhodobá stabilizace	pacient s inzulinoterapií	zavedený režim	kontrola glykémie á 6 hod
	bez intervence	bez intervence	kontrola glykémie á 6 hod

ID: Humulin R 20j + F 1/1 ad 20 ml/h; 1ml/h = 1j/hod ( max. rychlost 20 ml/hod, poté konzultace lékaře)

Cíl: glykémie 7,0 – 10,0 mmol/l

Datum	Hodina	Glykémie: mmol/l	Inzulin v ID ml/h	Razítko a podpis sestry, lékaře

Zdroj: ARO Jihlava


**Příloha 13 - Přístroje**

<b>Seznam použitých přístrojů kategorie IIb</b>
---

Datum																			
Rampa č.:																			
Datex S/5 – monitor č.:																			
Galileo / Hamilton G5 č.																			
Adult- Star č.:																			
Aerodyne č.:																			
IVAC- infuzní pumpa																			
IVAC- infuzní pumpa																			
IVAC- infuzní pumpa																			
IVAC- infuzní pumpa																			
Infusomat Braun pumpa																			
Infusomat Braun pumpa																			
Infusomat Braun pumpa																			
Infusomat Braun pumpa																			
Infusomat Braun pumpa																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Perfusor Braun dávkovač																			
Oxylog – př. ventilátor																			
Datex S/5 – př. monitor																			
Rafael – servoventilátor																			
Defibrilátor																			

Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 14 - Ošetrovatelské diagnózy – původní - 1 strana

 <b>NEMOCNICE JIHLAVA</b> , příspěvková organizace		
Vrchlického 59, 586 33 JIHLAVA verze 11/01/10 <b>Anesteziologicko-resuscitační oddělení</b>		<b>DENNÍ SMĚNA</b> Štítek: _____ Datum: _____
<b>Porucha výměny plynů v plicích z důvodu:</b>		
- hypoventilace - hyperventilace vlivem základního onemocnění - obstrukce hlenem/ krví / cizím materiálem - tracheobronchiální infekce	Klient je odsáván z DC dle potřeby a nejvíe známky dušnosti. U klienta se vyskytují normohodnoty SpO <sub>2</sub> , EtCO <sub>2</sub> včetně parametrů na ventilátoru. Vyšetření krevních plynů je v normě. Klient nehyperventiluje. U klienta se nevyskytuje infekce DC.	☉ odsávej klienta dle jeho potřeby a všiměj si možných projevů dušnosti ☉ sleduj hodnoty SpO <sub>2</sub> , EtCO <sub>2</sub> a parametry na ventilátoru ☉ zajisti vyšetření krevních plynů dle ordinace lékaře ☉ udržuj DC klienta průchodné ☉ zabraň vzniku infekce v DC klienta aseptickými zásadami při odsávání
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí zajištěna průchodnost dýchacích cest. Nadměrná hypersekrece sputa, nebezpečí vzniku infekce. U klienta je infekce dýchacích cest.		
<b>Porucha ventilace plic při odvykání od ventilátoru z důvodu:</b>		
- zvýšené svalové slabosti - pocit úzkosti, obav, strachu - neschopnosti udržet SV pro základní onemocnění (DISTENČNÍ TERAPIE)	Klient má dostatečnou svalovou sílu pro SV. Klient netrpí pocitem úzkosti, obav a strachu.	☉ zajisti rehabilitaci klienta 2x denně, včetně dechové rehabilitace ☉ monitoruj psychický stav klienta a zajisti jeho vyrovnanost svým přístupem, zajisti dostatek odpočinku.
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí zdažené odpojování. Pacient intermitentně odpojován. Nedostatečná spontánní ventilace klienta, napojen na ventilátor. Psychický stav klienta je dobrý.		
<b>Riziko poranění DC z důvodu:</b>		
- nešetrné odsávání z DC - dlouhodobá intubace ETK / zavedení TSK - přefouknutého balóнку na obturační manžetě kanyly	Klient je šetrně odsáván z DC. Sputum klienta je bez příměsí krve. Balónek na obturační manžetě kanyly je nafouknutý v doporučeném rozmezí cuffmanometru	☉ odsávej šetrně klienta z dýchacích cest ☉ všiměj si možný výskyt krve ve sputu klienta ☉ kontroluj balónek obturační manžety kanyly cuffmanometrem po 6 hodinách
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí se u klienta vyskytují / nevyskytují známky traumatu po odsátí.		
<b>Výživa porušená z důvodu:</b>		
- zvýšeného metabolického nároku organismu (sepe) či poruch metabolismu - nevolnosti, zvracení, samotného onemocnění na GIT - zavedení ETK / TSK	Klient jsou dostatečně hrazeny metabolické nároky vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, věku, pohlaví, hmotnosti a výšce. Klient má dostatečnou svalovou sílu, dobrý stav kůže, a rány se hojí. U klienta se neobjevuje nevolnost, zvracení, toleruje enterální výživu (rezidua nepřekročí 300ml) příjem stravy per os je bez vedlejších projevů a komplikací.	☉ zajisti u klienta dostatečnou hydrataci, parenterální a enterální výživu do NGS, NJS nebo příslušnou dietu dle ordinace lékaře. ☉ monitoruj příjem a výdej tekutin, stav kůže, a hojení ran ☉ zaznamenej frekvenci, charakter zvratků, kontroluj rezidua v žaludku po 4 hod.
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí klient má / nemá příznaky poruchy výživy. NGS – rezidua nejsou / rezidua jsou – odpady / na odvod / Pacient zvrací / nezvrací, rána se hojí / nehojí (viz.oš.ran), p.o. přijímá / nepřijímá.		
<b>Průjem z důvodu:</b>		
- gastrointestinální poruchy, podráždění nebo zánětlivých procesů střeva - metabolických a endokrinních poruch - infekčních procesů či těžkého stresového stavu vlivem prostředí	Klient má formovanou stolicí a je dostatečně hydratován. Klient nemá bolesti břicha, nutkání na stolicí, podrážděnou perianální kůži a jiné nepříjemné pocity. Klient je psychicky vyrovnaný a vyskytuje se v relativně klidném prostředí.	☉ uvědom lékař o příjmu klienta ☉ monitoruj frekvenci, konzistenci, barvu, zápach a množství stolice a proved' záznam do dokumentace ☉ zajisti přidružené projevy (zvýšená TT, bolesti břicha, křeče) ☉ kontroluj stav perianální oblasti
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí dosaženo pravidelné a konzistentní stolice. Nelze dosáhnout formované stolice. Perianální oblast je bez podráždění... bolesti břicha neudává.		
<b>Zácpa z důvodu:</b>		
- snížené motility střev a celkové tělesné aktivity - poklesu příjmu tekutin, nedostatečného přísunu stravy per os či enterální výživy - vedlejších účinků léků (opiáty) nebo lékové interakce - nervově-svalové poruchy	Klient se pravidelně vyprazdňuje, frekvence a konzistence stolice je v normě. Klient nepocítuje napětí břicha, plynatost, bolest ani nadměrnou námahu při defekaci. Klient má zajištěnou dostatečnou hydrataci organismu.	☉ zajisti frekvenci vyprazdňování stolice. ☉ informuj lékaře o poruše vyprazdňování ☉ dle ordinace lékaře podej laxantiva, aplikuj klyzma.
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí klient má / nemá zácpu.		

Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 14 - Ošetřovatelské diagnózy – původní - 2 strana

### Hypertermie z důvodu:

- septického stavu klienta	Klient dosáhne normotermie.	⊗ <i>informuj</i> lékaře, dle ordinace <i>zajisti</i> odběr /hemokultur nad 38,0 C
	Klient se přiměřeně potí.	⊗ <i>měř</i> TT v časových intervalech dle ordinace lékaře a <i>všiměj</i> si míry pocení u klienta, <i>zajisti</i> zvýšenou hygienickou péči
HODNOCENÍ: 06 – 18 intervence splněny Při plnění intervencí dosaženo normotermie Nelze dosáhnout normotermie		

### Poruchy kožní (tkáňové) integrity z důvodu:

- invazivních vstupů	Péče o invazivní vstupy / rány / dekubity je přísně aseptická a dle standardů ARO.	⊗ <i>ošetřuj</i> invazivní vstupy / rány / dekubity přísně asepticky a dle standardů ARO.
- ran	Porucha integrity kůže (tkáň) není ve větším rozsahu nebo je u klienta zmenšena.	⊗ <i>dbej</i> , aby došlo ke zmenšení poruchy integrity nebo alespoň nedojde k větší poruše kožní (tkáňové) integrity
- dekubitů	U klienta se nevyskytují dekubity.	⊗ <i>zabraň</i> vzniku dekubitu
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí vše ošetřeno přísně asepticky. Větší rozsah poruchy integrity invazivních vstupů / ran / dekubitů z důvodu zhoršení zdravotního stavu klienta. Dekubity se vyskytují /nevyskytují (viz.oš.ran)		

### Riziko vzniku infekce z důvodu:

- zavedení CŽK / perifer.žil.katétru / TSK / art.katétru / PMK/ ostatních invazivních vstupů	Klient je bez známek infekce. Nejsou u něj přítomny místní, ani celkové projevy.	⊗ <i>sleduj</i> možný výskyt místních i celkových projevů infekce <i>zajisti</i> odběry laboratorních zánětlivých markerů dle ordinace lékaře
- operační rány a drenů	Kultivační odběry exkretů u klienta prováděné 2 x týdně jsou negativní.	⊗ <i>pracuj</i> přísně asepticky a dle standardu
- nozokomiální infekce	Na ARO se nevyskytují nozokomiální infekce.	⊗ <i>předcházej</i> a <i>zamezuj</i> šíření nozokomiální infekce na ARO
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí klient jeví / neví známky infekce. U klienta jsou / nejsou přítomny místní / celkové projevy infekce . Zajištěna bariérová oš.péče. Dodržován zvýš. hyg.epi režim.		

### Bolest akutní z důvodu:

- provádění invazivních výkonů, včetně odsávání z DC	Vnímání bolesti u klienta je minimální nebo bolest zcela chybí.	⊗ <i>zajiť</i> šetrné zacházení s klientem při provádění invazivních výkonů, provádění převazů ran, polohování
- provádění převazů ran		⊗ <i>monitoruj</i> a <i>hodnot'</i> bolest klienta dle VAS 0 -10
- polohování		⊗ <i>informuj</i> lékaře při VAS > 3
- základního onemocnění		
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí klient pociťuje úlevu - je bez bolesti. Kontinuální analgosedace dostačující, stav vědomí u klienta dle „RSS“ je V.-VI., přesto na bolestivé podněty reaguje tachykardií / hypertenzi / hyperventilací a bolestivými grimasami.		

### Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu:

- změny stavu vědomí	U klienta se nevyskytují dekubity, ani svalové kontraktury a omezení hybnosti v kloubech.	⊗ <i>polohuj</i> ( mikropolohuj) klienta <i>zajisti</i> aktivní / pasivní rehabilitaci 2x denně
- léčbou předepsané imobilizace	Klient nemá jiné projevy imobilizačního syndromu (pneumonie, tromboflebitis,...)	⊗ <i>prováděj</i> u klienta bazální stimulaci dle „Biografické anamnézy“
- základního onemocnění		⊗ <i>všiměj</i> si možného výskytu dekubitů, svalových kontraktur a omezení hybnosti v kloubech
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí se u klienta nevyskytují žádné příznaky imobilizačního syndromu. U klienta je zaznamenán výskyt svalových kontraktur. Dekubity se vyskytují /nevyskytují . Klient se polohuje /mikropolohuje , cvičí aktivně/ pasivně		

### Poruchy soběstačnosti (příjmu potravy, dodržování hygienických návyků, koupání i celkové osobní péče) z důvodu:

- invazivní monitorace	Klient podle možností svého zdravotního stavu zvládne sám či s dopomocí příjem potravy per os, je aktivní při hygieně i celkové osobní péči.	⊗ <i>motivuj</i> a psychicky <i>podporuj</i> klienta, <i>vypomož</i> při hygieně, RHB, jídle
- změny stavu vědomí		
- imobilizačního syndromu	U klienta je dosaženo aktivní rhb a je motivován k postupné vertikalizaci.	⊗ <i>využij</i> aktivit klienta a <i>edukuj</i> jej o důležitosti zapojení se v jeho celkové seběpěči. <i>Zajisti</i> pasivní či aktivní rhb.
- léčbou předepsané imobilizace		
- základního onemocnění		
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny I přes plnění intervencí nelze u klienta zajistit celkovou osobní seběpěči. Po splnění intervencí bylo dosaženo soběstačnosti klienta s ohledem na jeho zdravotní stav. Zajištěna pomoc při příjmu potravy, hygieně a rehabilitaci.		

Zdroj: ARO Jihlava

## Příloha 14 - Ošetrovatelské diagnózy – původní - 3 strana

### Porucha vědomí – kvantitativní (somniale, sopor, koma) z důvodu:

- základního onemocnění klienta	Reakce klienta na různé stimuly jsou přiměřené jeho zdravotnímu stavu.	☉ sleduj reakce klienta na odsávání, polohování a jiné stimuly
- sedace ordinované ošetřujícím lékařem	Průběh ošetrovatelské péče je dokladován v dokumentaci klienta.	☉ monitoruj vědomí klienta pomocí hodnoticí škály „GCS“ v intervalech určených lékařem.
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Reakce klienta jsou přiměřené jeho zdravotnímu stavu (kontinuální analgesedace). I přes plnění intervencí klient stále s poruchou vědomí.		

### Zmatenost akutní z důvodu:

- sedace a možných poruch CNS - změny prostředí - abuzu alkoholu nebo drog - imobilizace	U klienta nedojde k sebepoškození a nachází se v bezpečném prostředí. Při potřebě fyzického omezení nedojde k poruše prokrvení končetin	☉ zajisti pro klienta bezpečné prostředí a zabraň mu v případném sebepoškození ☉ zajisti klientovi max. komfort i přes fyzické omezení, kontroluj prokrvení, stav kůže, pohyblivost končetin.
- hypoxémie - základního onemocnění	Klient má zajištěnou dostatečnou oxygenaci	☉ dbej na zajištění dostatečné oxygenace klienta dle ordinace lékaře
HODNOCENÍ: 06 – 18 intervence splněny Při plnění intervencí klientovi zabráněno v sebepoškození. I přes dostatečnou sedaci a oxygenaci je klient zmatený. Klientovi naloženy kurty, prokrvení končetin, pohyblivost prstů a stav kurtů kontrolováno po 2 hodinách. Kůže pod kurty není porušena integrita. Je proveden záznam do dokumentace.		

### Hypotermie z důvodu:

- léčebné hypotermie	U klienta dojde ke snížení metabolického nároku mozku. Dosažení cílové TT je 32-34 °C po dobu 24 h.	☉ zajisti podávání ledových roztoků a fyz. chlazení ☉ zaved' jienové teplotní čidlo ☉ měř TT v časových intervalech v jienu a axile dle ordinace lékaře
- aplikace fyzikálního chlazení při léčbě hypertermie nad 39 °C	Dosažení normotermie	☉ třesavku tlum svalovými relaxancii ☉ při léčbě hypertermie aplikuj chlad
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny I přes plnění intervencí nelze u klienta zajistit normotermii. Po splnění intervencí dosaženo cíle léčebné hypotermie / normotermie.		

### Riziko sebepoškození z důvodu:

- sedace - základního onemocnění - poruchy vědomí (kvantitativně)	U klienta nedojde k sebepoškození a nachází se v bezpečném prostředí. Při potřebě fyzického omezení nedojde k poruše prokrvení končetin	☉ zajisti pro klienta bezpečné prostředí a zabraň mu v případném sebepoškození ☉ zajisti klientovi max. komfort i přes fyzické omezení, kontroluj prokrvení, stav kůže, pohyblivost končetin a vše zaznamenej do dokumentace
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí klientovi zabráněno v sebepoškození. Klientovi naloženy kurty, prokrvení končetin, pohyblivost prstů a stav kurtů kontrolováno po 2 hodinách. Není porušena integrita kůže pod kurty. Je proveden záznam do dokumentace.		

### Porušená verbální komunikace z důvodu:

- zavedení TSK/ ETK	- pacient je schopen sdělit své potřeby ošetřujícímu personálu a rodině	☉ mluv s pacientem pomalu, zřetelně, klidně, s pohledem na pacienta, aby mohl současně odezírat
- jiná mateřská řeč (cizinec) - změny stavu vědomí	- pacient prokazuje pochopení mluveného slova, gest	☉ vysvětlí pacientovi, proč nemůže mluvit ☉ použivej ke komunikaci alternativní prostředky (blok, tužka, písmena, odezíraní ze rtů)
HODNOCENÍ: 06-18 intervence splněny Při plnění intervencí nelze s pacientem navázat kontakt (kontinuální analgesedace). Při plnění intervencí byly zohledněny bio-psycho-socialní potřeby.		

Denní směna (06-18): s.

Zdroj: ARO Jihlava





## Příloha 16 – Ošetrovatelské diagnózy – inovované – 1 strana

Nemocnice Jihlava, p.o. Anesteziologicko –resuscitační oddělení		
Pacient:		datum / služba : Sestra:
<p><b>Porucha výměny plynů v plicích, nedostatečné dýchání, zhoršená průchodnost dýchacích cest z důvodu:</b></p>		
<input type="checkbox"/> Obstrukce dýchacích cest <input type="checkbox"/> Aspirace <input type="checkbox"/> Zvýšené bronchiální sekrece <input type="checkbox"/> Celkové anestezie <input type="checkbox"/> Infekce <input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient nemá známky obstrukce DC <input type="checkbox"/> Klient nemá známky aspirace <input type="checkbox"/> klient má průchodné dýchací cesty <input type="checkbox"/> klient má výsledky Astrup a SpO <sub>2</sub> v normě <input type="checkbox"/> klient nemá známky infekce DC	≈ Odsávej klienta dle potřeby ≈ Dodržuj při odsávání klienta zásady asepse ≈ Sleduj u klienta průchodnost DC ≈ Sleduj u klienta dýchání a FF ≈ Odeber krev dle ordinace lékaře
Hodnocení: Klient má zajištěnou průchodnost DC Klient má/nemá známky infekce DC Klient je odsáván d.p		
<p><b>Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace z důvodu :</b></p>		
<input type="checkbox"/> Svalové slabosti <input type="checkbox"/> Úzkosti, strachu a obav P/K <input type="checkbox"/> Nedostatečné s O <sub>2</sub> ve tkáních <input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient zvládne spontánní ventilaci na dostatečné úrovni <input type="checkbox"/> Klient netrpí obavami, strachem a úzkostí při odpojování z UPV <input type="checkbox"/> Klient má dostatečnou SpO <sub>2</sub> během odpojování	≈ Sleduj celkový stav klienta během odpojování z ventilátoru ≈ Sleduj FF a laboratorní výsledky během odpojování klienta ≈ edukuj klienta o postupu odpojování s přihlédnutím k jeho stavu ≈ zajisti klientovi dostatek odpočinku ≈ změny stavu klienta ohlaš lékaři
Hodnocení: Klient je/ není odpojován z UPV. Klient má dostatečnou spontánní ventilaci / nemá dostatečnou spontánní ventilaci, napojen na UPV Změny stavu klienta hlášeny lékaři		
<p><b>Riziko poranění dýchacích cest z důvodu :</b></p>		
<input type="checkbox"/> nešetrného odsávání DC <input type="checkbox"/> zavedení ETK nebo TSK <input type="checkbox"/> útlačku DC balonkem kanyly	<input type="checkbox"/> klient je odsáván šetrně z DC <input type="checkbox"/> klient má pravidelně měněnou polohu ETK, TSK <input type="checkbox"/> klient má pravidelně kontrolován tlak v balonku kanyly, tlak v mezích normy	≈ Odsávej klienta šetrně z DC ≈ Pravidelně kontroluj polohu ETK, TSK ≈ Kontroluj nafouknutí balonku kanyly á 6 hod
Hodnocení: Klient má/ nemá známky poranění DC Tlak v balonku kanyly je /není v mezích normy		
<p><b>Výživa porušená z důvodu:</b></p>		
<input type="checkbox"/> Zavedení ETK, TSK <input type="checkbox"/> Poruchy polykání <input type="checkbox"/> Základního onemocnění <input type="checkbox"/> Nevolnosti, zvracení, onemocnění GIT	<input type="checkbox"/> Klient má zajištěny metabolické nároky <input type="checkbox"/> Klient má podávanou stravu do NGS, NJS, PEG <input type="checkbox"/> P/K nezvrací, nemá nauzeu a rezidua nepřekročí 300ml	≈ podávej klientovi stravu dle ordinace lékaře ≈ podávej klientovi stravu NGS, NJS, PEG ≈ sleduj rezidua, zvracení u klienta ≈ rezidua nad 300ml hlaš lékaři ≈ sleduj celkový stav klienta
Hodnocení: Klient má/nemá známky poruchy výživy Klient má/nemá rezidua Klient zvrací/nezvrací		

**Zdroj: vlastní**

## Příloha 16 – Ošetrovatelské diagnózy – 2 strana

Nemocnice Jihlava, p.o.  
Anesteziologicko –resuscitační oddělení

Pacient : \_\_\_\_\_ Datum /služba \_\_\_\_\_

Sestra: \_\_\_\_\_

Porucha vyprazdňování stolice – průjem , zácpa – z důvodu :		
<input type="checkbox"/> snížené motility střev <input type="checkbox"/> snížené tělesné aktivity <input type="checkbox"/> vedlejších účinků léků <input type="checkbox"/> základního onemocnění <input type="checkbox"/> podávání enterální výživy <input type="checkbox"/> zánětlivého onemocnění střev	<input type="checkbox"/> klient nemá průjem <input type="checkbox"/> klient nemá zácpu <input type="checkbox"/> klient je dostatečně hydratován <input type="checkbox"/> klient nemá podrážděnou kůži v perianální oblasti <input type="checkbox"/>	≈ Sleduj frekvenci, konzistenci, barvu a množství stolice u klienta ≈ Zaznamenávej zjištěné skutečnosti ≈ Kontroluj stav perianální oblasti ≈ Sleduj hydrataci klienta ≈ Informuj lékaře o poruše vyprazdňování u klienta ≈ Proveď ordinace lékaře
Hodnocení: Klient má/nemá průjem /zácpu / pravidelnou stolicí Klient má/ nemá podrážděnou kůži v perianální oblasti		
Porucha termoregulace – hypertermie/hypotermie z důvodu:		
<input type="checkbox"/> Dehydratace <input type="checkbox"/> Septického stavu P/K <input type="checkbox"/> Léčebné hypotermie <input type="checkbox"/> Základního onemocnění <input type="checkbox"/> ↓ nebo ↑ potivosti	<input type="checkbox"/> Klient dosahuje normální TT <input type="checkbox"/> Klient se přiměřeně potí <input type="checkbox"/> Klient má hypotermii z léčebných důvodů <input type="checkbox"/> Klient má podávána antipyretika <input type="checkbox"/> Klient má provedeny odběry na hemokulturu dle ordinace lékaře	≈ Sleduj pravidelně TT u klienta ≈ Sleduj u klienta míru pocení ≈ Zajisti u klienta zvýšenou hyg. péči ≈ Zajisti podávání ledových roztoků a fyzikálního chlazení ≈ Informuj lékaře o změnách TT ≈ Proveď u klienta odběry na hemokulturu dle ordinace lékaře
Hodnocení: Klient má/ nemá hypotermii / hypertermii , Klient má léčebnou hypotermii Klient má zajištěnou zvýšenou hyg.péči		
Porušená kožní integrita z důvodu:		
<input type="checkbox"/> Zavedených invazivních vstupů <input type="checkbox"/> Operační rány a drénů <input type="checkbox"/> Ran <input type="checkbox"/> Dekubitů	<input type="checkbox"/> Klient má ošetřovány invazivní vstupy a rány asepticky <input type="checkbox"/> Klient má ošetřovány vstupy a rány dle standardů oddělení <input type="checkbox"/> Klient nemá dekubity <input type="checkbox"/> Porucha integrity kůže není ve větším rozsahu nebo se zmenšuje	≈ Ošetřuj invazivní vstupy a rány asepticky ≈ Ošetřuj invazivní vstupy a rány dle standardů oddělení ≈ Zabraň vzniku dekubitů ≈ Prováděj záznamy o ošetřování vstupů, ran a dekubitů
Hodnocení: Klient má/ nemá dekubity Rozsah poškození kožní integrity se nevětšuje / zmenšuje Klient má/ nemá ošetřeny invazivní vstupy		
Riziko infekce z důvodu:		
<input type="checkbox"/> Zavedení invazivních vstupů <input type="checkbox"/> Operační rány a drénů <input type="checkbox"/> Nozokomiální nákazy / NN/ <input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient nemá známky infekce <input type="checkbox"/> Klient má ošetřovány invazivní vstupy a rány asepticky <input type="checkbox"/> Klient má prováděny odběry na K+C 2xtýdně	≈ Sleduj u P/K známky infekce ≈ Ošetřuj invazivní vstupy a rány asepticky a dle standardů odd. ≈ Prováděj odběry dle ordinace lékaře ≈ Předcházej vzniku NN ≈ Známky infekce ohlaš lékaři
Hodnocení: Klient má/nemá známky infekce Klient má/nemá ošetřeny invazivní vstupy , rány a dekubity		

Zdroj: vlastní

## Příloha 16 – Ošetrovatelské diagnózy – 3 strana

Nemocnice Jihlava, p.o.  
Anesteziologicko – resuscitační oddělení

Pacient: \_\_\_\_\_ datum/služba: \_\_\_\_\_  
Sestra \_\_\_\_\_

<b>Bolest akutní / chronická z důvodu:</b>		
<input type="checkbox"/> Provádění invazivních zákroků	<input type="checkbox"/> Klient má sníženou bolest na nejnižší možnou míru	≈ Monitoruj bolest dle VAS
<input type="checkbox"/> Operačního výkonu	<input type="checkbox"/> Klient nemá bolest	≈ Informuj lékaře při VAS nad 3
<input type="checkbox"/> Polohování	<input type="checkbox"/> Klient má prováděny výkony šetrně	≈ Výkony prováděj šetrně
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient má podávána analgetika dle ordinace lékaře	≈ Podávej analgetika dle ordinace lékaře
<input type="checkbox"/> Převazu ran		≈ Sleduj účinky prodáváných léků
Hodnocení: Klient má/ nemá zmenšenou bolest Klient má podávána analgetika dle ordinace lékaře		

<b>Riziko vzniku imobilizačního syndromu z důvodu:</b>		
<input type="checkbox"/> Změny stavu vědomí	<input type="checkbox"/> Klient nemá projevy imobil. syndromu	≈ Polohuj klienta
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient nemá dekubity	≈ Sleduj u klient projevy imobil. sy
<input type="checkbox"/> Léčebné imobilizace	<input type="checkbox"/> Klient má zachovanou hybnost kloubů	≈ Zajisti u klienta rehabilitaci
	<input type="checkbox"/> Klient nemá svalové kontraktury	≈ Prováděj u klienta bazální stimulaci
	<input type="checkbox"/> Klient má prováděnu bazální stimulaci	
Hodnocení: Klient má/nemá projevy imobilizačního syndromu Klient provádí/neprovádí rehabilitace s fyzioterapeutem Klient má prováděnou/ nemá prováděnou bazální stimulaci		

<b>Deficit sebedpěče v oblasti hygieny, oblékání, příjmu potravy z důvodu :</b>		
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient provádí sebedpěči dle svých možností	≈ Zajisti hygienu Klient da le potreby
<input type="checkbox"/> Invazivních vstupů	<input type="checkbox"/> Klient je motivován k postupné vertikalizaci	≈ Motivuj klienta k aktivní péči
<input type="checkbox"/> Změny stavu vědomí		≈ Pomoz klientovi v sebedpěči
		≈ Zajisti u klienta rehabilitaci
		≈ Edukuj klienta o nutnosti aktivity v sebedpěči
Hodnocení: Je/ není dosaženo sebedpěče s ohledem na zdravotní stav klienta Je zajištěna dopomoc při sebedpěči u klienta		

<b>Vědomí porušené / kvantitativní porucha / z důvodu :</b>		
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient má reakce na podněty přiměřené stavu	≈ Sleduj reakce Klienta na stimuly – odsávání, polohování, invazivní výkony
<input type="checkbox"/> Účinků podáváných léků	<input type="checkbox"/> Klient má podávány léky dle ordinace lékaře	≈ Sleduj vědomí u klienta dle RSS
		≈ Podávej léky dle ordinace lékaře
		≈ Sleduj účinky podáváných léků
Hodnocení: Klient má/nemá porušené vědomí		

**Zdroj: vlastní**

## Příloha 16 – Ošetřovatelské diagnózy – 4 strana

Nemocnice Jihlava, p.o.  
Anesteziologicko – resuscitační oddělení

Pacient: \_\_\_\_\_ datum/ služba: \_\_\_\_\_

Sestra: \_\_\_\_\_

Akutní zmatenost z důvodu:		
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění	<input type="checkbox"/> Klient má zajištěnou dostatečnou oxygenaci	≈ Sleduj oxygenaci klienta
<input type="checkbox"/> Hypoxemie		≈ Podávej O <sub>2</sub> dle potřeby
<input type="checkbox"/> Změny prostředí	<input type="checkbox"/> Klient má zajištěnou bezpečnost	≈ Zajisti klientovi bezpečné prostředí
<input type="checkbox"/> Sedace a možných poruch CNS	<input type="checkbox"/> Klient neohrožuje sebe ani okolí	≈ Použij omezovací prostředky
<input type="checkbox"/> Imobilizace	<input type="checkbox"/> Klient je omezen v pohybu – na minimální nutnou dobu	≈ Kontroluj prokrvení ,stav kůže a pohyblivost končetin
<input type="checkbox"/> Abuzu alkoholu, drog		
Hodnocení: Klient je/ není zmatený Klient je / není omezen v pohybu Klient nemá poruchy prokrvení,hybnosti a kožní integrity během kurtování		

Verbální komunikace porušená z důvodu:		
<input type="checkbox"/> Změny stavu vědomí	<input type="checkbox"/> Klient komunikuje v rámci možností	≈ Mluv s klientem pomalu, zřetelně, klidně
<input type="checkbox"/> Zavedení ETK/TSK	<input type="checkbox"/> Klient prokazuje pochopení mluveného slova, gest	≈ Zajisti komunikaci pomocí alternativních prostředků
<input type="checkbox"/> Základního onemocnění		≈ Vysvětluj Klientovi prostředky komunikace
<input type="checkbox"/> Jazykové bariéry		≈ Zajisti klientovi kontakt s rodinou
		≈ Zajisti překladatele d.p
Hodnocení: S klientem nelze navázat kontakt Při komunikaci s klientem jsou použity alternativní prostředky		

**Zdroj: vlastní**

## **Příloha 17 - Rozhovory sestry - I etapa**

- Jaká je délka Vaší praxe na ARO Jihlava?
- Myslíte si, že ošetrovatelská dokumentace používaná na Vašem pracovišti zahrnuje všechny oblasti péče o pacienta? Pokud ne tak která/které chybí?
- Vyhovuje Vám stávající ošetrovatelská dokumentace používaná na Vašem pracovišti? Pokud ne tak proč?
- Jak by se dle Vašeho názoru dala ošetrovatelská dokumentace na Vašem oddělení změnit?
- Je dle Vašeho názoru lepší dokumentace, kde jsou předepsaná data, která se zaškrťávají nebo dokumentace, kde se přímo data vpisují?
- Myslíte si, že ošetrovatelská dokumentace je přínosem v péči o pacienty a vede k jejímu zlepšení?
- Pracují lékaři na Vašem oddělení s ošetrovatelskou dokumentací?
- Jsou data z ošetrovatelské dokumentace pro lékaře přínosem v léčbě pacientů?

### **Příloha 18 – Rozhovory lékaři - I etapa**

- Používáte na Vašem oddělení ošetřovatelskou dokumentaci?
- Jsou pro Vás data z ošetřovatelské dokumentace přínosná při léčbě pacientů ?
- Vyhovuje Vám stávající ošetřovatelská dokumentace používaná na Vašem oddělení? Pokud ne tak proč?
- Jak by se dle Vašeho názoru dala používaná ošetřovatelská dokumentace na Vašem oddělení změnit?

### **Příloha 19 – Rozhovory – III. etapa lékaři i sestry**

- Vyhovuje Vám inovovaná ošetřovatelská dokumentace? Pokud ne tak proč?
- Je něco co by se ještě v nové dokumentaci dalo změnit?
- Jsou podle Vašeho názoru v nové dokumentaci dostatečně zahrnuty všechny oblasti péče o pacienta? Pokud ne tak která/které chybí?
- Myslíte si, že lze inovovanou ošetřovatelskou dokumentaci používat v praxi? Pokud ne tak proč?

