

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Tereza Chalánková

**Využití standardizované ošetrovatelské terminologie
v klinické praxi**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 18. 6. 2021

Podpis

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Lence Mazalové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady, připomínky a čas vynaložený na kontrolu a konzultace během tvorby této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které souhlasily s účastí na výzkumném šetření.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Standardizovaná ošetrovatelská terminologie

Název práce v ČJ: Využití standardizované ošetrovatelské terminologie v klinické praxi

Název práce v ANJ: The use of standardized nursing terminology in clinical practice

Datum zadání: 2020-02-05

Datum odevzdání: 2021-07-09

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Chalánková Tereza

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Všeobecné sestry v České republice vykonávají ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu dle platné legislativy. Dále mají povinnost ošetrovatelskou péči dokumentovat. V České republice není zákonně jednotně určený obsah ošetrovatelské dokumentace. Standardizovaná ošetrovatelská terminologie představuje nástroj pro jednotnou a efektivní dokumentaci ošetrovatelského procesu. *Cílem teoretické části* této diplomové práce bylo sumarizovat aktuální dohledané poznatky o využití standardizované ošetrovatelské terminologie v ošetrovatelské praxi. *Cílem empirické části* této diplomové práce bylo popsat a porovnat zkušenosti všeobecných sester s využitím standardizovaných ošetrovatelských terminologií v ošetrovatelské praxi v České republice společně s faktory, které jejich využívání v ošetrovatelské praxi ovlivňují. V *metodologii* výzkumu byl využit kvalitativní přístup, ke sběru dat byla využita metoda polostrukturovaného interview. K analýze dat byly použity metody deskripce, komparace a metoda tematické analýzy. *Výsledky* empirické části potvrdily výsledky teoretické části. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry v České republice zaznamenávají

ošetřovatelskou péčí do dokumentace nejednotným způsobem a k záznamu péče využívají standardizované dokumenty, ne však standardizovanou ošetřovatelskou terminologii. Dále výsledky výzkumu ukázaly, že všeobecné sestry v České republice vnímají 5 oblastí faktorů, které ovlivňují využívání standardizovaných ošetřovatelských jazyků v klinické praxi. Tyto oblasti faktorů jsou následující: vědomosti a vzdělání, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum a ostatní. Výsledky této diplomové práce mohou být přínosné pro bližší pochopení problematiky klinického využití standardizovaných ošetřovatelských jazyků mezi všeobecnými sestrami v klinické praxi.

Abstrakt v ANJ: Nurses in the Czech Republic perform nursing care using the nursing process method according to the actual legislation. Furthermore, they are obliged to document nursing care. In the Czech Republic, the content of nursing documentation is not legally settled. Standardized nursing terminology is a tool for uniform and effective documentation of the nursing process. *The aim of the theoretical part* of this diploma thesis was to summarize the current findings on the use of standardized nursing terminology in nursing practice. *The aim of the empirical part* of this diploma thesis was to describe and compare the experience of nurses with the use of standardized nursing terminology in nursing practice in the Czech Republic, together with the factors that affect their use in nursing practice. A qualitative approach was used in the research *methodology*, and a semi-structured interview method was used for data collection. The methods of description, comparison and the method of thematic analysis were used for data analysis. *The results* of the empirical part confirmed the results of the theoretical part. It was found that nurses in the Czech Republic record nursing care in the documentation in a non-uniform way and use standardized documents to record nursing care, but do not use the standardized nursing terminology. Furthermore, the results of the research showed that nurses in the Czech Republic perceive 5 areas of factors, that affect the use of standardized nursing languages in clinical practice. These areas of factors are as follows: knowledge and education, clinical practice, health policy and resources, research and others. The results of this diploma thesis can be beneficial for a closer understanding of the issue of clinical use of standardized nursing languages among nurses in clinical practice.

Klíčová slova v ČJ: ošetřovatelství, standardizovaná terminologie, standardizovaný jazyk, bariéry, překážky, problémy, potíže, úskalí, přístup

Klíčová slova v ANJ: nursing, standardized terminology, standardized language, barriers, obstacles, challenges, difficulties, issues, problems, attitude

Rozsah: 79 stran / 4 přílohy

OBSAH

Úvod.....	9
1 Popis rešeršní činnosti.....	11
2 Současné poznatky týkající se problematiky standardizovaných ošetrovatelských terminologií	13
2.1 Explikace termínů a pojmů k problematice standardizovaných ošetrovatelských terminologií	13
2.2 Výhody ve využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií	18
2.3 Faktory ovlivňující využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi	22
2.4 Shrnutí teoretických východisek	29
3 Metodika výzkumu využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi.....	33
3.1 Výzkumné cíle	33
3.2 Charakteristika souboru.....	34
3.3 Metoda sběru dat	35
3.4 Realizace výzkumného šetření, souhlas etické komise.....	36
3.5 Metody zpracování dat	37
4 Výsledky výzkumu využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi.....	39
4.1 Výsledky vztahující se k dílčímu cíli č. 1	39
4.2 Výsledky vztahující se k dílčímu cíli č. 2.....	43
5 Diskuse	52
5.1 Limity výzkumného šetření	60
Závěr	62
Referenční seznam	64

Seznam zkratk.....	72
Seznam příloh	73
Přílohy	74

Úvod

Ošetřovatelství ve 21. století představuje samostatný vědní obor, který je charakterizovaný prvky vědní disciplíny. Každá vědní disciplína musí mít vlastní systém vědecké komunikace, jinými slovy vlastní terminologii či taxonomii, která bude jednotná pro celý obor, uzákoněná a standardizovaná (Archalousová, Vörösová a Solgajová, 2015, s. 15).

Všeobecné sestry poskytují péči metodou ošetřovatelského procesu, který umožňuje ošetřovatelskému personálu pojmenovat klinické problémy a následně je řešit, což zvyšuje profesionalitu oboru ošetřovatelství (Wang, Yu a Hailey, 2015, s. 562). Standardizovaná ošetřovatelská terminologie slouží k zachycení a pojmenování jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu (posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení péče), usnadňuje komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a je nezbytná pro kvalitní vedení výzkumu v ošetřovatelství. Výhody ve využívání standardizovaných terminologií v ošetřovatelství byly mnohými studiemi potvrzeny. Mezi hlavní výhody patří usnadnění komunikace mezi ošetřovatelským personálem navzájem, mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu a usnadnění komunikace mezi všeobecnou sestrou a příjemcem péče. Používání standardizovaných jazyků v ošetřovatelství dále zviditelňuje práci všeobecných sester, přímo reflektuje vliv ošetřovatelských činností na pacientovy zdravotní výsledky (Tastan a spol., 2014, s. 1161-1162) a umožňuje měřit náklady na péči, popřípadě je i snižovat (Park a Lee, 2014, s. 35). Mezi hlavní výhody je nutné zařadit i finální spokojenost pacienta s poskytovanou péčí, která je poskytována kvalitně a bezpečně a zaznamenávána jednoznačně pomocí standardizovaných ošetřovatelských jazyků (Lundberg, 2008, s. 2). V neposlední řadě standardizované jazyky v ošetřovatelství umožňují jejich využití coby edukačního rámce pro budoucí ošetřovatelské pracovníky (Wang, Yu a Hailey, 2015, s. 562) a manažery v ošetřovatelství (Ameel, Kontio a Junttila, 2019, s. 2900).

Nicméně i přes jednoznačně potvrzené výhody stále ještě sestry v České republice standardně tyto terminologie v klinické praxi nevyužívají. Faktory, které ovlivňují využívání SOT v klinické praxi ošetřovatelství jsou zkoumány v mnohých studiích a jsou i předmětem zkoumání této diplomové práce.

Hlavním cílem této diplomové práce je popsat využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi v souvislosti s faktory, které ovlivňují dokumentaci ošetrovatelské péče pomocí standardizovaných ošetrovatelských jazyků.

1 Popis rešeršní činnosti

V rámci popisu strategie rešeršní činnosti byl využit následující algoritmus rešeršní činnosti, který podrobněji zpracovává informace o postupu rešerše. Rešeršní činnost probíhala v srpnu a září roku 2020.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v českém jazyce: ošetrovatelství, standardizovaná terminologie OR standardizovaný jazyk, bariéry OR překážky OR problémy OR potíže OR úskalí OR přístup
- klíčová slova v anglickém jazyce: nursing, standardized terminology OR standardized language, barriers OR obstacles OR challenges OR difficulties OR issues OR problems OR attitude
- jazyk: český jazyk, slovenský jazyk, anglický jazyk
- období: 2008 až 2020
- další kritéria: dostupný plný text, pouze články, recenzovaná periodika



DATABÁZE:

Medvik, EBSCO, Pubmed, OVID, Wiley online library



Nalezeno 199 článků

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

Medvik: 6 článků

EBSCO: 71 článků

Pubmed: 95 článků

OVID: 2 články

Wiley online library: 25 článků



Vyřazující kritéria:

Články, jejichž název či abstrakt neodpovídal teoretickým cílům diplomové práce

Duplicitní články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 44 dohledaných článků na základě rešeršní činnosti. Dále byly použity 2 monografie, 2 elektronická skripta, 1 závěrečná kvalifikační práce a 3 legislativní dokumenty.

2 Současné poznatky týkající se problematiky standardizovaných ošetrovatelských terminologií

Všeobecná sestra je zdravotnický pracovník zodpovědný za neustálé, kontinuální rozpoznávání pacientových potřeb a za poskytování optimální ošetrovatelské péče (Macieira a spol., 2018, s. 1205). Dle platné legislativy České republiky je všeobecná sestra coby profesionál v ošetrovatelské péči povinna poskytovat základní či specializovanou ošetrovatelskou péči jednotlivcům, rodinám a komunitám metodou ošetrovatelského procesu (Česká republika, 2017, s. 4361).

Standardizované jazyky v ošetrovatelství by měly být flexibilní, tedy měly by umět pokrýt problematiku v nejrůznějších oblastech. V dnešní době je potřebné, aby terminologie dokázaly popsat potřeby u všech pacientů v různých zdravotních situacích. V posledních letech byla uskutečněna řada studií, které se zabývaly využitím standardizovaných ošetrovatelských terminologií (SOT) v nejrůznějších odvětvích péče, jako například v oblasti reprodukční medicíny (Romeiro a Caldeira, 2018), v oblasti intenzivní péče (Ferreira a spol., 2016), v oblasti onkologie (Tseng a Moorhead, 2014), psychiatrie (Ameel, Kontio a Junttila, 2019), v oblasti péče o rány (Oliveira a spol., 2016) a v mnohých dalších oblastech. Výsledky těchto studií poukázaly na možnost širokého a efektivního využití standardizovaných ošetrovatelských jazyků.

2.1 Explikace termínů a pojmů k problematice standardizovaných ošetrovatelských terminologií

Už v 70. letech 20. století si některé zdravotnické organizace začaly uvědomovat potřebu kvantifikace zdravotní péče pomocí zdravotnické dokumentace (Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 163). Na konci 80. let 20. století byl kladen vyšší důraz na zviditelnění výsledků zdravotní péče, aby mohla být zdravotní péče adekvátně proplácena podle určitého pravidla (podle podílu na výsledcích zdravotního stavu pacienta) (Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 435). Lékaři již v té době používali standardizovanou terminologii Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD), která jim i nyní umožňuje výběr lékařské diagnózy včetně vlastního kódu (Ali a Sieloff, 2017, s. 349). I všeobecné sestry si začaly uvědomovat potřebu jednotného záznamu ošetrovatelské péče, a proto začaly vznikat standardizované ošetrovatelské

terminologie (SOT), které měly zviditelnit ošetrovatelskou péči a odlišit ošetrovatelské činnosti od lékařských (Macieira a spol., 2019, s. 1402).

Celosvětově nyní existuje několik ošetrovatelských terminologií, nicméně dle Americké asociace sester je v současné době uznáváno sedm standardizovaných jazyků popisujících kroky ošetrovatelského procesu: NANDA-I (North American Nurses Diagnoses Association – International), NIC a NOC (Nursing Interventions/Outcomes Classification), Omaha systém, ICNP (International Classification for Nursing Practice), klasifikace PNDIS (Perioperative Nursing Data Set) a CCC (Clinical Care Classification). Klasifikace NANDA-I, NIC a NOC jsou nejčastěji uváděny pod společnou zkratkou NNN dle počátečních písmen a dohromady utvářejí terminologický celek „Aliance 3N“ pro ošetrovatelskou diagnostiku, výsledky péče a ošetrovatelské činnosti. Všechny SOT uznané Americkou asociací sester je možné zařadit do dvou zdravotnických multioborových elektronických terminologií: LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes), která se zaměřuje na laboratorní a klinická posouzení u pacientů, a SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms), která zahrnuje posouzení, diagnostiku, výsledky péče a intervence k nim vedoucí (Macieira a spol., 2019, s. 1402; Tastan a spol., 2014, s. 1161-1162; Westra a spol., 2015, s. 601). SNOMED CT je mezinárodní zdravotnickou terminologií, která je znovu vydávána každých 6 měsíců a zahrnuje širší oblast péče. Je hierarchicky uspořádaná a její hlavní oporu tvoří 19 konceptů neboli domén, jako například klinické nálezy či procedury. Když terminologie SNOMED CT vznikala, proběhly pokusy o její propojení se SOT (Kim, Hardiker a Coenen, 2014, s. 214).

NANDA-I je nejstarší standardizovanou ošetrovatelskou terminologií, která poskytuje všeobecným sestřím výběr vhodné ošetrovatelské diagnózy na základě indikátorů, které se u pacienta vyskytují (určující znaky, rizikové faktory, související faktory). Všeobecná sestra tak využívá kritické myšlení při výběru vhodné ošetrovatelské diagnózy. NANDA-I diagnózy jsou seřazeny hierarchicky do 3 úrovní, kdy nejvyšší diagnostickou úroveň tvoří domény, ty jsou rozčleněny do tříd a třídy následně na jednotlivé diagnózy. NIC představuje terminologii poskytující ošetrovatelskému personálu výběr vhodné intervence, která povede ke chtěným výsledkům u pacienta. Každá intervence je kódovaná zvlášť a skládá se z výběru vhodných aktivit. Intervence jsou stejně jako diagnózy tříděny hierarchicky na

domény a třídy. NOC je terminologie nabízející všeobecným sestřám výběr z možných výsledků, kterých lze při použití vhodných intervencí dosáhnout. Každý výsledek obsahuje pětistupňovou škálu a indikátory, které jsou na této škále hodnoceny pro posouzení změny zdravotního stavu u daného pacienta (Jarošová a spol., 2012, s. 106; Lundberg a spol., 2008, s. 7-10; Thede a Schwirian, 2015, s. 1; Westra a spol., 2015, s. 601). Aliance NNN vznikla spojením klasifikací NANDA-I, NIC a NOC v roce 2001 po čtyřletém procesu tvorby propojení mezi těmito třemi jazyky. Terminologie NNN tak představuje komplexní jazyk pro volbu ošetrovatelského problému (NANDA-I diagnózy), následně volbu chtěného výsledku u pacienta (NOC) a nakonec intervence (NIC), které k tomuto výsledku povedou (Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 435).

Omaha systém je druhou nejstarší terminologií, která je především používána pro potřeby dokumentace komunitní péče, zejména ve Spojených státech amerických. Systém poskytuje všeobecným sestřám rámec pro dokumentaci ošetrovatelského procesu ve třech dílčích krocích (diagnostika, stanovení výsledků a intervencí). Omaha systém nabízí 42 ošetrovatelských diagnóz ve 4 doménách, ošetrovatelské intervence volené postupně ve 4 stupních (problém, kategorie, záměr a popis péče) a ošetrovatelské výsledky (celkem 76), u kterých lze pomocí pětistupňové Likertovy stupnice hodnotit proces poskytované péče. Výsledky se v Omaha systému dělí do třech oblastí, kterých chceme u pacienta dosáhnout: vědomosti, chování a stav. I Omaha systém je tedy nástrojem, při jehož použití musí všeobecné sestry používat kritické myšlení pro vhodnou volbu diagnóz, výsledků a intervencí. Omaha systém má významnou výhodu v tom, že není vlastněn žádnou společností či organizací a jeho použití je proto celosvětově zdarma (Beňová, Boledovičová a Bowles, 2016, s. 181-182; Schenk a spol., 2017, s. 642; Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 163-164). Ačkoliv je nejčastěji klasifikace Omaha spojována s komunitní péčí, je možné ji využít k dokumentaci ošetrovatelské péče v různých odvětvích (i u akutní péče včetně péče intenzivní) (Schenk a spol., 2017, s. 641-642), a zaměřuje se zejména na kontinuitu poskytování ošetrovatelské péče (Beňová, Boledovičová a Bowles, 2016, s. 182).

ICNP je jednotnou ošetrovatelskou terminologií, která má celosvětové využití. Tento jazyk obsahuje stejně jako oba předchozí jazyky ošetrovatelské diagnózy, výsledky a aktivity k výsledkům vedoucí (Hou a spol., 2013, s. 419). ICNP je

terminologie vytvořená Mezinárodní radou sester a je využitelná na mnohých pracovištích po celém světě. Každé dva roky je vydána nová obnovená verze ICNP (Kim, Hardiker a Coenen, 2014, s. 213-214). Existují i různé podmnožiny ICNP, které jsou vytvářeny k použití u konkrétních oblastí ošetrovatelské péče, tedy u pacientů s podobným klinickým stavem (například podmnožiny „kritická péče“, „dementia u pacientů v komunitní péči“ a další.). Tyto podmnožiny usnadní všeobecným sestřám výběr z určité skupiny diagnóz, výsledků a intervencí dle této zvolené skupiny (Carvalho, Cubas a Nóbrega, 2017, s. 431). Podmnožiny lze také jinak pojmenovat jako ICNP katalogy (Kim, Hardiker a Coenen, 2014, s. 214).

Standardizované ošetrovatelské terminologie CCC a PNDS jsou jazyky, které jsou nejméně často objektem výzkumných šetření (Macieira a spol., 2018, s. 1207). Jazyk Clinical Care Classification poskytuje šablonu pro standardní dokumentování ošetrovatelských diagnóz, intervencí a zhodnocení ošetrovatelské péče. Perioperative Nursing Data Set poskytuje rámec pro záznam ošetrovatelských diagnóz, intervencí a výsledků u pacienta v perioperační péči (De Groot a spol., 2020, s. 3).

I přes značné množství standardizovaných jazyků rozpoznávaných a schválených Americkou asociací sester vznikají nové standardizované jazyky, které však nesplňují požadavky stanovené touto asociací, jako například dostatečnou specifickou pro ošetrovatelskou péči. Příklady takových jazyků jsou Gordon (Vzorce funkčního zdraví), Mezinárodní klasifikace funkčnosti, disability a zdraví (ICF) či Nástroj k posouzení občana (RAI) (De Groot a spol., 2020, s. 2-3).

Současné systematické přehledy zkoumající SOT poukazují i na zastoupení jednotlivých předmětů zkoumání v obsažených studiích. Nejvíce studií týkajících se standardizovaných ošetrovatelských jazyků se v současné době zaměřuje na vliv a efektivitu ošetrovatelské péče na celkové zdravotní výsledky příjemců péče. Dále se poměrně velké procento studií zaměřuje na popis ošetrovatelské péče s pomocí SOT. Nejmenší procento studií zkoumá využitelnost standardizovaných jazyků v ošetrovatelské praxi a překážky s tím spojené. Tastan a spol. ve svém systematickém přehledu zkoumali zastoupení jednotlivých standardizovaných ošetrovatelských terminologií schválených Americkou asociací sester ve studiích vedených od roku 1985 do roku 2011. Autoři ve svém průzkumu zjistili, že pouze 45

z celkového počtu 312 studií (14 %) se zabývalo postojem sester k aktuálnímu využití standardizovaných jazyků v klinické praxi ošetrovatelství. Dále autoři zjistili, že 64 studií (20 %) zkoumalo míru využití SOT v ošetrovatelské dokumentaci (2014, s. 1167). Macieira a spol. se ve svém systematickém přehledu zaměřili na analýzu ošetrovatelských dat, která reflektují vliv ošetrovatelské péče na výsledky příjemce péče. Výsledky přehledu ukazují, že pouze 9 z 45 studií (20 %) bylo zaměřeno na využití standardizovaných jazyků v ošetrovatelské praxi a na překážky s tím spojené (2019, s. 1402 a 1404). Topaz, Golfenshtein a Bowles vytvořili systematický přehled studií zabývajících se Omaha systémem. Autoři zkoumali 56 studií, z nichž nejmenší část (9 %) tvořila skupina studií zaměřených na analýzu ošetrovatelského procesu. Určitý počet studií byl dle autorů zaměřen i na integraci Omaha systému do klinické praxe, nicméně autoři přesný počet těchto studií neuvádějí, což představuje limitaci studie (2014, s. 165). Macieira a spol. vedli i jiný systematický přehled, jehož předmětem zkoumání byla analýza 35 publikací zabývajících se využitím SOT v elektronických záznamech ve zdravotnictví. Autoři uvedli, že největší část studií (34 %) byla zaměřena na dokumentaci ošetrovatelské péče pomocí SOT v různých oblastech péče. Autoři uvedli i fakt, že nejvíce studií (60 %) se zabývalo elektronickým záznamem pomocí terminologie NNN a 29 % studií pomocí Omaha systému (2018, s. 1208-1209 a 1211). Strudwick a Hardiker provedli systematický přehled empirických článků zabývajících se terminologií ICNP. Uvedli, že největší procento studií (63 %) se zaměřovalo na popis ošetrovatelské péče u určitých skupin pacientů či v různých oblastech klinické praxe. Systematický přehled tak dokazuje využitelnost této terminologie v různých klinických odvětvích. Dále se značné množství studií (21 %) zaměřovalo na vhodnost použití jazyku ICNP v různých zemích, na testování jazykové validity a reliability. Nejmenší část studií (5 %) se zaměřovala na výzkum související s rozvojem znalostí v konkrétní klinické oblasti ošetrovatelské péče (2014, s. 216-217).

2.2 Výhody ve využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií

Využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií s sebou přináší řadu výhod, které byly mnohými autory a studii již v minulosti potvrzeny. V první řadě se jedná o usnadněnou komunikaci mezi ošetrovatelským personálem navzájem i snazší komunikaci mezi všeobecnými sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu. Dále dochází ke zviditelnění práce všeobecných sester, zviditelnění vlivu ošetrovatelské péče na výsledky u pacienta, zkvalitnění ošetrovatelské péče, usnadnění dodržování standardů a zvýšení pocitu pracovní spokojenosti a seberealizace všeobecných sester (Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 442). SOT podporují autonomii ošetrovatelské péče a napomáhají rozvoji vědního oboru ošetrovatelství (Pospíšilová, Kyasová a Juřeníková, 2011, s. 422), usměrňují ošetrovatelský výzkum a rozvíjejí ošetrovatelskou teorii (Beňová, Boledovičová a Bowles, 2016, s. 181). Jednotný jazyk podporuje individualizovaný přístup v péči o jednotlivé pacienty, podporuje profesní zodpovědnost, usnadňuje plánování péče s ohledem na finanční nákladovost a lze jej využít jako výukový materiál (Mynaříková a Žiaková, 2014, s. 117-118). Použitím standardizované ošetrovatelské terminologie v ošetrovatelské dokumentaci dochází k lepšímu rozvrhnutí času a jeho úspoře (Tastan a spol., 2014, s. 1162).

V současné době se veškeré vědní obory posouvají kupředu. Změny se týkají především elektronizace informací a využívání informačních technologií. Zdravotnictví představuje velký multioborový nadnárodní systém, který již v dnešní době vyžaduje elektronizaci dat. V současnosti existuje velký elektronický datový systém shromažďující zdravotnické záznamy, takzvaný EHR (Electronic Health Records). Institut medicíny definuje EHR jako systém komponent, které umožňují ve zdravotnickém prostředí sbírat, používat, uchovávat a vyhledávat záznamy o zdravotním stavu pacientů (Conrad a spol., 2012, s. 444). Data z EHR lze dále ukládat do velké databáze klinických dat nazvané CDRs (Clinical Data Repositories). Oba systémy dohromady představují obrovské množství zdravotnických informací, které jsou elektronicky uchovávány a dostupné (Westra a spol., 2015, s. 601). Elektronické záznamy ve zdravotnictví stále častěji nahrazují psanou dokumentaci a poskytují mnohé výhody, jako například sekundární analýzu patientských dat,

kvantifikaci zdravotní péče, umožnění získání statistických výsledků péče (Ameel a spol., 2020, s. 3436) a možnost vytvářet nové znalosti na základě analyzovaných informací (Conrad a spol., 2012, s. 444). Mnozí poskytovatelé zdravotní péče stále častěji investují do informačních technologií ve snaze dosáhnout kvalitní a bezpečné péče vedoucí ke chtěným výsledkům (Strudwick a Hardiker, 2016, s. 215).

Macieira a spol. uvádějí, že ošetrovatelský personál činí největší část zdravotnických pracovníků ve Spojených státech amerických, kde v roce 2016 pracovalo přes 3 miliony registrovaných sester v různých typech zdravotnických zařízení. Nicméně autoři uvedli, že i přes velký počet poskytovatelů ošetrovatelské péče nelze efektivně hodnotit vliv ošetrovatelské péče na pacientovy zdravotní výsledky. Ošetrovatelská dokumentace by tudíž měla být významnou součástí elektronických záznamů ve zdravotnictví (EHR), aby bylo možné elektronicky zaznamenávat, sledovat a hodnotit vliv ošetrovatelské péče na zdravotní stav pacienta (Macieira a spol., 2019, s. 1402). Ošetrovatelská dokumentace je definovaná jako proces zaznamenávaný všeobecnými sestrami o poskytované ošetrovatelské péči a reflektující kroky ošetrovatelského procesu. Standardizovaná terminologie slouží všeobecným sestrám jako průvodce jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu, zlepšuje formulaci ošetrovatelských problémů a pomáhá vybrat vhodné intervence pro jejich řešení (De Groot a spol., 2020, s. 2). Ali a Sieloff uvádějí, že dokumentace ošetrovatelské péče je možná díky použití standardizovaných ošetrovatelských terminologií, které umožňují jednotně popsat ošetrovatelské problémy, výsledky a intervence, definují koncepty ošetrovatelství jako vědního oboru, reprezentují dosavadní ošetrovatelské poznatky a umožňují vést praxi založenou na důkazech (2017, s. 347).

Macieira a spol. v systematickém přehledu z roku 2019 uvádějí, že pokud je volný text v ošetrovatelské dokumentaci nahrazený standardizovanými termíny, tak dojde k minimalizaci chyb, jako jsou například zdvojené informace či překlepy. Nicméně pokud všeobecná sestra doplní standardizovaný pojem vlastní poznámkou s konkretizací, může tak dojít k lepšímu porozumění termínu u konkrétního pacienta (2019, s. 1408). V tomto souhlasí i De Groot a spol., kteří uvádějí, že v dokumentaci by měl vždy existovat alespoň malý prostor pro doplňující volný text, který by upřesnil konkrétní pacientovu situaci. Dále autoři uvádějí, že pro minimalizaci chyb je důležité vést dokumentaci jednoznačným jazykem, tedy že text v dokumentaci bude mít

jediné jednoznačné vysvětlení. Jednoznačný jazyk tak může napomoci v elektronické komunikaci mezi zdravotníky, a navíc umožňuje měřit ošetřovatelskou péči a srovnávat ji mezi jednotlivými pracovišti (2019, s. 1380 a 1390).

Pro pochopení současného stavu ošetřovatelské dokumentace je velmi přínosný systematický přehled systematických přehledů, který v roce 2019 vedli De Groot a spol. Autoři se zaměřili na zodpovězení otázek, jaká kritéria by měla kvalitní ošetřovatelská dokumentace splňovat, pomocí jakých nástrojů lze kvalitu ošetřovatelské dokumentace hodnotit a jaké požadavky by měla splňovat elektronická forma ošetřovatelské dokumentace. Autoři ve své studii uvedli, že obecné ukazatele kvality pro ošetřovatelskou dokumentaci zatím nejsou stanoveny. Dále autoři zjistili, že použití SOT v záznamu ošetřovatelské péče usnadní zahrnutí ošetřovatelského procesu do dokumentace a v neposlední řadě uvedli i požadavky, jaké by elektronická dokumentace ošetřovatelské péče měla splňovat, jako například, že ošetřovatelská dokumentace by měla obsahovat kroky ošetřovatelského procesu (De Groot a spol., 2019, s. 1380-1389).

Mnohé studie v současné době pojednávají o elektronické dokumentaci ošetřovatelské péče. Elektronická dokumentace ošetřovatelské péče musí být vedena standardizovanou formou, aby bylo možné informace jednotně shromažďovat, ukládat a sdílet (Lundberg a spol., 2008, s. 2). Potřeba elektronických záznamů neustále stoupá, proto je třeba věnovat více pozornosti kvalitě ošetřovatelské dokumentace (De Groot a spol., 2019, s. 1380). Macková a Zeleníková uvádějí, že použití SOT v elektronické dokumentaci usnadní záznam ošetřovatelské péče (2012, s. 391). Macieira a spol. uvádějí, že pro elektronickou dokumentaci ošetřovatelské péče je nezbytné použití SOT, které představují pro ošetřovatelství velký krok kupředu, neboť umožňují seskupení ošetřovatelských záznamů a vytvoření velkých informačních databází, které nejen zlepšují klinickou praxi, ale také poskytují data pro výzkum (2018, s. 1205). Tastan a spol. ve svém systematickém přehledu uvádějí, že elektronizace ošetřovatelských dat vede nejen ke zlepšení a sjednocení komunikace mezi ošetřovatelským personálem, ale i k možnosti tyto informace využít ke komunikaci mezi sestrami a veřejností, jinými poskytovateli zdravotní péče a plátcí zdravotních služeb. Autoři dále uvádějí, že ošetřovatelský management by měl zvážit využití terminologií NNN a Omaha systému v elektronické podobě, neboť právě tyto dva terminologické systémy byly

nejvíce zkoumány a mnohými studiemi byla potvrzena jejich efektivita při využití v elektronické dokumentaci. Data zaznamenávaná elektronicky pomocí standardizované terminologie dále vedou ke kvalitně vedené dokumentaci, minimalizují chybovost v dokumentaci, šetří čas strávený administrativním zpracováním dat a poukazují na finanční nákladovost péče (Tastan a spol., 2014, s. 1161-1162). I Park a Lee uvádějí, že elektronické záznamy ve zdravotnictví vedené pomocí SOT umožňují zobrazit náklady na ošetrovatelskou péči (2014, s. 35). I v systematickém přehledu Macieiry a spol. z roku 2018 autoři uvádějí některé studie zabývající se měřením výdajů na ošetrovatelskou péči pomocí SOT, konkrétně pomocí terminologií NIC a NOC. Autoři poukazují na fakt, že pokud jsou ošetrovatelská data zaznamenávaná nestrukturovaně (bez SOT), dochází k chybovosti v dokumentaci a ke vzniku málo validních informací, které mohou být rozdílně chápány napříč různými pracovišti (2018, s. 1210-1212). Park a Lee dodávají, že při použití SOT v elektronické dokumentaci dojde především k ušetření času nutného pro dokumentaci, ale dále také k ušetření financí a námahy spojené se získáváním a tříděním těchto dat (2014, s. 35). I Topaz, Golfenshtein a Bowles poukazují na fakt, že pokud je ošetrovatelská dokumentace vedena pomocí SOT, lze měřit náklady na péči a pravděpodobně je i snižovat. Dále autoři zviditelňují současný trend ve výzkumu Omaha systému, kdy stále častěji dochází k sekundární analýze elektronických dat v ošetrovatelské praxi, což vede k lepšímu pochopení vlivu ošetrovatelské péče na pacientův zdravotní stav (2014, s. 163 a 168).

Lundberg a spol. dále uvádí, že využití NNN v elektronické dokumentaci usnadňuje výběr vhodné intervence a výsledku ke zvolené diagnóze a dále zviditelňuje vliv ošetrovatelské péče na chtěné zdravotní výsledky u konkrétního pacienta (2008, s. 7-10). Elektronická dokumentace ošetrovatelské péče usnadňuje porovnávání vlivu ošetrovatelských intervencí na výsledný stav u pacienta nejen mezi pracovišti uvnitř jednoho zařízení, ale i mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními navzájem (De Groot a spol., 2020, s. 2). Macieira a spol. však poukazují na problém, který představuje nedostatečná schopnost všeobecných sester propojovat ošetrovatelské záznamy v EHR se záznamy ostatních pracovníků zdravotnického týmu (lékaři, farmaceuti), aby tak bylo možné porovnat vliv jednotlivých členů týmu na výsledný zdravotní stav u pacienta (2018, s. 1212). Conrad a spol. poukazují na další překážku, kterou je nedostatečné zahrnutí SOT do

EHR, zejména potom v domácí péči, která je stále více orientovaná na lékařské záznamy (2012, s. 444).

Již na konci 90. let 20. století Americká asociace sester vydala seznam požadavků na software dokumentující ošetrovatelskou péči v elektronické podobě. Výrobci softwarů jsou tak nuceni integrovat SOT do jejich elektronických systémů dokumentace zdravotní péče. Problémem je stále nedostatečné osvojení standardizovaných jazyků ošetrovatelským personálem (Westra a spol, 2015, s. 601). Park a Cho navíc uvádějí, že ačkoliv mnozí prodejci softwarů ošetrovatelské dokumentace tvrdí, že v jejich softwarech jsou SOT obsaženy, nebývá to však vždy pravda a je třeba tuto skutečnost kontrolovat (2009, s. 106).

2.3 Faktory ovlivňující využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi

Výhody ve využívání standardizovaných jazyků v ošetrovatelské praxi byly v mnohých studiích a systematických přehledech potvrzeny. Ačkoliv jsou benefity ve využívání SOT v dokumentaci ošetrovatelské praxe nesporné, současná podoba ošetrovatelské dokumentace péče je nestruturovaná a neefektivní (Ali a Sieloff, s. 348). De Groot a spol. souhlasí, že dle mnohých studií je ošetrovatelská dokumentace v současné době na průměrné až špatné úrovni, nicméně počet těchto studií autoři nezmiňují (2019, s. 1380).

V České republice neexistuje právní předpis, který by všeobecným sestřím přikazoval používat specifický standardizovaný jazyk (Mynaříková a Žiaková, 2015, s. 56) a dle současné legislativy České republiky všeobecné sestry nemají jednotně stanovený obsah záznamu ošetrovatelské péče a každé zdravotnické zařízení si tento obsah volí podle svého uvážení (Česká republika, 2018, s. 1772). Dle vyhlášky č. 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků Sb. v aktuálním znění musí všeobecné sestry poskytovat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu a svoji péči musí zaznamenávat do dokumentace (Česká republika, 2017, s. 4361). Legislativa České republiky tedy všeobecným sestřím nepřikazuje, aby standardizované ošetrovatelské jazyky pro dokumentaci své péče používaly, ale ani jim to nezakazuje. Nicméně, i samotné zaznamenávání kroků ošetrovatelského procesu v dokumentaci péče je v současnosti problematické, neboť všeobecné sestry v klinické praxi vnímají překážky v záznamu

ošetřovatelského procesu, na což poukazují autorky Macková a Zeleníková. Autorky poukazují na překážky, které brání všeobecným sestřím zaznamenávat ošetřovatelské diagnózy do dokumentace péče. Autorky dále uvádějí, že administrativní zátěž a nedostatek času na pacienta, současná podoba péče zaměřená na plnění lékařských ordinací, nemožnost aplikovat ošetřovatelské diagnózy na konkrétního pacienta a obavy všeobecných sester z kritiky a posmívání ze stran kolegů mohou být faktory, které ovlivňují ošetřovatelskou diagnostiku v klinické praxi (2012, s. 391).

Pokud budou standardizované ošetřovatelské jazyky povinně zahrnuty do elektronických dokumentací, budou všeobecné sestry nuceny je používat a osvojit si je (Westra a spol., 2015, s. 601). Avšak stále existují překážky bránící začlenění SOT do elektronické dokumentace zdravotní péče (Ali a Sieloff, 2017, s. 347). Westra a spol. tyto překážky člení do 4 kategorií: znalosti, praxe, zdroje/prostředky či politika a výzkum (2015, s. 601).

Aby byly všeobecné sestry schopné SOT ve své klinické praxi používat, je potřeba, aby rozvíjely své intelektuální, mezilidské a technické schopnosti (Macková a Zeleníková, 2012, s. 396). **Znalosti** v oblasti využívání elektronické dokumentace v ošetřovatelské praxi všeobecné sestry získávají během studia ošetřovatelství, kde jsou seznamovány s informačními technologiemi, nicméně ne všechny vzdělávací programy a fakulty zahrnují tuto výuku pomocí standardizovaných ošetřovatelských terminologií. Navíc bývá nízká úroveň znalostí ve SOT mezi vyučujícími informatiky. Proto všeobecné sestry nejsou připraveny používat a požadovat používání SOT v následné klinické praxi (Westra a spol., 2015, s. 601). Park a Cho ve své studii souhlasí, že ačkoliv se všeobecné sestry vzdělávají v informačních systémech, málokterý vzdělávací program zaručuje výuku v elektronické dokumentaci pomocí SOT (2009, s. 104). I Topaz, Golfenshtein a Bowles uvádějí, že neexistuje dostatečný důkaz o tom, jaký způsob vzdělávání v informačních technologiích a elektronických záznamech ve zdravotnictví je nejefektivnější, což vede k vytváření značného množství chyb v elektronické ošetřovatelské dokumentaci (2014, s. 168). Toto potvrzují i Conrad a spol., kteří uvádějí, že všeobecné sestry v primární péči hodnotí vzdělávání v informačních technologiích jako nedostatečné (2012, s. 444).

Aby mohly všeobecné sestry standardizovaný jazyk ve své práci používat, je třeba, aby jeho používání studovaly. Park a Cho uvádějí, že pokud by bylo bakalářské studium budoucích všeobecných sester vedeno pomocí standardizovaných ošetrovatelských terminologií, tak by všeobecné sestry v následné praxi tyto SOT používaly snadněji (2009, s. 104). Olatubi a spol. uvádí, že při seznamování studentů ošetrovatelství s NANDA-I terminologií byly ohlasy studentů všeobecně pozitivní. Nicméně studenti uvedli, že mezi ošetrovatelskými a lékařskými diagnózami neshledali významný rozdíl a že se cítili při používání tohoto jazyka nepohodlně, nicméně nebyly uvedeny důvody proč. Autoři dále uvádí, že znalost SOT automaticky neznamená jejich využívání v klinické praxi (2018, s. 44). V tomto souhlasí i Thede a Schwirian, kteří uvádějí, že s výjimkou terminologie NANDA-I méně než polovina všeobecných sester vzdělaných v používání některé SOT ji následně používalo i v praxi (2013, s. 1). I Žiaková a spol. uvedli některé bariéry v ošetrovatelské diagnostice spojené se vzděláváním všeobecných sester. Mezi tyto bariéry autoři zařadili nedostatek literatury ve slovenském jazyce a používání zastaralých zdrojů, problematický překlad terminologií, nejednotnou výuku mezi vyučujícími a nedostatečnou zkušenost vyučujících s klinickou praxí (2013, s. 605).

Znalosti o používání SOT lze získat nejen kvalifikačním studiem, ale i účastí na workshopech a konferencích. Příkladem je konference pořádaná Mezinárodní radou sester, která proběhla v září roku 2009 ve Varšavě. Účelem bylo obeznámit polské všeobecné sestry s využitím terminologie ICNP v praxi. Výsledkem této konference byl nárůst školení v používání ICNP po celém Polsku mezi klinickými pracovníky, manažery ošetrovatelství, ale i u akademiků ve vzdělávacích institucích. Od roku 2012 je výuka ICNP standardní součástí vzdělání budoucích všeobecných sester v Polsku (Kilanska a spol., 2016, s. 363). Edukační programy zaměřené na zlepšení ošetrovatelské diagnostiky zlepšují následné využívání ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi (Žiaková a spol., 2013, s. 602). Macková a Zeleníková také uvádějí, že znalosti v ošetrovatelské diagnostice lze získat i pomocí vzdělávacích kurzů, školení a seminářů. Autorky naopak dodávají, že vzdělávací kurzy v ošetrovatelské diagnostice mohou být efektivní jen v případě, pokud dojde k poklesu počtu pacientů na jednu všeobecnou sestru a pokud bude ošetrovatelská diagnostika interdisciplinárně kladně přijata. Ačkoliv autorky vyzdvihují výhody

v dokumentaci ošetřovatelských diagnóz pomocí SOT, svůj výzkum pomocí žádného standardizovaného jazyka nevedly, jejich výzkum byl zaměřen na ošetřovatelskou diagnostiku z obecného hlediska, což představuje limitaci studie (2012, s. 391 a 397).

Ali a Sieloff poukazují na bariéru v jiné oblasti znalostí. Konkrétně poukazují na nedostatek znalostí o výhodách SOT mezi ošetřovatelskými manažery, kteří stojí v čelech organizací a mají možnost ovlivnit zahrnutí standardizovaných terminologií do ošetřovatelské praxe (2017, s. 347). S tímto problémem souhlasí i Strudwick a Hardiker, kteří uvádějí, že ošetřovatelské manažery nemají dostatečné znalosti o efektivitě SOT, a proto nedostatečně usilují o jejich implementaci do elektronické dokumentace péče. Autoři dále poukazují na to, že vedoucí ošetřovatelské pracovníci by měli být vzdělaní i v oblasti informačních technologií (2016, s. 219).

Klinická praxe představuje druhou oblast bariér, která brání všeobecným sestřím ve využívání SOT. Mnohými studiemi byly potvrzeny benefity v používání SOT v klinické praxi, nicméně bariéru v klinické praxi představuje především tradiční přístup sester v dokumentaci péče a odolávání možným změnám. Ošetřovatelský personál navíc není zvyklý využívat data získaná výzkumem a provádět praxi založenou na důkazech (Westra a spol., 2015, s. 601). Dolák, Scholz a Tóthová se domnívají, že odmítání ošetřovatelských klasifikačních systémů bylo očekávatelné, neboť všeobecné sestry dříve odmítaly i metodu ošetřovatelského procesu (2012, s. 442). Ačkoliv se v praxi již běžně zaznamenává, tak efektivita dokumentace ošetřovatelské péče pomocí SOT je stále mnohými sestrami zpochybňována. Důkaz představují i neustálé změny a úpravy v jednotlivých SOT (Wang, Yu a Hailey, 2015, s. 564). I Conrad a spol. uvádějí, že všeobecné sestry v primární péči věří, že SOT nejsou pro jejich klinickou praxi důležité (2012, s. 448). Macková a Zeleníková navíc zmiňují další překážku ovlivňující ošetřovatelskou diagnostiku, a to obavy z posměchu okolí za dokumentaci péče s použitím ošetřovatelských diagnóz (2012, s. 391).

Domněnku skeptického přístupu vůči použití SOT podporují i Olatubi a spol., kteří ve svém průzkumu zjistili, že přes 39 % sester uvedlo, že standardizované jazyky nelze v klinické praxi ošetřovatelství využít, a to ani v případě proškoleného personálu. Autoři dále uvádějí faktory, které ovlivňují využitelnost SOT v klinické

praxi, jako například časovou zátěž, odkládání praktických činností na později, nedostatečné klinické využití v různých oblastech praxe a pociťování stresu či úzkosti při používání SOT (2018, s. 45-46). Časovou a pracovní zátěž jako faktory ovlivňující ošetrovatelskou diagnostiku uvádějí i Macková a Zeleníková. Faktor „počet pacientů na jednu sestru“ byl v jejich studii zvolený jako nejvýznamnější faktor ovlivňující stanovování ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi (2012, s. 396). I Paganin a spol. uvádějí počet pacientů na sestru jako významný faktor ovlivňující ošetrovatelskou diagnostiku (2008, s. 153-154). Počet pacientů na sestru je faktor, který lze zařadit buď do skupiny bariér klinické praxe, nebo do následující oblasti bariér zabývající se zdravotní politikou a prostředky, jelikož je počet pacientů na všeobecnou sestru v České republice stanovený legislativou. Konkrétně vyhláškou č. 287/2013 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v aktuálním znění (Česká republika, 2013, s. 3064).

Tastan a spol. uvádějí, že v mnohých zemích je elektronický záznam provedených ošetrovatelských úkonů již běžný, nicméně stále chybí komplexní dokumentování kritického posuzování v průběhu jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu. Jako bariéry autoři uvádějí, že sestry dávají přednost tradičnímu ústnímu předávání informací a nedostatečně využívají standardizované ošetrovatelské jazyky v klinické praxi (2014, s. 1161).

Žiaková a spol. ve své studii uvádějí klinické stimuly i bariéry v ošetrovatelské diagnostice. Mezi stimuly autoři řadí umožnění zahájit ošetrovatelskou péči na základě stanovené diagnózy, možnost sledování a vyhodnocování stavu pacienta v čase a význam diagnostiky v klinické praxi. Jako bariéry v této oblasti autoři řadí mnoho diagnóz u jednoho pacienta v intenzivní péči, negativní postoje k ošetrovatelské diagnostice, nepoužívání diagnóz z oblastí psychosociálních a spirituálních, malou ochotu pacientů mluvit o svých problémech, administrativní zátěž, čas strávený diagnostikou, nedostatek všeobecných sester, negativní vnímání ošetrovatelských diagnóz lékaři a stále často přítomný biomedicínský model pojetí péče (2013, s. 604-606).

Třetí oblast bariér představuje **zdravotní politika** a **prostředky** pro zahrnutí SOT pro praktické využití. Národní zdravotní politika mnohých zemí nepočítá s tím, že by byla ošetrovatelská terminologie zahrnuta do elektronických záznamů (EHR)

stejně jako např. lékařská Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10) (Westra a spol., 2015, s. 601-602). Ani v České republice není právně stanovena konkrétní ošetřovatelská terminologie pro záznam ošetřovatelské péče (Mynaříková a Žiaková, 2015, s. 56). Kromě problematické zdravotní politiky státu někteří autoři považují za překážku i finanční náklady na koupi licence pro používání SOT v klinické praxi (Kilanska a spol., 2016, s. 363-364). I Žiaková a spol. uvádějí bariéru národní zdravotní politiky, konkrétně potom překážku nesouladu mezi legislativními normami a lokálními standardy péče na různých pracovištích, rozpor v názvosloví mezi vyhláškou ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky a NANDA-I taxonomií (2013, s. 606). Nicméně existují i země, jejichž politický systém usiluje o implementaci SOT do elektronických záznamů ošetřovatelské péče. Příkladem takové země je Nizozemsko, kde v roce 2017 proběhlo zahrnutí standardizovaných ošetřovatelských jazyků do dokumentace domácí péče (De Groot a spol., 2020, s. 2).

Bariéru v oblasti zdravotní politiky představuje i velké množství dostupných standardizovaných ošetřovatelských terminologií, což znemožňuje výměnu informací a srovnání péče napříč systémy (Westra a spol., 2015, s. 601-602). De Groot a spol. uvádějí, že pokud jsou v různých zařízeních používány různé SOT, všeobecné sestry komunikují problematicky, neboť termíny používané v jednotlivých SOT se liší (2019, s. 1380). Tastan a spol. uvádějí, že ošetřovatelský management nemůže jednoduše vybrat vhodný standardizovaný jazyk ke klinickému využití, neboť je těchto jazyků značné množství a nejsou jednoznačná kritéria, podle kterých vhodnou terminologii vybrat a elektronicky využít (2014, s. 1169). I Ali a Sieloff souhlasí, že překážku představuje volba mezi jednotlivými SOT (2017, s. 349). Nejednotnou ošetřovatelskou terminologii jako překážku v ošetřovatelské diagnostice vnímají autorky Macková a Zeleníková, které uvádějí, že pokud by byla v České republice jednotná terminologie, všeobecné sestry by byly více motivované ve stanovování ošetřovatelských diagnóz (2012, s. 393 a 395). Gonçalves, Sequeira a Silva uvádějí, že při současném nedostatku jednotného univerzálního jazyka dochází k narušení vývoje ošetřovatelství jako vědní disciplíny (2018, s. 200). Strudwick a Hardiker souhlasí, že pokud rozdílná pracoviště používají jiné standardizované jazyky, může pak docházet k potížím při shromažďování dat do velkých informačních celků (jako je například systém EHR) (2016, s. 219). Avšak potíže mohou nastat i v použití různých softwarů na různých pracovištích, které však dokumentují ošetřovatelskou péči

pomocí stejné standardizované terminologie (např. ICNP). Problémem je, že různí výrobci elektronických systémů přistupují k tvorbě softwarů jinak, a ne všichni berou v potaz návaznost jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu (De Groot a spol., 2020, s. 2). I Lundberg a spol. uvádějí, že výběr vhodné terminologie pro elektronizaci ošetřovatelské dokumentace může být pro sestry náročný a znepokojující. Autoři dále uvádějí, že při výběru vhodného softwaru pro dokumentaci zdravotních záznamů v organizaci je nezbytné zkontrolovat, aby daný software podporoval možnost využití standardizovaných ošetřovatelských jazyků (2008, s. 2 a 17).

Ošetřovatelský management zodpovědný za implementaci SOT do klinické praxe představuje také určitou formu politiky organizace. Dle autorů Ali a Sieloff mnohé sestry na vedoucích pozicích nemají dostatečnou snahu začlenit standardizované jazyky do praxe sester, a navíc neumí získávat a analyzovat data získaná z elektronických záznamů ve zdravotnictví (EHR) (2017, s. 347). Bariéru organizace a politiky pracoviště vnímají i Žiaková a spol., kteří jako překážky v této oblasti uvádějí malý počet ošetřovatelského personálu (počet pacientů na jednu všeobecnou sestru), administrativní zátěž, způsob vedení dokumentace na oddělení, nesoulad dokumentace (lokálních standardů) s národní legislativou a nevyhodnocování efektivity ošetřovatelské diagnostiky (2013, s. 606).

Poslední oblast bariér představuje stále málo dostačující ošetřovatelský **výzkum**. Existuje sice značné množství studií zabývajících se vlivem ošetřovatelské péče na celkový zdravotní stav příjemce péče, nicméně kvalitní výzkum na vysoké úrovni zahrnující druhotné využití elektronických dat je stále v počátcích. Všeobecné sestry nejsou v současnosti připraveny vést takový výzkum, který bude využívat analýzu elektronické dokumentace (Westra a spol., 2015, s. 601-602). Ali a Sieloff uvádějí, že existují jednoznačné benefity při využívání SOT, které byly potvrzeny mnohými výzkumy, nicméně výsledky těchto výzkumů jsou stále málo viditelné (2017, s. 349). Na druhou stranu Kilanska a spol. uvádí, že současně s rozvojem využívání ICNP v klinické praxi v Polsku dochází i k rozvoji ošetřovatelského výzkumu zabývajícího se touto problematikou. Už studenti ošetřovatelství na univerzitách mají tu možnost podílet se na výzkumu případových studií, které se zabývají ICNP klasifikací, což přispívá k jejich motivaci systém využívat i v budoucnu. V roce 2014 byl v Polsku založen nový časopis „Případové studie v ošetřovatelství a

porodní asistenci“, který vydává články zabývající se implementací jazyka ICNP do praxe a jeho klinickým využitím (2016, s. 363-364). Výsledky různých výzkumů na totéž téma mohou být mnohdy matoucí a rozporuplné. Schenk a spol. uvádějí doporučení, že u podobných typů studií je vhodné používat podobné metodologické postupy, jinak mohou být výsledky těchto výzkumů velmi různorodé (2017, s. 641).

Zcela jinou oblast bariér v klinickém využívání SOT ve svém systematickém přehledu uvádějí Topaz, Golfenshtein a Bowles. Autoři uvádějí, že problémem v klinickém využití Omaha systému v některých zemích může být jeho nedostatečná jazyková a kulturní validace. Systém byl vytvořen v USA pro potřeby amerických občanů, nelze jej tedy automaticky aplikovat na některé jiné kultury, například na obyvatele Tchajvanu (2014, s. 168). Oproti tomu standardizovaná terminologie ICNP je celosvětově hojně využívána, neboť existují návody a studie, které pojednávají o jazykové validaci terminologie, což je nezbytný první krok pro kulturně-adaptační proces (Hou a spol., 2013, s. 419). Standardizovaný jazyk ICNP je používán sestrami v mnohých zemích celosvětově, například ve Švédsku, Brazílii, Portugalsku, Itálii, Norsku, Pákistánu, v Koreji a v dalších zemích včetně Polska (Kilanska a spol., 2016, s. 362). I Wang, Yu a Hailey ve své retrospektivní studii uvádějí problémy, které vznikají při klinickém využívání SOT. Autoři mezi tyto problémy řadí jazykovou nepřiměřenost při popisu komplexních ošetrovatelských problémů, pasivní přístup všeobecných sester k využívání SOT a nedostatečnou individualizaci při poskytování ošetrovatelské péče jednotlivým příjemcům péče (2015, s. 562).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Standardizované jazyky v ošetrovatelství představují jednotný a ucelený způsob kvalitního dokumentování ošetrovatelské péče. Mnohé studie pojednávají o efektivitě využití SOT v různých odvětvích klinické praxe, jako jsou například oblasti psychiatrie, interní medicíny či chirurgie, reprodukční medicíny a další (Ameel, Kontio a Junttila, 2019; Ferreira a spol., 2016; Oliveira a spol., 2016; Romeiro a Caldeira, 2018; Tastan a spol., 2014; Tseng a Moorhead, 2014). Výhody ve využívání SOT v ošetrovatelské praxi byly v mnohých studiích potvrzeny. Mezi výhody patří zejména zajištění kvalitní ošetrovatelské péče založené na důkazech, usnadnění komunikace mezi všeobecnými sestrami a zviditelnění vlivu ošetrovatelské péče na výsledky u pacienta, což může být využito i pro vyhodnocení finanční nákladovosti péče (Ali a

Sieloff, 2017, s. 347; Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 442; Macieira a spol., 2017, s. 1212; Mynaříková a Žiaková, 2014, s. 117-118; Olatubi a spol., 2018, s. 43-44; Park a Cho, 2009, s. 103-104; Tastan a spol., 2014, s. 1162 a 1169). Značné množství současných studií zkoumajících problematiku SOT se zabývá především implementací standardizovaných terminologií do elektronické dokumentace ošetrovatelské péče (Ali a Sieloff, 2017; De Groot a spol., 2017; De Groot a spol., 2019; Estrada a Dunn, 2012; Jarošová a spol., 2012; Macieira a spol., 2017; Macieira a spol., 2019; Park a Lee, 2015; Secginli, Erdogan a Monsen, 2013; Wang, Yu a Hailey, 2015; Westra a spol., 2015). Naopak relativně malé množství studií se zaměřuje primárně na překážky spojené s implementací standardizovaných jazyků do ošetrovatelské praxe, tedy i zahrnutí SOT do dokumentace ošetrovatelské péče (Ali a Sieloff, 2017; Conrad a spol., 2012; Dolák, Scholz a Tóthová, 2012; Macková a Zeleníková, 2012; Mynaříková a Žiaková, 2015; Olatubi a spol., 2018; Paganin a spol., 2008; Westra a spol., 2015; Žiaková a spol., 2013).

Faktory ovlivňující dokumentaci ošetrovatelské péče pomocí SOT lze rozdělit na bariéry (faktory bránící) a stimuly (faktory podporující) (Žiaková a spol., 2013, s. 602). Tyto faktory lze rozdělit do čtyř oblastí, kterými jsou: znalosti, klinická praxe, politika a prostředky, a nakonec ošetrovatelský výzkum (Westra a spol., 2015, s. 601). V oblasti faktorů „**vědomosti**“ byly nejvíce zmiňovány faktory: nedostatečné vzdělávání studentů ošetrovatelství v elektronických záznamech péče, nedostatečná literatura zabývající se problematikou SOT, nejednotná výuka v problematice SOT a nedostatek znalostí ošetrovatelského managementu o výhodách používání SOT v klinické praxi (Ali a Sieloff, 2017, s. 347; Conrad a spol., 2012, s. 444 a 449; De Groot a spol., 2020, s. 2 a 5-6; Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 438-439; Kilanska a spol., 2016, s. 363; Macková a Zeleníková, 2012, s. 391 a 397; Olatubi a spol., 2018, s. 44; Park a Cho, 2009, s. 104; Pospíšilová, Kyasová a Juřeníková, 2011, s. 425-430; Strudwick a Hardiker, 2016, s. 219; Thede a Schwirian, 2013, s. 1; Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 168; Westra a spol., 2015, s. 601; Žiaková a spol., 2013, s. 602 a 605). V oblasti faktorů „**klinická praxe**“ byly nejvýznamnějšími faktory: skeptický přístup všeobecných sester k inovacím a SOT, upřednostňování tradiční formy dokumentace péče, časové a personální vytížení ošetrovatelského personálu a negativní přístup k ošetrovatelským terminologiím ze strany lékařů (Ameel a spol., 2020, s. 3442; Conrad a spol., 2012, s. 448; Dolák, Scholz a Tóthová, 2012, s. 442;

Macková a Zeleníková, 2012, s. 391 a 396; Olatubi a spol., 2018, s. 45-46; Paganin a spol., 2008, s. 153-154; Tastan a spol., 2014, s. 1161; Wang, Yu a Hailey, 2015, s. 564; Westra a spol., 2015, s. 601; Žiaková a spol., 2013, s. 604-606). Oblast faktorů „**zdravotní politika a prostředky**“ představuje třetí oblast faktorů ovlivňujících využívání SOT všeobecnými sestrami v klinické praxi. Do této oblasti spadají zejména faktory: národní zdravotní politika a legislativa státu, mnoho dostupných SOT a nedostatečná schopnost ošetřovatelského managementu vybrat tu nejvhodnější, administrativní zátěž ošetřovatelského personálu a politika zdravotnické organizace (Ali a Sieloff, 2017, s. 347 a 349; De Groot a spol., 2019, s. 1380; De Groot a spol., 2020, s. 2; Gonçalves, Sequeira a Silva, 2018, s. 200; Kilanska a spol., 2016, s. 363-364; Lundberg a spol., 2008, s. 2 a 17; Macková a Zeleníková, 2012, s. 395; Mynaříková a Žiaková, 2015, s. 56; Strudwick a Hardiker, 2016, s. 219; Tastan a spol., 2014, s. 1169; Westra a spol., 2015, s. 601-602; Žiaková a spol., 2013, s. 606). Zdravotní politika státu je především ovlivněna platnou legislativou, která určuje náplň práce všeobecných sester, obsah zdravotnické dokumentace, reguluje počet pacientů na 1 sestru a další (Česká republika, 2013, s. 3064; Česká republika, 2017, s. 4361; Česká republika, 2018, s. 1772). Do oblasti faktorů „**výzkum**“ spadají především faktory: nedostatečná viditelnost výsledků výzkumných šetření a nedostatek studií zabývajících se sekundární analýzou dat kódovaných pomocí SOT.

Výjimku tvoří oblast faktorů, které lze označit jako „**jazykově-kulturní**“ faktory ovlivňující implementaci SOT do klinické praxe. Do této oblasti spadá jazyková a kulturní validace terminologií a možnost aplikovat SOT na určitou populaci. V současnosti probíhá několik studií usilujících o jazykovou a kulturní validaci některé SOT na potřeby konkrétního státu, např. Polsko nebo Čína (Hou a spol., 2013; Kilanska a spol., 2016; Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 168; Wang, Yu a Hailey, 2015, s. 562).

Faktory ovlivňující dokumentaci ošetřovatelské péče pomocí standardizovaných ošetřovatelských jazyků jsou zřejmé. V České republice v současné době probíhá ošetřovatelská dokumentace nejednotně, každé zdravotnické zařízení si volí svoji podobu ošetřovatelské dokumentace. Legislativa České republiky dále nestanovuje ani to, aby k záznamu ošetřovatelské péče byly využívány SOT, nicméně je právně stanoveno, že všeobecná sestra musí

ošetřovatelskou péčí provádět metodou ošetřovatelského procesu a musí ji dokumentovat (Česká republika, 2017, s. 4361; Česká republika, 2018, s. 1772).

Ke zkoumané problematice byla na základě sumarizace dohledaných poznatků zformulována výzkumná otázka: Jak je využívána standardizovaná terminologie všeobecnými sestrami při dokumentování ošetřovatelské péče a které faktory to ovlivňují?

3 Metodika výzkumu využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi

Jak je patrné z teoretické části, kterou shrnuje kapitola č. 2 této diplomové práce, využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií (SOT) v klinické praxi zajišťuje mnohé výhody, které z jejich využívání vyplývají. Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na popis současného způsobu dokumentování ošetrovatelské péče v klinické praxi a na shrnutí faktorů, které sestřám brání anebo je motivují k využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií pro dokumentaci ošetrovatelské péče. Pro tvorbu výzkumné části diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup. Kvalitativní výzkumné šetření je na rozdíl od kvantitativního přístupu zaměřeno nikoliv na testování vstupních hypotéz a jejich následnou statistickou analýzu, ale na podrobné zachycení skutečnosti, porozumění zkušenostem dotazovaných osob a na zachycení zkoumaného jevu ve všech jeho významových dimenzích (Gurková, 2019, s. 13).

3.1 Výzkumné cíle

Cíl výzkumné části diplomové práce je deskriptivně-komparativní. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bylo popsat a porovnat zkušenosti všeobecných sester s využitím SOT v ošetrovatelské praxi v České republice společně s faktory, které využívání SOT v ošetrovatelské praxi ovlivňují.

Dílčí cíle výzkumu byly následující:

- 1. dílčí cíl: Popsat a porovnat zkušenosti všeobecných sester se současnou dokumentací ošetrovatelské péče a s využíváním standardizované terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče.
- 2. dílčí cíl: Popsat a porovnat názory všeobecných sester na faktory, které ovlivňují využívání standardizované ošetrovatelské terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo 5 respondentů, kteří byli vybráni záměrným, nepravděpodobnostním způsobem. Tento výběr lze charakterizovat jako „dostupný výběr“, který je založený na dobrovolné účasti oslovených osob, které splňují předem stanovená vstupní (zařazovací) a vylučovací kritéria (Gurková, 2019, s. 61). Vstupní kritéria pro zařazení respondentů do výzkumného šetření byla následující:

- Absolvování navazujícího magisterského studia v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech nebo absolvování doktorského studia Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
- Alespoň 1 rok klinické praxe
- Podepsaný informovaný souhlas

Zařazující kritéria byla zvolena z toho důvodu, aby respondenti měli potřebné znalosti v oblasti standardizovaných ošetrovatelských terminologií, se kterými se intenzivně pracuje během studia ve výše uvedených oborech na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Aby byli respondenti schopni aplikovat tyto znalosti do klinické praxe, bylo zahrnuto kritérium působení minimálně 1 roku v klinické praxi.

Vylučovacím kritériem bylo neporozumění zkoumanému tématu, tedy pokud respondent nebyl schopný odpovědět na následující otázky: „Co je to ošetrovatelský proces?“ a „Co je to standardizovaná ošetrovatelská terminologie?“.

Respondenti byli vybráni záměrně, byli přímo osloveni autorkou diplomové práce. Následně byli kontaktováni prostřednictvím e-mailových adres. V e-mailu byli informováni o povaze výzkumného šetření, způsobu sběru a uchování dat. Součástí e-mailu bylo i zaslání informovaného souhlasu v elektronické podobě, aby měli respondenti možnost blíže se seznámit s podstatou výzkumu. Velikost souboru nebyla předem určena, finální počet respondentů (5 osob) byl naplněn při teoretické saturaci získaných dat a opakování vzorců. Účastníci výzkumu byli po provedení rozhovoru anonymizováni jako respondenti 1-5, zkráceně R1-R5.

Finální vzorek tvořilo 5 respondentů, jejich demografické údaje uvádí tabulka, která je součástí příloh (jako příloha č. 1).

3.3 Metoda sběru dat

Data byla sbírána metodou hloubkového polostrukturovaného interview s předem stanovenými nestandardizovanými otázkami, které vycházely z teoretických poznatků této diplomové práce.

Na začátku rozhovoru proběhlo představení výzkumníka, seznámení respondenta s cílem výzkumu a průběhem interview. Poté respondent podepsal informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření. Následně byl realizován samotný rozhovor. Rozhovor byl rozdělen na 3 části, v první části byly zjišťovány demografické údaje respondentů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka klinické praxe, charakter klinického pracoviště). V druhé (úvodní) části interview byly zjišťovány zkušenosti všeobecných sester s dokumentací ošetrovatelské péče pomocí SOT. Otázky v úvodní části byly následující:

- Popište, jakým způsobem dokumentujete ošetrovatelskou péči na Vašem pracovišti.
- Dokážete popsat, co to je ošetrovatelský proces? Myslíte si, že zaznamenáváte do dokumentace kroky ošetrovatelského procesu?
- Dokážete popsat, co je to standardizovaná ošetrovatelská terminologie? Jakou standardizovanou terminologii používáte při dokumentování ošetrovatelské péče na Vašem pracovišti?

Třetí část rozhovoru byla zaměřena na popis faktorů ovlivňujících dokumentování ošetrovatelské péče pomocí SOT. Otázka ve třetí části byla následující:

- Jaké vnímáte faktory (stimuly/bariéry), které ovlivňují využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi?

Na závěr rozhovoru se výzkumník zeptal respondentů, zdali by ještě něco chtěli k danému tématu zmínit, poté s respondenty rozloučil a rozhovor byl ukončen.

Rozhovory s respondenty byly prováděné prezenční formou (2 respondenti) i formou on-line skrze platformu Zoom (3 respondenti). Důvodem pro volbu on-line rozhovorů byla současná epidemiologická situace Covid-19. Respondenti byli e-mailem informováni o obou možnostech rozhovoru a sami si zvolili metodu, která pro ně byla vhodnější. V případě prezenčního vedení rozhovoru byl rozhovor

nahráván na 2 diktafony zároveň, aby nedošlo ke ztrátě dat. Poté byl doslovně přepsán v zakódované podobě do dokumentu WORD. V případě on-line rozhovorů byl rozhovor nahráván prostřednictvím platformy Zoom a současně na 1 diktafon pro zabezpečení nahrávaných dat. Rozhovor byl také následně doslovně přepsán v zakódované podobě do dokumentu WORD. Součástí doslovných přepisů byly i terénní poznámky výzkumníka, barevně odlišené od vlastního rozhovoru. Jednotlivé rozhovory trvaly v délce od 15 do 35 minut.

3.4 Realizace výzkumného šetření, souhlas etické komise

Výzkumné šetření probíhalo od března do poloviny dubna roku 2021. Vzhledem k epidemiologické situaci (Covid-19) byl výzkum upraven a prováděn nejen prezenčně, ale i on-line formou, se souhlasem vedoucí diplomové práce i každého respondenta.

Nejprve byl proveden pilotní rozhovor s respondentkou 1, který byl provedený online, následně byl doslovně přepsán včetně poznámek výzkumníka do dokumentu WORD a zaslán vedoucí diplomové práce k případným korekturám. Součástí pilotního rozhovoru byla i zpětná vazba od respondentky 1, která přispěla k daným korekturám. Po úpravě otázek na základě pilotního rozhovoru byly provedeny zbylé rozhovory.

Po celou dobu výzkumného šetření byly dodržovány etické zásady a principy. Účastníci výzkumu byli ubezpečeni, že z výzkumu pro ně nevyplývají žádná rizika a že veškerá data budou anonymizována. K výzkumnému šetření bylo uděleno souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci dne 25. 6. 2020 (Souhlasné stanovisko je uvedeno jako příloha č. 2 této diplomové práce. Vzor informovaného souhlasu je uveden jako příloha č. 3 této diplomové práce). Všechna data byla anonymizována a uschována pro větší bezpečnost na USB flash-discu v uzamčeném trezoru. Po ukončení výzkumu byla data znehodnocena. Podepsaný informovaný souhlas byl kritériem pro zařazení účastníka do výzkumného šetření.

3.5 Metody zpracování dat

Pro zodpovězení dílčího cíle č. 1 byla použita analýza získaných dat pomocí deskripce a komparace, tedy popisu a vzájemného srovnání získaných dat od respondentů 1-5.

Pro zodpovězení dílčího cíle č. 2 byla použita analýza získaných dat pomocí metody tematické analýzy. Tematickou analýzu Hendl definuje jako široce využívanou pružnou metodu analýzy kvalitativních dat, která probíhá v šesti fázích: seznámení s daty, generování počátečních kódů, vyhledávání témat, propracování a revize témat, vymezení témat a jejich pojmenování, příprava zprávy (2016, s. 264 a 267). V případě výzkumu této diplomové práce byly předem určeny skupiny faktorů/témat, které byly označeny kódy. Byl zvolen kódovací systém z výzkumu Žiakové a spol., který autoři ve své studii použili pro zkoumání faktorů ovlivňujících využívání ošetrovatelských diagnóz v klinické praxi. Autoři předem vytvořili kódovací systém, který následně pomohl získaná data třídit na stimuly a bariéry ve 4 předem stanovených dimenzích (kompetence a zkušenosti všeobecných sester, kvalita a možnosti vzdělávání, stav pacienta a organizační faktory) (2013, s. 603).

Pro účely tohoto výzkumného šetření byly dimenze upraveny jako 4 oblasti faktorů, které vyplynuly z teoretické části diplomové práce: vědomosti, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum. Zbylé faktory, které nebylo možné zařadit do výše zmíněných oblastí, byly označeny jako „Ostatní“. Ke každé oblasti faktorů a k příslušným bariérám a stimulům v každé oblasti byl následně přiřazen kód.:

- **Vědomosti a vzdělání (A):** Stimuly (A1) a bariéry (A2)
- **Klinická praxe (B):** Stimuly (B1) a bariéry (B2)
- **Zdravotní politika a prostředky (C):** Stimuly (C1) a bariéry (C2)
- **Výzkum (D):** Stimuly (D1) a bariéry (D2)
- **Ostatní (E):** Stimuly (E1) a bariéry (E2)

Doslovně přepsané rozhovory byly následně opakovaně pročitány a byly zvýrazňovány oblasti, které odpovídaly některým z výše uvedených oblastí faktorů. Ke každému faktoru byl následně přiřazen odpovídající kód, jednalo se tedy o fáze 1 a 2 tematické analýzy. Poté byly jednotlivé oblasti faktorů shlukovány na základě podobností, došlo k předběžnému vytváření témat (fáze 3 tematické analýzy).

Nakonec následovala kontrola vytvořených skupin témat (fáze 4) a vytvoření jejich výstižného pojmenování (fáze 5).

4 Výsledky výzkumu využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi

Výsledky výzkumného šetření této diplomové práce jsou rozděleny do dvou podkapitol, kdy každá podkapitola shrnuje výsledky vztahující se k jednomu dílčímu cíli.

4.1 Výsledky vztahující se k dílčímu cíli č. 1

Prvním dílčím cílem této diplomové práce bylo popsat a porovnat zkušenosti všeobecných sester se současnou dokumentací ošetrovatelské péče a s využíváním standardizované terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče.

V první řadě respondentky popisovaly, jakým způsobem dokumentují péči na svém klinickém pracovišti. Z výpovědí účastnic výzkumu je patrné, že k záznamu ošetrovatelské péče na jednotlivých pracovištích používají odlišnou formu dokumentace. **R1:** *„My v mobilním hospici popisujeme symptomy, které vlastně u těch umírajících pacientů nás nejvíce zajímají, což je dušnost, bolest, nauzea, zvracení. Posuzujeme pohyblivost, posuzujeme i zátěž pečovatele ... Popisujeme ještě subjektivní a objektivní popis u toho pacienta.“* Respondentky R2, R4 a R5 pocházely ze stejného zdravotnického zařízení, kde je dokumentace ošetrovatelské péče jednotná pro celou organizaci. Tyto respondentky uváděly, že ošetrovatelská dokumentace v jejich zdravotnickém zařízení je nyní zjednodušená a obsahuje dle jejich názoru všechny potřebné oblasti. Účastnice R2, R4 a R5 zmínily konkrétní součásti dokumentace, které využívají, tedy příjmové posouzení pacienta, dále škály nezbytné na ošetrovatelské posouzení pacienta, denní záznam a zhodnocení stavu pacienta, případně další formuláře dle potřeb daného pacienta (např. hodnocení ran). **R5:** *„V první řadě vlastně sestra vyhodnocuje, vlastně nějakým způsobem posuzuje aktuální stav toho pacienta, včetně jeho aktuálních potřeb a nějakého aktuálního diskomfortu typu bolestí, ran nebo eventuelně invazivních vstupů. Toto si dělá při přijetí, zároveň je tam součástí tady tohoto posouzení i jakási zmínka o sociální stránce toho pacienta ... toto sestra zpracuje, následně vlastně ruku v ruce s tímto vyhodnocuje ošetrovatelské škály ... V průběhu standardní směny, to znamená že nikoliv při příjmu, ale při pobytu toho pacienta na té lůžkové části, tak ta sestra vlastně aktualizuje ošetrovatelské problémy, pokud se vyskytují.“* Dále tyto

respondentky uvedly i svoji spokojenost s obsahem současné ošetrovatelské dokumentace, kterou využívají. Respondentky 2, 4 a 5 uvedly spokojenost se současným obsahem ošetrovatelské dokumentace, která je dle jejich názoru v současnosti jednodušší, výstižnější a jednotná pro celé zdravotnické zařízení. **R2:** *Je stručnější, je jednodušší a řekla bych o tom pacientovi výstižnější ... teď ta dokumentace, která je nastavená, tak bych řekla, že je fakt jako výborně udělaná.* **R4:** *„Jakože podle mě je ta dokumentace dobře udělaná, protože je stručná a je věcná ... člověk tam nemusí vypisovat nějaké zbytečnosti.“* Respondentka R5 ale uvedla i nevýhody, které vnímá při současném dokumentování ošetrovatelské péče. **R5:** *„Je řada personálu, který by byl ochoten tam mnohem víc se rozepsat a mnohem víc ty svoje postřehy uvádět, ale není tam dostatek prostoru. A naopak je řada lidí, kteří oceňují to, že je to jenom velmi ve zkratce. Ale nejsou mnohdy ochotni tam přidat tu přiřazenou hodnotu ... myslím si, že řadě zaměstnanců vyhovuje stručná forma, vycházím ale i z toho, že stále se využívá předávání ústního. A u toho ústního předání člověk, když je přítomen, zjistí, že právě tyhle ty drobné nuance jsou tam sděleny. Ale v té dokumentaci jsou nedohledatelné. Tam vidím problém.“*

Součástí interview byla i otázka *„Dokážete popsat, co to je ošetrovatelský proces? Myslíte si, že zaznamenáváte do dokumentace kroky ošetrovatelského procesu?“* na kterou respondentky odpovídaly odlišným způsobem. Jako ošetrovatelský proces uváděly respondentky především popis činností, které během své práce provádějí. Některé respondentky uváděly konkrétní názvy kroků ošetrovatelského procesu. **R1:** *„Takže měla by tam být nějaká fáze posouzení, plánování a potom realizace toho plánu ... V té fázi posouzení my zjišťujeme nějaký ošetrovatelský problém, určíme ošetrovatelskou diagnózu ... na základě nějakých souvisejících faktorů, určujících znaků, ale jako přímo to tak nenazýváme ... a teďka co pro to udělám, co jsem pro to udělal/a. A ty sestry už jsou vyškolené, takže ví, že je třeba se na to zaměřit, zkontrolovat to ... například zda zabrala aplikace morfinu.“* Respondentka 3 uvedla jiný úhel pohledu, že je pro ni ošetrovatelský proces způsobem myšlení všeobecné sestry. **R3:** *„V podstatě pro mě je ošetrovatelský proces procesem myšlení, jaký ta sestra využívá při své práci ... potřebuji zjistit, jaký má ten člověk problém. Potřebuji si naplánovat, co u něj udělám, zrealizovat to a zhodnotit to, jestli to má smysl ... tak a už jakým způsobem se to udělá, už podle mě má každá sestra v podstatě v té hlavě nějaký sama.“* Respondentky R2, R4 a R5

vedly jako ošetrovatelský proces způsob poskytování ošetrovatelské péče. **R4:** „*Určitý postup poskytování té ošetrovatelské péče, který má vykonávat všeobecná sestra v rámci péče o pacienta ... nějaký soubor úkonů, kterými se sestra stará o pacienta.*“

Součástí otázky bylo i zjistit, zda si respondentky myslí, že zaznamenávají do dokumentace kroky ošetrovatelského procesu. Respondentky uváděly, že zaznamenávají všechny, případně zaznamenávají především ty, které považují za důležité. **R1:** „*Ano, zaznamenáváme, v rámci toho popisu té situace, vlastně toho subjektivního a objektivního stavu pacienta.*“ **R4:** „*Jako asi já bych řekla, že zaznamenáváme ty nejdůležitější ... jako pro mě osobně je součástí toho ošetrovatelského procesu, jakože já pacientovi dávám napít. Ale to nezaznamenávám ... ale jakože podle mě ty důležité věci se zaznamenávají.*“ Zde vznikla nejednotnost v záznamu ošetrovatelské péče v rámci jednoho zdravotnického zařízení, čehož si všímá respondentka č. 5. **R5:** „*To je tam, ale velmi ve zkratce ... Vždycky to vzejde z konkrétního člověka, z konkrétní sestry. Vnímám na pracovišti velký rozdíl v tom přístupu.*“

Nakonec respondentky odpovídaly na otázku, zda dokáží popsat, co je to standardizovaná ošetrovatelská terminologie a jakou standardizovanou terminologii používají pro dokumentaci ošetrovatelské péče na svém pracovišti. Na otázku, co je to standardizovaná ošetrovatelská terminologie, dokázaly odpovědět všechny respondentky, nejčastěji uváděly konkrétní příklady terminologií, z nichž nejvíce byla zmiňovaná NANDA-I, dále NIC a NOC. **R5:** „*Systém NANDA nějakým způsobem vlastně třídí ošetrovatelské problémy pacienta. Dá se z něho vlastně vyčíst ošetrovatelská diagnóza ... zjistím si k tomu potom vlastně další faktory, které k tomu přispívají, které podporují právě tuto moji diagnózu ... a v rámci tohoto systému diagnóz je potom možné v systému NIC a NOC vyhledat cíle a intervence, jak se dopracovat maximálního benefitu pro pacienta.*“ Respondentka 1 uvedla jako jediná i jinou terminologii. **R1:** „*Ted'ka se mi vybavuje například Omaha, která se využívá v té komunitní péči, ale spíš jako si myslím, že v zahraničí.*“ Respondentky 1 a 3 dále uvedly, že se jedná o jednotnou formu dokumentace a komunikace mezi všeobecnými sestrami na různých pracovištích. **R1:** „*Tak jako standardizovanou vlastně považujeme tu, která je někde ukotvená, používá se všude stejně, ve stejném znění, jako u nás někde používají tu NANDA-International nebo nějaké její*

varianty.“ **R3:** „Standardizovaná ošetrovatelská terminologie tak, jak si ji představuji já, je v podstatě něco, co je standardizované. Takže je to jednotně dané. Předpokládám, že v našem prostředí to je teda celosvětově.“

Respondentky nejčastěji uváděly, že pracují se standardizovanou formou ošetrovatelské dokumentace, nikoliv však se standardizovanými ošetrovatelskými terminologiemi pro záznam ošetrovatelské péče. **R1:** „Takže my máme takové jako kdyby ošetrovatelské diagnózy, ale posuzujeme to v rámci hodnocení ESAS a jakože symptomů u umírajících pacientů ... My tam jednoduše zhodnotíme ty symptomy na základě stupnice 1 až 10 a toho hodnocení ESAS a Edmontova škála posouzení v paliativní péči, tak to my využíváme.“; **R2:** „Tak ošetrovatelskou péči zaznamenáváme do standardizovaných dokumentů, které jsou vlastně celoplošně ve fakultní nemocnici stejné pro všechny kliniky.“ **R5:** „V rámci našeho pracoviště je ta dokumentace využívána jako standardizovaná pro celé zdravotnické zařízení. A tím pádem to velmi usnadňuje tu orientaci v té dokumentaci pro všechny sestry na ostatních odděleních.“

4.2 Výsledky vztahující se k dílčímu cíli č. 2

Výsledky vztažené k dílčímu cíli č. 2 jsou roztríděny do pěti následujících tabulek, kdy každá tabulka reprezentuje jednu oblast faktorů, které byly předem stanoveny a jsou uvedeny a zdůvodněny v kapitole 3.5. Jednotlivé oblasti faktorů vznikly na základě tematické analýzy, každá oblast faktorů obsahuje několik podtémat, které byly u každé oblasti faktorů rozděleny na stimuly a bariéry. Celkem vzniklo 5 oblastí faktorů/témat: vědomosti a vzdělání, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum a ostatní. Tabulka 1 uvádí stimuly a bariéry v oblasti vědomostí a vzdělání:

Tabulka 1: **Vědomosti a vzdělání (A):** Stimuly (A1) a bariéry (A2):

Stimuly (A1)	Bariéry (A2)
<ul style="list-style-type: none">▪ Prostředek pro vzdělávání studentů ošetrovatelství▪ Zajištění kontinuálního vzdělávání všeobecných sester ve SOT▪ Vzdělávání v SOT již od počátku studia ošetrovatelství	<ul style="list-style-type: none">▪ Nedostatečné vzdělávání a znalosti ve SOT, zejména u starších všeobecných sester▪ Časová náročnost na studium SOT▪ Rozdílnost vzdělávání ve SOT

Za první stimul v této kategorii účastnice výzkumu považují, že standardizované ošetrovatelské terminologie lze využít jako prostředek pro vzdělávání studentů ošetrovatelství. **R1:** „Na druhou stranu jsem vždycky argumentovala tím, že je to výborný nástroj právě pro tu výuku u studentů. A takhle tak to bylo i akceptováno.“ **R4:** „Takže tu využitelnost, jak jsem říkala, to bych v tom viděla třeba nějaká ta kompletizace v rámci učebního materiálu pro střední zdravotnické školy.“

Jako další stimul v oblasti vědomostí a vzdělání respondentky uvedly možnost zajištění kontinuálního vzdělávání všeobecných sester ve standardizovaných ošetrovatelských terminologiích. **R1:** „Co se týče těch stimulů, které by podněcovaly sestry to používat, tak myslím si, že je další vzdělávání sester ... no, ale muselo by se s nimi pracovat. Nějaké kurzy, nějaké vzdělání.“; **R3:** „A zároveň to učí sestru. I kdyby to neměl být tento standardní klasifikační systém NANDA.“

Posledním stimulem v této oblasti jedna z účastnic výzkumu uvedla, že by bylo stimulem, kdyby vzdělávání ve SOT probíhalo již od začátku studia v ošetrovatelských oborech, tedy kdyby se se standardizovanými ošetrovatelskými jazyky intenzivně pracovalo již od počátku studia ošetrovatelství. **R5:** „*Ta sestra se musí naučit v tomto vyjadřovat už od prvopočátku. Tak, jak se učí latinské názvy, tak jak se učí odbornou terminologií v rámci ošetrovatelských procesů a postupů, tak stejně tak je potřeba, aby se tuto terminologii učila hned od začátku ... v případě, že by opravdu byla zavedena ta oficiální a standardizovaná terminologie už v rámci těch středních zdravotnických škol, tak vlastně s každou novou generací by přicházelo do zdravotnictví víc a víc sestřiček, které se v té terminologii vyjadřují, tím pádem by byly i ty starší sestřičky nucené se tomuto přizpůsobit.*“

Mezi bariéry v oblasti vzdělání a znalostí respondentky zahrnuly nedostatek znalostí ve standardizovaných ošetrovatelských terminologiích, což se především týkalo starších sester, které se s výukou SOT na ošetrovatelských školách nesetkaly. **R5:** „*Sestřičky, které v tomto režimu nepracovaly, tak se neorientují ... tudíž nevidí ten benefit a neví, proč by něco takového dělaly.*“ **R1:** „*Některé to absolutně považovaly za zbytečnost, ale spíš si myslím, že to bylo nedorozuměním. Že nevěděly, k čemu to slouží.*“

Jiná respondentka jako bariéru v této oblasti uvedla časovou náročnost na studium SOT. **R3:** „*Je to už i v tom vzdělávání, kdy to samotným studentům trvá. Já to vidím během hodin, že nám to trvá nějakou dobu, než se naladíme.*“

Poslední bariéra v této oblasti byla pojmenována jako rozdílnost vzdělávání ve SOT. **R1:** „*Myslím si, že hrozně moc tam hraje vzdělání sester a rozdílnost v tom vzdělání.*“

Tabulka 2 uvádí stimuly a bariéry zaznamenané respondentkami v oblasti klinické praxe.

Tabulka 2: **Klinická praxe** (B): Stimuly (B1) a bariéry (B2)

Stimuly (B1)	Bariéry (B2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zviditelnění práce všeobecných sester ▪ Usnadnění klinického rozhodování ▪ Hromadný vliv kolektivu vzdělaného ve SOT ▪ Ušetření času na dokumentaci v klinické praxi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Upřednostňování důležitosti a významu lékařských ordinací ▪ Automatické intervence a pocit zbytečného záznamu ▪ Negativní postoj a přístup kolektivu ▪ Časová a administrativní náročnost

Jako první stimul v kategorii klinické praxe uvedly respondentky zviditelnění práce všeobecných sester. **R5:** „*Ten výsledek je potom velice zřetelný, jasný a odpovídá té práci, co ta sestra do toho vkládá.*“ Respondentka 3 uvedla podobný názor, který doplnila o vnímání rostoucí profesní prestiže vyplývající z používání SOT. **R3:** „*Podle mě je to i stoupání prestiže, jak to říct, té role té všeobecné sestry ... nejsme jen nějaké sestry pomocnice, ale máme jednoduše kompetenci na to, že máme nějaké ošetrovatelské diagnózy, které používáme a jsou součástí našeho povolání.*“

Druhým stimulem v této oblasti bylo usnadnění klinického rozhodování, což zaznamenala jako stimul respondentka č. 2. **R2:** „*Mám pocit, že ta NANDA tým, nakolik je jako propracovaná, tak těm sestřám jako ulehčuje přemýšlení ... už mi to někdo vymyslel, už mi to někdo napsal a já si jenom vyberu, co zrovna se mi u toho člověka dělo.*“

Jako stimul zvolila jedna z účastnic výzkumu i hromadný vliv kolektivu, který je vzdělaný ve SOT. Takto vzdělaný kolektiv by dle této účastnice již představoval většinový názor, který je hromadně respektován. **R5:** „*Kdyby přišlo 20 % nově nabitých lidí, kteří přinesou tu dobrou zkušenost s tou zdravotnickou terminologií, tak v ten moment bychom se v průběhu deseti let dostali na kompletní obměnu toho oddělení.*“

Jako poslední stimul zvolila jedna z účastnic stimul ušetření času na dokumentaci v klinické praxi. **R3:** „Když si to nastuduje na začátku, tak potom už jede na té vlně podle mě ... takže v konečném důsledku to, co ona investuje jako čas na začátku, tak potom v podstatě může využít později.“

Mezi bariéry v oblasti klinické praxe zahrnují respondentky bariéru upřednostňování důležitosti a významu lékařských ordinací. **R5:** „My máme jisté kompetence, máme jistý rozsah kompetencí a lékař má jisté kompetence. V praxi tyto kompetence mnohdy nejsou dodržovány, řada kompetencí ze strany lékaře přepadá na sestru, která v dobré snaze tomu pacientovi prospět ty kompetence převezme.“ Respondentka 4 uvedla vlastní pocity, které vnímá při plnění lékařských ordinací, které dle svých slov považuje za stěžejní pro svoji práci. **R4:** „Podle mě nejdůležitější jakoby je lékařská diagnóza. Od lékařské diagnózy se potom určují samozřejmě i ošetrovatelské intervence ... Protože jako upřímně, když já předávám pacienta, tak já nepotřebuji tu ošetrovatelskou dokumentaci, já potřebuji tu lékařskou dokumentaci ... Vlastně já poznám, že má pacient akutní bolest ... ale jakoby bez té lékařské intervence a bez toho, aby mně pan doktor něco naordinoval, tak já tu bolest stejně sama nevyřeším.“

Další bariérou v této oblasti faktorů byly respondentkami vnímané automatické intervence a pocit zbytečného záznamu. **R4:** „Člověk, který zvládne vystudovat všeobecnou sestru, tak logicky, když se naučí základy o těch různých diagnózách, o těch onemocněních, tak aniž by si musel dohledávat v nějakých těch NICách NOCách, tak ho to logicky napadne a ví, co teda má s tím pacientem dělat ... spoustu těch věcí, které máte v intervencích, tak vy to víte a děláte to automaticky ... píšou se tam i věci, které jakoby fakt jsou zbytečné.“

I negativní postoj a přístup kolektivu jedna u účastnic vnímala jako bariéru. **R1:** „Bohužel, i ty motivované sestry i když nastoupí do té praxe a je tam 10 sester, které se staví odmítavě k tomu a ona je na pozici jedné z nich, tak nemá šanci to prosadit.“

Nejvíce byla v této oblasti bariér zmiňována bariéra časová a administrativní náročnost, kterou zmínily všechny respondentky. Účastnice uváděly, že by dokumentování ošetrovatelské péče pomocí SOT ubralo všeobecným sestrám čas, které musí trávit s pacientem. **R2:** „Koncepte té NANDY není špatná, dala by se implementovat, rozhodně. Ale ukouslo by to velký čas té její práce, té péče o toho

pacienta, to, co ona jako face-to-face tráví třeba s ním ... myslím, že jakákoliv sestra v pracovním procesu prostě nemá čas na to opravdu, jakože vyhledávat, vypisovat, aby navázala, prostě strašné, strašné papírové práce.“ Dále účastnice uváděly, že již nyní mají všeobecné sestry plno administrativní zátěže, která jim znemožňuje zavádět do praxe další administrativní činnost. **R5:** „*Myslím si, že dnešní doba opravdu těm sestřám dává na záda obrovskou část administrativy.*“ Respondentka č. 3 uvedla, že časově náročné je především pochopení využití SOT v klinické praxi. **R3:** „*Přemýšlím, že další takovou bariérou bude zřejmě čas ... v podstatě čas na to, než vy se sžijete, co v té NANDĚ je, nebo jakým způsobem to tam je popsáno ... myslím si, že ji potom v klinické praxi zdržuje upřímně i to, než v podstatě zvolí ten určující znak. Než naběhne jako na tu automatiku.*“

Následující tabulka 3 uvádí stimuly a bariéry v oblasti zdravotní politiky a prostředků.

Tabulka 3: **Zdravotní politika a prostředky** (C): Stimuly (C1) a bariéry (C2)

Stimuly (C1)	Bariéry (C2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elektronická podoba SOT ▪ Manažerská pozice v ošetrovatelském kolektivu ▪ Rozhodnutí managementu zdravotnického zařízení pro používání SOT 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nedostatečná informovanost o výhodách SOT ze strany managementu zdravotnického zařízení ▪ Papírová / psaná podoba SOT ▪ Zdravotní politika státu ▪ Právní ochrana SOT ▪ Nedostatečná kontrola dokumentace ze strany managementu ▪ Počet pacientů na 1 sestru

Jako první stimul v této kategorii respondentky uvedly elektronickou podobu SOT. Účastnice výzkumu uváděly, že SOT by do ošetrovatelské dokumentace šlo implementovat, ale musely by mít jednodušší, elektronickou podobu, kdy by všeobecná sestra pouze elektronicky volila prvky v dokumentaci, které se jí u daného

pacienta hodí. **R2:** „Muselo by to být v elektronické formě, aby to podle mě pro ten zdravotnický personál bylo jednoduché. Takže tablet, notebook, něco takového, kdy ty holky by prostě jenom klikaly, volily, potom si myslím, že by to možná šlo.“ Respondentka 5 uvedla navíc i benefit snazšího zviditelnění ošetrovatelské péče při elektronické dokumentaci pomocí SOT. **R5:** „Myslím si, že v rámci počítačového systému by ta struktura vyplývala mnohem snadněji, každý by věděl, který krok musí udělat, aby se dokázal posunout na další level a v ten moment by odpadlo to složité konstruování toho systému. Byla by ta struktura velice zřejmá, a i ten benefit toho základního vkládání těch údajů o tom pacientovi a toho výsledku, který by z toho počítače vypadl, by byl mnohem snazší pro tu práci sestry.“

Jedna z respondentek jako stimul v této oblasti určila manažerskou pozici v ošetrovatelském kolektivu. **R1:** „Z pozice vrchní sestry, tak to teprve může nebo má možnost nějak ovlivnit. Ale z pozice, že jste jednou z těch sester v tom pracovním kolektivu, tak si nedělám iluze, že by tohle to šlo nějak ovlivnit ... ani si to nedovedu představit z pozice staniční sestry.“

Jiná respondentka uvedla jako stimul v této oblasti rozhodnutí managementu zdravotnického zařízení pro používání SOT. **R2:** „Myslím si, že ten hraje jakoby hlavní roli, že jo, protože management nemocnice rozhoduje o tom, jaká dokumentace tady je ... věřím tomu, že pokud by nemocnice byla nastavená na tohle a nastavila to plošně, tak dle mě to lze použít.“

Bariér v oblasti zdravotní politiky a prostředků bylo nalezeno podstatně více. První bariérou v této oblasti byla nedostatečná informovanost o výhodách SOT ze strany managementu zdravotnického zařízení. Respondentky uváděly, že je třeba, aby management zdravotnického zařízení, případně ošetrovatelský management, uměl všeobecným sestrám vysvětlit, proč je nutné SOT v záznamu ošetrovatelské péče používat a jaké jsou jeho výhody. **R5:** „Je neustále potřeba těm lidem vysvětlovat, k čemu to slouží, co tím sledujeme, protože nikdo, komu nevysvětlíte, co mu přinese nějaká práce navíc, tak tu práci dělat nebude ... A v okamžiku, kdy se jim to řádně nevysvětluje a neopakuje stále dokola a dokola a dokola, v ten moment to ti lidi odmítají dělat.“

Jako druhou bariéru v této kategorii účastnice výzkumu označily papírovou neboli psanou podobu SOT. **R2:** „Myslím si, že rozhodně to nelze dělat papírovou

formou.“ **R4:** „Ale tou formou, kdy vlastně máte tři knížky a teď si to máte prostě vypsát a dát jakoby do kupy z těch tří knížek, tak to je prostě nepraktické ... v praxi já si to třeba ani nedokážu představit, že bych měla něco takového udělat.“

Zdravotní politika státu byla určena dvěma respondentkami jako bariéra. **R1:** „Třeba fakultní nemocnice je přímo podřízena Ministerstvu zdravotnictví, takže si dost dobře dovedu představit, že přijde nějaké nařízení shora ... pokud by se tím nějak Ministerstvo zabývalo, tak ano. Jako spíš mi přijde, že tohle to je pro ně nyní naprosto podružná záležitost. Jakože to neřeší, nezaznamenala jsem nějaké aktivity z jejich strany.“ Respondentka 3 přímo uvedla, že používání SOT není v České republice stanoveno zákonem. **R3:** „První věc, kterou si myslím, tak jednoduše není to zákonně schválené, nutně používání těchto klasifikačních systémů. Takže chápu, že sestry nejsou potom motivované v tom používání.“

Právní ochranu SOT jako bariéru uvedla pouze jedna z účastnic výzkumu. **R5:** „Ono je to asi zřejmě předpokládám chráněné právy.“

Nedostatečná kontrola dokumentace ze strany managementu byla také určena jako jedna z bariér, kterou uvedla respondentka 5. **R5:** „Vždycky je ta tendence taková, že přijde nějaké nové opatření, jakým způsobem se zpracovává dokumentace, ta laťka je někde nastavená a vy si dáte hodně velkou práci v tom, abyste lidem vysvětlili, jak, proč, ukážete jim dobrý příklad, špatný příklad, ale v okamžiku, kdy ta kontrola poleví, tak najednou zjistíte, že se tam zase vloudily staré nešvary.“

Počet pacientů na jednu sestru uvedly jako bariéru dvě respondentky. **R2:** „Byť třeba dobře, my na jednotce intenzivní péče máme na starost maximálně tři lidi, ale holky na standardu jich mají na starost třeba deset jako. Patnáct. A u patnácti lidí prostě psát tohle, tak je to potom slohová práce.“ V tomto souhlasí i respondentka 3. **R3:** „Další bariérou možná je, počet pacientů na jednu sestru. Když si představíte, že máte, jako sestra na starosti já nevím patnáct lidí anebo někde i v podstatě více, tak jednoduše na to fakt nemáte prostor. To chce už fakt nadstandardní lidský výkon, abyste to stíhali.“

Tabulka 4 uvádí stimuly a bariéry v oblasti výzkumu.

Tabulka 4: **Výzkum** (D): Stimuly (D1) a bariéry (D2)

Stimuly (D1)	Bariéry (D2)
<ul style="list-style-type: none">▪ Usnadnění porovnatelnosti výsledků výzkumu	

V kategorii výzkum uvedla pouze jedna respondentka stimul, kterým bylo usnadnění porovnatelnosti výsledků výzkumu, který by byl vedený pomocí SOT. **R3:** „V podstatě stoupá tím potom i porovnatelnost nějakých výzkumů, které se dělají.“

Následující tabulka 5 byla označena jako „Ostatní“ a uvádí stimuly a bariéry, které nebylo možné zahrnout do předchozích kategorií.

Tabulka 5: **Ostatní** (E): Stimuly (E1) a bariéry (E2)

Stimuly (E1)	Bariéry (E2)
<ul style="list-style-type: none">▪ Sjednocení názoru na používání SOT mezi všeobecnými sestrami▪ Sjednocení komunikace mezi všeobecnými sestrami	<ul style="list-style-type: none">▪ Negativní osobní postoj a předsudky▪ Nevyhovující obsah SOT▪ Nedostatečný překlad z cizího jazyka

Jedna z respondentek jako stimul zmínila sjednocení názoru na používání SOT mezi všeobecnými sestrami. **R1:** „Co se týče těch stimulů, které by podněcovaly sestry to používat ... i sjednocení názoru na to.“

Druhým stimulem nezařaditelným mezi předchozí kategorie faktorů byl zvolen stimul sjednocení komunikace mezi všeobecnými sestrami. Respondentky uváděly, že používání SOT by vedlo k snazší komunikaci mezi všeobecnými sestrami nejen v rámci jednoho pracoviště, ale i celosvětově. Tento faktor vnímaly respondentky jako stimul, který by podněcoval všeobecné sestry k využívání SOT v klinické praxi. **R1:** „Myslím, že výhoda je v tom, že by se ujednotila ta terminologie sesterská. I když si myslím, že takhle tak jako se používají obecně ty termíny. Ale neexistuje nějaký jednotný systém, to si myslím.“ V tomto souhlasí i respondentka 5. **R5:** „Myslím, že sestra, která má vysokoškolské vzdělání, i třeba na bakalářské úrovni, v případě, že s ní mluvím v podobě terminologie NANDA, tak v ten moment my si rozumíme ...“

Prostě jedná se jenom o to, že všichni jsme zvyklí si představit pod tímto pojmem daný problém.“ Usnadnění celosvětové komunikace navíc zmínila respondentka 3. **R3:** *„Přínos vidím i v tom, že to má mezinárodní přesah ... že když já použiji tu bolest a použije ji někdo z NANDY někde jinde, tak stále se bavíme o tom samém.“*

Na straně bariér, které nebyly zařaditelné do předchozích kategorií A-D, určily respondentky jako bariéru negativní osobní postoj a předsudky vůči SOT. **R1:** *„Ale musí se s tím ta sestra ztotožnit ... panují tam různé předsudky, jak já to vidím, když chodím v rámci „tutoringu“ mezi sestry ... otevřeně jsme se bavily, třebaže to byly moje spolužačky nebo kamarádky na pozici těch mentorek, tak některé to absolutně považovaly za zbytečnost.“*: *„Ještě vnímám jednu věc, a to je vnitřní postoj sester vůči NANDĚ ... když připomenu některým sestrám NANDU, tak upřímně se jim možná otevírá nožik v kapse. Že vnímají „co zas po mně ti lidé chtějí?“, jakoby další zátěž pro ně.“*

Jako další bariéru uvedly účastnice výzkumu nevyhovující obsah SOT, který vnímají jako obsáhlý. **R2:** *„NANDA jako taková, je neskutečně obsáhlá ... je velká, je tam strašně moc těch věcí, které si myslím, že můžou být užitečné, ale u nás je nelze implementovat ... takže bych řekla, že jedna ohromná bariéra je rozhodně, jakože rozsah těch NANDA, NIC, NOC.“* Jedna respondentka však obsah SOT uvedla jako naopak nedostačující.; **R3:** *„V podstatě jednou z těch bariér může být, že to, co ta sestra vnímá, jako příčinu toho rizika infekce, nutně nemusí být napsané v NANDĚ.“*

Poslední bariérou, která byla dvěma respondentkami zmíněná, je nedostatečný překlad z cizího jazyka do českého jazyka, který buďto zcela chybí anebo existuje, ale neodpovídá stylisticky české mluvě, a všeobecné sestry pak tento překlad považují za krkolomný. **R5:** *„Právě to přesné pojmenování problémů, které je v té angličtině tak snadné, tak v té češtině zní krkolomně ... v případě, že třeba by to byla inkontinence močová, tak v ten moment pro češtináře je to nesprávné pojmenování ... toto si myslím, že je základním kamenem úrazu, protože kdyby to vycházelo z češtiny, tak ta sestra ty pojmy mnohdy používá ... takže stačí to opravdu jenom učesat a dát do „češtinářsky“ do formy tak, aby to bylo pro tu českou mluvu přirozené a v ten moment si myslím, že se odbourá polovina z toho odporu vůči oficiální terminologii v ošetrovatelství.“*

5 Diskuse

V České republice neprobíhá jednotný způsob dokumentace ošetrovatelské péče. Česká legislativa všeobecným sestřám nepřikazuje, ale ani nezakazuje, aby v klinické praxi využívaly k záznamu ošetrovatelské péče SOT, pouze nařizuje, že ošetrovatelská péče musí být nějakou formou dokumentována. Každé zdravotnické zařízení se tedy může svobodně rozhodnout, jak bude dokumentace ošetrovatelské péče v tomto zařízení vypadat (Česká republika, 2017, s. 4361; Česká republika, 2018, s. 1772). Výpovědi respondentek účastnících se výzkumného šetření této diplomové práce odpovídají současné podobě legislativy České republiky. Z výsledků našeho výzkumu je patrné, že v jednotlivých zdravotnických zařízeních je používána odlišná ošetrovatelská dokumentace.

Obsah ošetrovatelské dokumentace tedy dle legislativy České republiky není přesně stanoven. Tím, jak by měla v současnosti vypadat kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace, se zabývali De Groot a spol. Tito autoři vedli v roce 2018 systematický přehled systematických přehledů, jehož cílem bylo stanovit kritéria, která by měla splňovat kvalitní ošetrovatelská dokumentace. Autoři zjistili, že neexistují žádné obecné ukazatele kvality ošetrovatelské dokumentace. Výsledky sedmi z celkového počtu 11 studií ukázaly, že použití standardizovaných terminologií v ošetrovatelství usnadní zahrnutí ošetrovatelského procesu do dokumentace (De Groot a spol., 2018). Ošetrovatelský proces je dynamický a systematický myšlenkový proces vedoucí k poskytování individualizované ošetrovatelské péče. Skládá se z pěti na sebe navazujících kroků: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a konečné zhodnocení (Gonçalves, Sequeira a Silva, 2018, s. 200). Paganin a spol. uvádějí, že ačkoliv je problematika ošetrovatelského procesu mezi všeobecnými sestrami dobře známá, tak ošetrovatelská péče nebývá vždy systematicky vedena prostřednictvím tohoto procesu. Autoři zejména poukazují na problematiku záznam ošetrovatelských diagnóz v dokumentaci péče (2008). Výsledky našeho výzkumu potvrzují výsledky autorů Paganin a spol., neboť ukazují, že respondentky dobře znají význam ošetrovatelského procesu, ačkoliv jej vnímají odlišným způsobem. Buďto jako systém kroků, které všeobecná sestra během své práce vykonává pro maximální benefit pacienta, anebo jako proces myšlení, který všeobecná sestra během své klinické praxe používá. Výsledky našeho výzkumu dále ukazují, že

účastnice výzkumu zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace všechny nebo alespoň ty nejdůležitější kroky ošetřovatelského procesu. Ve výpovědích byly však znatelné určité diskrepance i v rámci jednoho zdravotnického zařízení, které používá tutéž standardizovanou ošetřovatelskou dokumentaci. Z výpovědí respondentek 1 až 5 je patrné, že chápou význam ošetřovatelského procesu, žádná z účastnic proto nebyla z výzkumu vyřazena. Nicméně pouze respondentky 1 a 3 dokázaly popsat ošetřovatelský proces podrobněji, i s jeho jednotlivými kroky. Respondentky 1 a 3 jsou ovšem v současné době akademickými pracovníci a lze usuzovat, že jejich přesnější odpověď souvisí právě s tímto faktem

Beňová, Boledovičová a Bowles uvádějí, že pro dokumentování ošetřovatelské péče poskytnuté metodou ošetřovatelského procesu je nezbytné využívání odborných terminologií (2016, s. 182). Standardizovaná ošetřovatelská terminologie představuje nástroj, který vychází z dosavadních poznatků v ošetřovatelství a pomáhá všeobecným sestřím v klinickém rozhodování (Macieira a spol., 2018, s. 1205) s pomocí kritického myšlení, které použití těchto terminologií podporuje a rozvíjí tak kreativitu v ošetřovatelské péči (Rabelo-Silva a spol., 2017, s. 380; Olatubi a spol., 2018, s. 4). Dle Tastana a spol. slouží standardizovaná ošetřovatelská terminologie k zachycení a pojmenování jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu, usnadňuje komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a je nezbytná pro kvalitně vedený výzkum v ošetřovatelství (2014, s. 1161). Standardizované terminologie dále pomáhají ošetřovatelskému personálu snadněji porozumět individuálním potřebám pacientů (Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 169). Dokumentace ošetřovatelského procesu zaznamenávaná tzv. tradičně, tedy pomocí volného textu, který není psaný pomocí standardizovaného jazyka, je v poslední době často kritizována. Ošetřovatelský personál tedy může použít standardizovanou ošetřovatelskou terminologii jako pomůcku, která byla ověřena v klinické praxi a pomocí které lze dokumentovat ošetřovatelský proces na pokročilé úrovni (Rabelo-Silva a spol., 2017, s. 380). Všeobecné sestry v české ošetřovatelské praxi nemají přikázané, aby používaly k záznamu ošetřovatelské péče některou standardizovanou ošetřovatelskou terminologii. Výsledky našeho výzkumu potvrzují, že na mnohých klinických pracovištích jsou používány standardizované dokumenty k záznamu ošetřovatelské péče, nikoliv však standardizované ošetřovatelské terminologie. Respondentka 1 uvedla pro záznam ošetřovatelské péče v mobilním

hospici Edmontovu škálu a hodnocení ESAS, což je totéž. Jedná se o standardizovanou hodnotící techniku a jednu z prvních škál v paliativní péči zaměřenou na tělesné a duševní symptomy umírajícího člověka. Edmontova škála je velmi specificky zaměřena na symptomy v paliativní péči, nicméně se nejedná o specifický nástroj na hodnocení ošetrovatelské péče. Tato škála rovněž neobsahuje standardizované ošetrovatelské termíny spadající pod některou SOT (Hui a Bruera, 2017, s. 631-632). I respondentky 2, 4 a 5 uvedly, že ve svém zdravotnickém zařízení používají standardizovanou ošetrovatelskou dokumentaci, nikoliv však SOT. **R1:** „*Takže my máme takové jako kdyby ošetrovatelské diagnózy, ale posuzujeme to v rámci hodnocení ESAS a jakože symptomů u umírajících pacientů*“.

Součástí rozhovoru byla i kontrolní otázka, jejímž účelem bylo zjistit, zda respondentky vědí, co je to standardizovaná ošetrovatelská terminologie. Do jaké míry všeobecné sestry v České republice znají SOT, zkoumali i Dolák, Scholz a Tóthová. Autoři zjistili, že pouze 47,4 % všeobecných sester zná význam zkratky NIC, a ještě menší část (44,2 %) všeobecných sester správně poznalo význam zkratky NOC, tudíž znalost všeobecných sester v problematice SOT v České republice je na podprůměrné úrovni (2012). Znalost pojmů NANDA-I, NIC a NOC mezi všeobecnými sestrami v České republice zkoumaly autorky Pospíšilová, Kyasová a Juřeníková, které zjistily, že největší znalosti mají všeobecné sestry v terminologii NANDA-I, menší v terminologii NIC a nejmenší znalosti potom v terminologii NOC (2011). Podobné výsledky uvádí i Conrad a spol., kteří zkoumali obeznámenost všeobecných sester v primární péči s jednotlivými SOT ve Spojených státech amerických. Výsledky studie ukázaly, že o NANDA-I terminologii nikdy neslyšelo 27 % všeobecných sester, o terminologiích NIC a NOC nikdy neslyšelo přes 50 % a o terminologii Omaha systém nikdy neslyšelo 65 % všeobecných sester (2012), což je překvapivé, jelikož je Omaha systém jedním z nejpoužívanějších standardizovaných ošetrovatelských jazyků ve Spojených státech amerických i celosvětově (Topaz, Golfenshtein a Bowles, 2014, s. 169). Úroveň znalostí ve využívání SOT v klinické praxi se i v některých zahraničních studiích ukázala být nízká. Ve studii autorů De Groot a spol. došlo ke zjištění, že přes 18 % nizozemských všeobecných sester vůbec netuší, zdali ve své klinické praxi používají některou SOT či nikoliv (2020). Výsledky našeho výzkumu jsou v částečné shodě s těmito studii. Všechny respondentky zmínily alespoň některou z taxonomií

Aliance NNN, nejvíce byla mezi respondentkami zmiňována a opakována taxonomie NANDA-I, což odpovídá výsledkům Pospíšilové, Kyasové a Juřeníkové (2011). Pouze respondentka 1 uvedla navíc i klasifikační systém Omaha. Tato respondentka je současně všeobecnou sestrou v komunitní péči, proto lze usuzovat, že její znalosti souvisí s těmito fakty. Nejpřesněji popsaly SOT respondentky 1 a 3, které jsou v současné době akademickými pracovníci.

Druhým dílčím cílem této diplomové práce bylo popsat a porovnat názory všeobecných sester na faktory, které ovlivňují využívání standardizované ošetrovatelské terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče. Výsledky byly na základě tematické analýzy rozděleny do 5 oblastí faktorů/témat: Vědomosti a vzdělání, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum a ostatní.

Výsledky tohoto výzkumu se částečně shodují s výsledky studie autorů Thede a Schwirian, kteří publikovali v roce 2013 výsledky svého výzkumu zaměřeného na vnímání vzdělání v oblasti SOT mezi všeobecnými sestrami v klinické praxi. Respondenti jako nejvíce přínosné hodnotili vzdělávání v terminologiích NANDA-I a Omaha systém, naopak u terminologií NOC, ICNP, CCC a PNDS více než polovina všeobecných sester hodnotila prvotní vzdělávání jako neadekvátní. 85 % respondentů studie uvedli navazující vzdělávání jako přínosné. Dokonce 75 % respondentů, kteří neměli navazující vzdělání, uvedlo, že by toto vzdělání uvítali (2013). Výsledky těchto autorů se shodují i s výsledky našeho výzkumu, kdy „zajištění kontinuálního vzdělání ve SOT“ uvedly 2 respondentky jako stimul ke klinickému využívání SOT. Stejně tak bariéra „nedostatečné vzdělávání a znalosti ve SOT“ stanovená respondentkami v našem výzkumu odpovídá výsledkům studie autorů Thede a Schwirian.

Stimul „vzdělávání ve SOT již od počátku studia ošetrovatelství“, který byl určený respondentkami našeho výzkumu, odpovídal výsledkům studie autorů Park a Cho. Autoři vedli přehled literatury a internetových zdrojů pro objasnění současného stavu využívání SOT ve vzdělávání všeobecných sester, ve výzkumu a v klinické praxi. Autoři uvádějí, že mnoho západních zemí (USA, Kanada, Finsko) usiluje o zvýšenou implementaci SOT do vzdělávacích ošetrovatelských programů na vysokých školách. Existuje i rozdíl mezi základním bakalářským studiem a navazujícím postgraduálním studiem, kdy jsou obsahy ve výuce SOT rozdílné. Autoři

uvádějí, že aby všeobecné sestry používaly SOT v klinické praxi (popřípadě i ve výzkumu), je třeba, aby se jejich používání naučily již během studia (2009, s. 105 a 107). Výsledky této studie odpovídají výsledkům našeho výzkumu, kdy vzdělávání pomocí SOT již od počátku studia ošetřovatelství uvedla respondentka 5. **R5:** „*Ta sestra se musí naučit v tomto vyjadřovat už od prvopočátku. Tak, jak se učí latinské názvy, tak jak se učí odbornou terminologií v rámci ošetřovatelských procesů a postupů, tak stejně tak je potřeba, aby se tuto terminologii učila hned od začátku.*“

Částečně se výsledky tohoto výzkumu shodují i s výsledky studie Žiakové a spol., kteří ve svém kvalitativním výzkumu zkoumali vliv faktoru „Možnosti a kvalita vzdělání“ na to, jak sestry vnímají ošetřovatelskou diagnostiku ve vzdělávání, klinické praxi a ve výzkumu. Výsledky jejich studie ukázaly, že všeobecné sestry v oblasti vzdělávání vnímají bariéry i stimuly ve stejné míře. Jako stimuly vnímají požadavky ve výuce, vysvětlení významu diagnostiky, propojení diagnóz s ošetřovatelskými intervencemi a praxí. Jako bariéry respondenti uvedli nedostatek zdrojů ve slovenském jazyce či zastaralé zdroje, problematický překlad terminologií, nejednotnou výuku různými vyučujícími, nedostatek zkušeností vyučujících s klinickou praxí a používání malého okruhu ošetřovatelských diagnóz (2013). Bariéra „nejednotná výuka mezi vyučujícími“ byla identifikována i v našem výzkumu a pojmenována jako bariéra „rozdílnost ve vzdělávání v SOT“. „Problematický překlad“ byl coby bariéra vnímán i u respondentek v našem výzkumu, nicméně byla tato bariéra zahrnuta do kategorie „Ostatní“.

Stimul „prostředek pro vzdělávání studentů ošetřovatelství“ a bariéra „časová náročnost na studium SOT“ nebyly zaznamenány v jiných zkoumaných studiích.

Klinická praxe představovala další oblast faktorů, které vnímaly respondentky našeho výzkumu v klinickém využívání SOT. Cílem kvantitativní studie autorů Conrad a spol. bylo stanovit bariéry klinického využívání SOT v primární péči ve Spojených státech amerických. Téměř 100 % respondentů této studie uvedlo, že lékařská péče by měla být součástí jejich praxe a 83 % respondentů uvedlo, že ošetřovatelská péče by měla být v pacientových záznamech dokumentována. Mezi důvody, proč všeobecné sestry nedokumentovaly svoji péči, autoři zařadili mimo jiné i časovou tíseň. Přibližně třetina respondentů uvedla, že SOT nelze využít k reprezentaci ošetřovatelské péče a že jsou pro klinickou praxi a dokumentaci

nedůležité (2011). Automatické intervence a pocit zbytečného záznamu coby bariéru pro klinické využití SOT ve své studii uvádějí i Ameel a spol. Autoři provedli kvalitativní analýzu sekundárních dat od 79 pacientů ve Finsku. Autoři ve své studii uvedli, že sestry nedokumentují některé intervence, ačkoliv je provádí, jelikož jim připadají pro záznam zbytečné, nepovažují je za intervence pro jejich samozřejmost (například „Aktivní naslouchání“) (2020). Časovou náročnost jako problematickou při klinickém využívání uvádějí i účastníci kvantitativní průřezové studie autorů Olatubi a spol. Autoři uvádějí bariéry v použití SOT v klinické praxi, jako jsou časová náročnost, zvýšená administrativní zátěž personálu, odklad práce a nedostatek času na příjemce péče (2018). Autorky Macková a Zeleníková vedly v roce 2012 kvantitativní studii zkoumající vliv určitých faktorů na záznam ošetřovatelských diagnóz do dokumentace péče. Výsledky jejich studie ukazují, že faktory administrativní a časové vytížení ovlivňují klinické využívání SOT nejvýrazněji. Autorky dále uvádějí, že ošetřovatelskou diagnostiku také ovlivňují obavy z posměchu okolí (2012). Bariéry nalezené v těchto výše zmíněných studiích se shodují s některými bariérami, které uvedly respondentky v našem výzkumném šetření. Konkrétně se jedná o bariéry „časová a administrativní náročnost“, „automatické intervence a zbytečného záznamu“ a „upřednostňování důležitosti a významu lékařských ordinací“. Bariéru „obavy z posměchu okolí“ zmínila výstižným způsobem respondentka 1 našeho výzkumu. **R1:** „*Bohužel, i ty motivované sestry, i když nastoupí do té praxe a je tam 10 sester, které se staví odmítavě k tomu a ona je na pozici jedné z nich, tak nemá šanci to prosadit.*“

Všechny bariéry nalezené v oblasti faktorů „Klinická praxe“ byly nalezeny i v jiných výzkumných šetřeních. Stimuly, které byly v této oblasti respondentkami identifikovány, odpovídají výsledkům studií zaměřených na využitelnost SOT. „Zviditelnění práce všeobecných sester“ a vlivu jejich péče na výsledný stav pacienta při využití SOT v klinické praxi uvádí ve své studii i Dolák, Scholz a Tóthová (2012, s. 442). Dále Olatubi a spol. ve svém kvantitativním výzkumu uvádějí, že přes 75 % sester účastnících se jejich výzkumu uvedlo, že díky používání SOT jsou sestry pyšné na svoji profesi (2018, s. 45). „Usnadnění klinického rozhodování při využívání SOT“ zmiňují i Cavalcante a spol., kteří uvádějí, že používání klasifikačních systémů umožňuje snazší zhodnocení ošetřovatelské péče a zlepšuje klinické rozhodování všeobecných sester (2016, s. 608). „Ušetření času na dokumentaci v klinické praxi“

uvádí i Tastan a spol., kteří uvádějí, že používáním SOT v klinické praxi dochází k ušetření času stráveného dokumentací (2014, s. 1162).

Jak již bylo zmíněno, v České republice neexistuje jednotně daná forma ošetřovatelské dokumentace, stejně tak není jednotně přikázané používání SOT pro záznam ošetřovatelské péče (Česká republika, 2017, s. 4361; Česká republika, 2018, s. 1772; Mynaříková a Žiaková, 2015, s. 56). Bariéra „zdravotní politika státu“ je tedy oprávněnou bariérou ovlivňující klinické využívání SOT v české ošetřovatelské praxi. Bariéru národní zdravotní politiky uvádí Kilanska a spol., kteří ve své případové studii uvádějí, že ačkoliv jsou snahy implementovat ICNP do polské ošetřovatelské praxe již od roku 2006, teprve v roce 2012 došlo k souhlasu mezi všeobecnými sestrami požadujícími ICNP a ministerstvem zdravotnictví pro implementaci tohoto jazyka do praxe. Nyní všeobecné sestry v Polsku požadují, aby byla klasifikace ICNP ze zákona povinnou součástí zdravotních záznamů v této zemi. Problémem zdoluhavého procesu implementace je i fakt, že klasifikace ICNP není volně použitelná, ale k jejímu využívání v praxi je nutná koupě licence (2016, s. 363-364). Tato bariéra byla identifikována i v našem výzkumném šetření jako bariéra „právní ochrana SOT“.

Zdravotní politika a prostředky představují třetí téma, které bylo v našem výzkumu respondentkami rozpoznáno. Autoři Ali a Sieloff svůj deskriptivní výzkum zaměřili na popis schopnosti či moci všeobecných sester zahrnout SOT do elektronických záznamů ve zdravotnictví (EHR) a na zjištění vztahu mezi mocí/schopnostmi všeobecné sestry a jednotlivými proměnnými, jako například pracovní pozice. Z výzkumu je patrné, že čím vyšší moc všeobecné sestry ve svém postavení měly, tím měly i větší schopnost začlenit SOT do elektronických záznamů. Ali a Sieloff jako hlavní překážku klinického využití SOT uvádějí nedostatek schopnosti a síly ošetřovatelských manažerů v začleňování SOT do klinické praxe. Autoři uvádějí, že všeobecné sestry na manažerských pozicích vnímají svoji moc negativně, což přispívá k tomu, že lékaři pociťují nutnost sestry ovládat a kontrolovat (2017). Tyto výsledky odpovídají i výsledkům našeho výzkumu jako stimul „manažerská pozice v ošetřovatelském kolektivu“.

„Počet pacientů na jednu sestru“ byl také zaznamenán jako bariéra v jiných výzkumných šetřeních, například ve studii Mackové a Zeleníkové, kde byl uveden

jako stěžejní faktor ovlivňující diagnostiku v ošetrovatelské praxi (2012). I Paganin a spol. uvedli ve své průřezové studii bariéru počet pacientů na sestru jako překážku při implementaci SOT do klinické praxe, kdy takto odpovědělo 76 % respondentů (2008). I Žiaková a spol. mezi bariéry ve své kvalitativní studii zařadili malý počet ošetrovatelského personálu (počet pacientů na 1 sestru), čas strávený diagnostikou, způsob dokumentování péče na oddělení (absence administrativní opory) a další faktory, jako bariéry v oblasti klinické praxe. Autoři zmiňují i absenci administrativní opory (2013), což odpovídá bariéře „papírová / psaná forma SOT“ identifikované v našem výzkumu.

Elektronická podoba SOT byla 3 respondentkami uvedena jako stimul pro klinické používání SOT. Mnohé studie uvádějí benefity v klinickém využívání elektronické podoby SOT a jsou uvedeny v kapitole 2.2 této diplomové práce.

Bariéry „nedostatečná informovanost o výhodách SOT ze strany managementu“, „nedostatečná kontrola dokumentace ze strany managementu“ a stimul „rozhodnutí managementu zdravotnického zařízení pro využívání SOT“ nebyly v jiných zkoumaných studiích zahrnuty.

V oblasti faktorů „Výzkum“ byl nalezen pouze jeden stimul: „usnadnění porovnatelnosti výsledků výzkumu“, s čímž souhlasí Tastan a spol., kteří uvádějí, že využívání SOT vede ke kvalitně vedenému výzkumu v ošetrovatelství (2014, s. 1161). Stejně tak autorky Beňová, Boledovičová a Bowles uvádějí, že využívání SOT usměrňuje ošetrovatelský výzkum (2016, s. 181).

Poslední oblast faktorů byla nazvána jako „Ostatní“ a byly zde zahrnuty faktory, které nebylo možné zahrnout do předchozích kategorií. „Sjednocení komunikace“ jako stimul uvádějí i autoři v dalších studiích. Thede a Schwirian vedli od roku 2011 kvantitativní výzkum, jehož výsledky postupně prezentovali v několika publikacích, které byly vydávány v až ročních intervalech. Respondenti byli dotazováni, v kterých konkrétních oblastech vidí přínosné klinické využití SOT. Jednou z výhod, které respondenti v této studii zmiňovali, bylo i umožnění interdisciplinární komunikace (2015). I Tastan a spol. uvádějí, že klinické využívání SOT usnadňuje komunikaci mezi ošetrovatelským personálem (2014, s. 1161). Výsledky těchto studií souhlasí s výsledky našeho výzkumu.

„Negativní osobní postoj a předsudky“ coby bariéru ve své studii našli i Žiaková a spol. Autoři ve své kvalitativní studii uvedli, že negativní postoj sester k ošetrovatelské diagnostice může ovlivnit ošetrovatelskou diagnostiku. Autoři dále ve své studii uvedli jako bariéru nedostatek zdrojů ve slovenském jazyce či zastaralé zdroje a problematický překlad terminologií (2013, s. 604-605), což odpovídá bariéře „nedostatečný překlad z cizího jazyka“ nalezené v našem výzkumu. Hou a spol. uvádějí, že nezbytností pro možné využití SOT v klinické praxi v různých zemích je jejich jazyková validace a kulturně-adaptační proces. Autoři uvádějí možnost použití metody Delphi pro vhodný překlad terminologie ICNP (2013).

Bariéra „nevyhovující obsah SOT“ a stimul „sjednocení názoru na používání SOT“ nebyl v jiných zkoumaných studiích nalezen.

5.1 Limity výzkumného šetření

První limitaci empirické části této diplomové práce představuje současná epidemiologická situace Covid-19, která znemožnila vést všechny rozhovory s respondenty prezenčně, ve shodném nebo alespoň podobném výzkumném prostředí za shodných či podobných podmínek. 3 rozhovory probíhaly metodou on-line prostřednictvím platformy Zoom, kdy tyto respondentky byly během výzkumu ve vlastním sociálním prostředí. Limitací tohoto způsobu sběru dat byly i technické problémy, které během rozhovorů vznikaly, jako například problematické připojení k on-line rozhovoru či vyrušování okolím. Výpovědi respondentek byly proto ovlivněny těmito vnějšími faktory. Limitací představoval i prostý doslovný přepis nahraných rozhovorů, který byl pouze zčásti doplněn o poznámky prostředí a neverbální projevy komunikace.

Limitací je i samotný kvalitativní přístup k výzkumné části, který sám o sobě představuje určitá omezení, kterými jsou nedostatečná přenositelnost výsledků výzkumu na širší populaci (nízce zobecnitelné výsledky), malý a záměrně vybraný zkoumaný vzorek, špatně operacionalizované proměnné a subjektivita výzkumníka (Gurková, 2019, s. 15). Subjektivitu výzkumníka lze zhodnotit pomocí metody reflexe subjektivity, která umožňuje popsat postoje výzkumníka a riziko ovlivnitelnosti výsledků výzkumu (Mazalová, 2016, s. 71). Reflexe subjektivity výzkumníka byla v našem výzkumu hodnocena v rámci rozboru pilotního rozhovoru pomocí zpětné vazby s respondentkou 1 a s vedoucí diplomové práce.

Limitaci tohoto výzkumu představuje i jednostranná analýza dat výzkumníkem, tedy v našem výzkumu nebyla provedena triangulace výzkumníků. Tou se rozumí účast více pozorovatelů a tazatelů na výzkumu, což vede k zamezení vzniku zkreslení způsobeného lidským faktorem (Hendl, 2016, s. 151). Na druhou stranu byla provedena triangulace metod výběru výzkumného vzorku, aby byl vzorek respondentů rozmanitý (Mazalová, 2016, s. 72). Vzorek v našem výzkumu tvořily tři rozdílné skupiny respondentů splňujících zařazující kritéria: všeobecné sestry v klinické praxi, akademičtí pracovníci a manažeři ošetrovatelské praxe.

Limitující může být i zvolená metoda analýzy dat. Metoda tematické analýzy představuje dle Hendla množství výhod a nevýhod. Výhodou je pružnost analýzy, dále možnost využití této metody na zpracování velkého množství dat apod. Mezi nevýhody Hendl zařazuje nesnadné vyhledávání klíčových aspektů kvůli pružné analýze, splývající vyhledávání a ověřování témat a kódů a omezenou interpretační sílu v případě nevyužití určitého teoretického rámce (2016, s. 275).

Pravdivost a spolehlivost kvalitativního výzkumu je vyjádřena termínem důvěryhodnost. Důvěryhodnost kvalitativního výzkumu je vymezena pojmy: kredibilita, přenositelnost, spolehlivost a pravděpodobnost. Kredibilita určuje vnitřní validitu výzkumu, tedy zda byla výzkumná část studie v souladu s teoretickým základem (Mazalová, 2016, s. 66-67). V našem výzkumu lze najít některé techniky kontroly kredibility: přímé citace respondentů a saturace dat.

Přenositelnost dat odpovídá naopak reliabilitě u kvantitativního výzkumu, neboť znamená možnost převést výsledky výzkumu za shodných podmínek na určitou skupinu osob. I přenositelnost má své techniky kontroly (Mazalová, 2016, s. 67-68). V našem výzkumu byly uplatněny některé techniky kontroly přenositelnosti, jako například podrobný popis limitů výzkumného šetření a srovnání výsledků výzkumu s aktuálními dohledanými vědeckými poznatky.

Spolehlivost kvalitativního výzkumu znamená míru opakovatelnosti jednotlivých kroků výzkumu. Pravděpodobnost kvalitativního výzkumu znamená maximální míru objektivity (Mazalová, 2016, s. 68). V našem výzkumném šetření byly uplatněny následující techniky kontroly spolehlivosti: konzistence otázek a doslovný přepis získaných informací. Žádná technika kontroly pravděpodobnosti nebyla v našem výzkumu využita.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo popsat využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi v souvislosti s faktory, které ovlivňují dokumentaci ošetrovatelské péče pomocí standardizovaných ošetrovatelských jazyků.

Teoretická část diplomové práce byla zaměřena na sumarizaci aktuálních dohledaných poznatků k dané problematice. Bylo zjištěno, že výhody ve využití standardizovaných ošetrovatelských jazyků v klinické praxi jsou mnohé, jako například usnadnění komunikace mezi všeobecnými sestrami, ušetření času stráveného ošetrovatelskou dokumentací, široké pole využitelnosti SOT v různých odvětvích klinické praxe a další. Na základě studia teoretických dat byly zjištěny oblasti faktorů, které ovlivňují všeobecné sestry v klinickém využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií. Tyto oblasti faktorů byly pojmenovány jako znalosti, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum.

Hlavním cílem empirické části této diplomové práce bylo popsat zkušenosti všeobecných sester s využitím SOT v dokumentaci ošetrovatelské praxe v České republice společně s faktory, které využívání SOT v ošetrovatelské dokumentaci ovlivňují. Součástí prvního dílčího cíle bylo popsat a porovnat zkušenosti všeobecných sester se současnou dokumentací ošetrovatelské péče a s využíváním standardizované terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče. Odpovědi respondentek našeho výzkumu byly ve shodě s legislativou České republiky a současných výzkumů. Výsledky ukázaly, že současná podoba ošetrovatelské dokumentace je v České republice nejednotná a jsou využívány standardizované dokumenty, ne však standardizované ošetrovatelské jazyky k záznamu ošetrovatelské péče. Výsledky výzkumu dále poukázaly na spokojenost všeobecných sester se současnou podobou ošetrovatelské dokumentace, ačkoliv byly zaznamenány odlišnosti v dokumentování ošetrovatelské péče mezi jednotlivými všeobecnými sestrami v rámci téhož zdravotnického zařízení. Výsledky tohoto výzkumu poukázaly i na způsoby vnímání ošetrovatelského procesu a standardizovaných ošetrovatelských terminologií ve vztahu k ošetrovatelské dokumentaci.

Součástí druhého dílčího cíle bylo popsat a porovnat názory všeobecných sester na faktory, které ovlivňují využívání standardizované ošetrovatelské terminologie při dokumentování ošetrovatelské péče. Analýza dat k druhému dílčímu cíli byla provedena pomocí metody tematické analýzy. Odpovědi respondentek našeho výzkumu odpovídaly výsledkům současných dohledaných výzkumů. Byly stanoveny následující oblasti faktorů ovlivňující ošetrovatelskou dokumentaci pomocí SOT: vědomosti a vzdělání, klinická praxe, zdravotní politika a prostředky, výzkum a ostatní. Faktory byly následně rozděleny na stimuly a bariéry. Výsledky našeho výzkumu odpovídaly výsledkům aktuálních dohledaných studií. Mezi nejčastěji se objevující a opakující faktory patřily tyto stimuly a bariéry: bariéra časová a administrativní náročnost, bariéra nedostatečná informovanost o výhodách SOT ze strany managementu zdravotnického zařízení, bariéra negativní osobní postoj a předsudky a stimul elektronická podoba SOT.

Cíle této diplomové práce byly splněny.

Závěry výzkumu této diplomové práce jsou přínosné nejen pro všeobecné sestry v klinické praxi, ale i pro studenty ošetrovatelství, kterým umožňují snadněji pochopit problematiku standardizovaných ošetrovatelských terminologií, jejich význam a klinickou využitelnost. Výsledky této diplomové práce jsou přínosné i pro manažery ošetrovatelské praxe, kteří zvažují zavedení ošetrovatelské dokumentace pomocí SOT. Výsledky našeho výzkumu podrobně popisují postoje všeobecných sester v České republice ke klinickému využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií a jejich zkušenosti s faktory, které všeobecné sestry podněcují anebo jim brání v klinickém využívání SOT. Tyto informace jsou přínosné i pro učitele a akademické pracovníky, kteří budoucí ošetrovatelský personál ve využívání SOT vzdělávají. Mohou je tedy inspirovat ve způsobu, jakým tyto vědomosti budoucím ošetrovatelským profesionálům budou předávat.

Referenční seznam

- 1) ALI, Samira a Christina L. SIELOFF, 2017. Nurse's use of power to standardise nursing terminology in electronic health records. *Journal of Nursing Management* [online]. **25**(5), 346-353 [cit. 2020-10-15]. ISSN 09660429. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.12471
- 2) AMEEL, Maria, Hanna LEINO, Raija KONTIO, Theo VAN ACHTERBERG a Kristiina JUNTILA, 2020. Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **29**(17-18), 3435-3444 [cit. 2020-10-15]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.15382
- 3) AMEEL, Maria, Raija KONTIO a Kristiina JUNTILA, 2019. Nursing interventions in adult psychiatric outpatient care. Making nursing visible using the Nursing Interventions Classification. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **75**(11), 2899-2909 [cit. 2020-10-15]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14127
- 4) BEŇOVÁ, Eva, Mária BOLEDOVIČOVÁ a Kathryn H. BOWLES, 2016. Problémy, intervence a výsledky Omaha systému v klinické praxi ošetrovatelství. *Kontakt*. **18**(3), 180-186. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>
- 5) CARVALHO, Carina Maris Gaspar, Marcia Regina CUBAS a Maria Miriam Lima da NÓBREGA, 2017. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. **70**(2), 430-435 [cit. 2020-10-15]. ISSN 0034-7167. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167-2016-0308
- 6) CAVALCANTE, Marília Daniella Machado Araújo, Liliana Müller LAROCCA, Maria Marta Nolasco CHAVES, Márcia Regina CUBAS, Laura Christina Macedo PIOSIADLO a Verônica de Azevedo MAZZA, 2016. Nursing terminology as a work process instrument of nurses in collective health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. **50**(4), 610-616 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1590/S0080-623420160000500010. ISSN 0080-6234. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400610&lng=en&tlng=en

- 7) CONRAD, Dianne, Patricia A. HANSON, Susan M. HASENAU a Julia STOCKER-SCHNEIDER, 2012. Identifying the barriers to use of standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. **24**(7), 443-451 [cit. 2020-10-15]. ISSN 10412972. Dostupné z: doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00705.x
- 8) ČESKÁ REPUBLIKA, Vyhláška č. 391/2017 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., ročník 2017, částka 137, číslo 391.
- 9) ČESKÁ REPUBLIKA, Vyhláška č. 137/2018 S.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2018. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., ročník 2018, částka 71, číslo 137.
- 10) ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 287/2013 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: 287. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., ročník 2013, částka 109, číslo 287.
- 11) DE GROOT, Kim, Anke J.E. DE VEER, Wolter PAANS a Anneke L. FRANCKE, 2020. Use of electronic health records and standardized terminologies: A nationwide survey of nursing staff experiences. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **104**(1), 1-9 [cit. 2020-10-15]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103523
- 12) DE GROOT, Kim, Mattanja TRIEMSTRA, Wolter PAANS a Anneke L. FRANCKE, 2019. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **75**(7), 1379-1393 [cit. 2020-10-15]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.13919
- 13) DOLÁK, František, Pavel SCHOLZ a Valérie TÓTHOVÁ, 2012. Postoj sester k ošetrovatelským klasifikačním systémům. *Kontakt*. **14**(4), 434-443. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2012.043

- 14) ESTRADA, Nicolette A. a Candice R. DUNN, 2012. Standardized Nursing Diagnoses in an Electronic Health Record: Nursing Survey Results. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. **23**(2), 86-95 [cit. 2021-02-02]. ISSN 20473087. Dostupné z: doi:10.1111/j.2047-3095.2011.01201.x
- 15) FERREIRA, Anali Martegani, Elisiane do Nascimento da ROCHA, Camila Takáo LOPES, Maria Márcia BACHION, Juliana de Lima LOPES a Alba Lúcia Bottura Leite de BARROS, 2016. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. **69**(2), 307-315 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690214i. ISSN 0034-7167. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200307&lng=pt&tlng=pt
- 16) GONÇALVES, P.D.B., C.A.C. SEQUEIRA a M.A.T.C.P. SILVA, 2019. Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review* [online]. **66**(2), 199-208 [cit. 2020-10-15]. ISSN 0020-8132. Dostupné z: doi:10.1111/inr.12493
- 17) GURKOVÁ, Elena, Ivana ANDRAŠČÍKOVÁ a Juraj ČÁP, 2015. Parents' experience with a dying child with cancer in palliative care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **6**(1), 201-208 [cit. 2021-5-21]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0004
- 18) GURKOVÁ, Elena, 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5627-0.
- 19) HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 20) HOU, I-Ching, Polun CHANG, Hui-Ya CHAN a Patricia C. DYKES, 2013. A modified Delphi translation strategy and challenges of International Classification for Nursing Practice (ICNP®). *International Journal of Medical Informatics* [online]. **82**(5), 418-426 [cit. 2020-10-15]. ISSN 13865056. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.08.002
- 21) HUI, David a Eduardo BRUERA, 2017. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *Journal of Pain*

- and Symptom Management* [online]. **53**(3), 630-643 [cit. 2021-04-22]. ISSN 08853924. Dostupné z: doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370
- 22) CHALÁNKOVÁ, Tereza, 2019. *Využití standardizované terminologie v ošetrovatelství*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
- 23) JAROŠOVÁ, Darja, Lucie SIKOROVÁ, Jana MAREČKOVÁ a Hana PAJOROVÁ, 2012. Elektronická dokumentace pro ošetrovatelskou diagnostiku v domácí péči. *Praktický lékař*. **92**(2), 105-108. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>
- 24) KIM, Tae Youn, Nicholas HARDIKER a Amy COENEN, 2014. Inter-terminology mapping of nursing problems. *Journal of Biomedical Informatics* [online]. **49**(1), 213-220 [cit. 2020-10-15]. ISSN 15320464. Dostupné z: doi:10.1016/j.jbi.2014.03.001
- 25) KILAŇSKA, D., A. GAWORSKA-KRZEMIŇSKA, H. GRABOWSKA a B. GORZKOWICZ, 2016. A case study of the introduction of the International Classification for Nursing Practice ® in Poland. *International Nursing Review* [online]. **63**(3), 361-371 [cit. 2020-10-15]. ISSN 00208132. Dostupné z: doi:10.1111/inr.12261
- 26) LUNDBERG, Cynthia B., Judith J. WARREN, Jane BROKEL, et al., 2008. Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. *Online Journal of Nursing Informatics* [online]. **12**(2), 1-20 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf
- 27) MACIEIRA, Tamara G. R., Madison B. SMITH, Nicolle DAVIS, Yingwei YAO, Diana J. WILKIE, Karen Dunn LOPEZ a Gail KEENAN, 2018. Evidence of Progress in Making Nursing Practice Visible Using Standardized Nursing Data: a Systematic Review. *AMIA Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium* [online]. United States of America: American Medical Informatics Association, **2017**, 1205-1214 [cit. 2019-03-23]. ISSN 15594076. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5977718/>
- 28) MACIEIRA, Tamara G. R., Tania C. M. CHIANCA, Madison B. SMITH, Yingwei YAO, Jiang BIAN, Diana J. WILKIE, Karen DUNN LOPEZ a Gail M KEENAN, 2019. Secondary use of standardized nursing care data for advancing nursing

- science and practice: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association* [online]. **26**(11), 1401-1411 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1067-5027. Dostupné z: doi:10.1093/jamia/ocz086
- 29) MACKOVÁ, Helena a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2012. Faktory ovlivňující používání ošetrovatelských diagnóz v praxi. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **3**(2), 390-397 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/4_mackova_zelenikova.pdf
- 30) MAZALOVÁ, Lenka, 2016. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5085-8.
- 31) MYNAŘÍKOVÁ, Eva a Katarína ŽIAKOVÁ, 2015. Kvalita ošetrovatelské diagnostiky používané v klinické praxi. *Ošetrovatelstvo* [online]. **5**(2), 56-60 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/>
- 32) MYNAŘÍKOVÁ, Eva a Katarína ŽIAKOVÁ, 2014. The use of nursing diagnoses in clinical practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **5**(3), 117-126 [cit. 2020-10-15]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2014.05.0006
- 33) OLATUBI, Matthew Idowu, Olufemi Oyebanji OYEDIRAN, Funmilola Adenike FAREMI a Omowumi Romoke SALAU, 2018. Knowledge, Perception, and Utilization of Standardized Nursing Language (SNL) (NNN) among Nurses in Three Selected Hospitals in Ondo State, Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. **30**(1), 43-48 [cit. 2020-10-15]. ISSN 20473087. Dostupné z: doi:10.1111/2047-3095.12197
- 34) OLIVEIRA, Fernanda Pessanha de, Beatriz Guitton Renaud Baptista de OLIVEIRA, Rosimere Ferreira SANTANA, Bruna de Paula SILVA a Jessica de Souza Carvalho CANDIDO, 2016. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. **37**(2), 1-9 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1983-1447. Dostupné z: doi:10.1590/1983-1447.2016.02.55033
- 35) PAGANIN, Angelita , Maria Antonietta MORAES, Simoni POKORSKI a Eneida Rejane RABELO, 2008. Factors That Inhibit the Use of Nursing Language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* [online]. **19**(4),

- 150-157 [cit. 2020-10-15]. ISSN 15415147. Dostupné z: doi:10.1111/j.1744-618X.2008.00103.x
- 36) PARK, Hyejin a Eunjoo LEE, 2015. Incorporating Standardized Nursing Languages Into an Electronic Nursing Documentation System in Korea: A Pilot Study. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. **26**(1), 35-42 [cit. 2020-10-15]. ISSN 20473087. Dostupné z: doi:10.1111/2047-3095.12038
- 37) PARK, H.-A. a I. CHO, 2009. Education, Practice, and Research in Nursing Terminology: Gaps, Challenges, and Opportunities. *Yearbook of medical informatics*. **18**(1), 103-108.
- 38) POSPÍŠILOVÁ, Alena, Miroslava KYASOVÁ a Petra JUŘENÍKOVÁ, 2012. Znalost pojmů NANDA International, NIC a NOC s ohledem na vzdělání všeobecných sester. *Kontakt*. **14**(4), 421-433. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2012.042
- 39) RABELO-SILVA, Eneida Rejane, Ana Carla DANTAS CAVALCANTI, Maria Cristina RAMOS GOULART CALDAS, Amália de Fátima LUCENA, Miriam de Abreu ALMEIDA, Graciele Fernanda da Costa LINCH, Marcos Barragan DA SILVA a Maria MÜLLER-STAUB, 2017. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). *Journal of Clinical Nursing* [online]. **26**(3-4), 379-387 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1111/jocn.13387. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13387>
- 40) ROMEIRO, Joana a Sílvia CALDEIRA, 2018. The Human Responses and Nursing Diagnoses of Those Living With Infertility: A Qualitative Systematic Review. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. 1-17 [cit. 2019-03-23]. DOI: 10.1111/2047-3095.12223. ISSN 20473087. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12223>
- 41) SECGINLI, Selda, Semra ERDOGAN a Karen A. MONSEN, 2013. Attitudes of health professionals towards electronic health records in primary health care settings: a questionnaire survey. *Informatics for Health and Social Care* [online]. **39**(1), 15-32 [cit. 2021-02-02]. ISSN 1753-8157. Dostupné z: doi:10.3109/17538157.2013.834342

- 42) SCHENK, Elizabeth, Ruth SCHLEYER, Cami R. JONES, Sarah FINCHAM, Kenn B. DARATHA a Karen A. MONSEN, 2017. Time motion analysis of nursing work in ICU, telemetry and medical-surgical units. *Journal of Nursing Management* [online]. **25**(8), 640-646 [cit. 2020-10-15]. ISSN 09660429. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.12502
- 43) STRUDWICK, Gillian a Nicholas R. HARDIKER, 2016. Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice ®. *International Journal of Medical Informatics* [online]. **94**(1), 215-221 [cit. 2020-10-15]. ISSN 13865056. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.06.012
- 44) TASTAN, Sevinc, Graciele C.F. LINCH, Gail M. KEENAN, et al., 2014. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **51**(8), 1160-1170 [cit. 2020-10-15]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004
- 45) THEDE, Linda Q. a Patricia M. SCHWIRIAN, 2013. Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Participants' Education for the Use of Standardized Nursing Terminology "Labels." *Online Journal of Issues in Nursing* [online]. **18**(2), 1 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: doi:10.3912/OJIN.Vol18No02InfoCol01
- 46) THEDE, Linda Q. a Patricia M. SCHWIRIAN, 2015. Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes—SURVEY II: Participants' Perception of the Helpfulness of Standardized Nursing Terminologies in Clinical Care. *Online Journal of Issues in Nursing* [online]. **20**(1), 1 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: doi:10.3912/OJIN.Vol20No01InfoCol01
- 47) TOPAZ, Maxim, Nadya GOLFENSHTEIN a Kathryn H BOWLES, 2014. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *Journal of the American Medical Informatics Association* [online]. **21**(1), 163-170 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1067-5027. Dostupné z: doi:10.1136/amiajnl-2012-001491
- 48) TSENG, Huichen a Sue MOORHEAD, 2014. The Use of Standardized Terminology to Represent Nursing Knowledge: Nursing Interventions relevant to Safety for Patients with Cancer. *Nursing informatics* [online]. **201**, 298-303 [cit.

2019-03-23]. DOI: 10.3233/978-1-61499-415-2-298. Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24943558&lang=cs&site=ehost-live>

- 49) VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5304-1.
- 50) WANG, Ning, Ping YU a David HAILEY, 2015. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International Journal of Medical Informatics* [online]. **84**(8), 561-569 [cit. 2020-10-15]. ISSN 13865056. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijmedinf.2015.04.004
- 51) WESTRA, B. L., G. E. LATIMER, S. A. MATNEY, et al., 2015. A national action plan for sharable and comparable nursing data to support practice and translational research for transforming health care. *Journal of the American Medical Informatics Association* [online]. Oxford, **22**(3), 600-607 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1067-5027. Dostupné z: doi:10.1093/jamia/ocu011
- 52) ŽIAKOVÁ, Katarína, Elena GURKOVÁ, Radka ŠERFELOVÁ a Juraj ČÁP, 2013. Stimuly a bariéry vo využívaní ošetrovateľských diagnóz. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **4**(3), 601-608 [cit. 2020-10-15]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/1_ziakova_kol.pdf

Seznam zkratek

- CCC: Clinical Care Classification Systém
- CDRs: Clinical Data Repositories
- EHR: Electronic Health Records
- ESAS: Edmonton Symptom Assessment System
- ICD-10: Mezinárodní klasifikace nemocí
- ICF: Mezinárodní klasifikace funkčnosti, disability a zdraví
- ICNP: International Classification of Nursing Practice
- LOINC: Logical Observation Identifiers Names and Codes
- MZČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- NANDA-I: the North American Nursing Diagnoses Association – International
- NIC: Nursing Interventions Classification
- NNN: Terminologie NANDA-I + NIC + NOC
- NOC: Nursing Outcomes Classification
- PNDS: Perioperative Nursing Data Set
- R1 – R5: Respondenti 1 až 5
- RAI: Nástroj k posouzení občana
- SNOMED CT: Systematized Nomenclature od Medicine Clinical Terms
- SOT: Standardizovaná ošetrovatelská terminologie
- USA: Spojené státy americké

Seznam příloh

- Příloha č. 1.: Tabulka: Demografické údaje zkoumaného vzorku respondentů
- Příloha č. 2.: Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UPOL
- Příloha č. 3.: Vzor informovaného souhlasu
- Příloha č. 4.: Ukázka přepisu rozhovorů

Přílohy

- Příloha č. 1.: Tabulka: Demografické údaje zkoumaného vzorku respondentů

Respon dent	Pohlaví	Věk (roky)	Nejvyšší dosažené vzdělání (titul)	Délka klinické praxe (roky)	Charakter klinického pracoviště	Současná pracovní pozice
R1	Žena	44	Ph.D	11	Interní pracoviště standardního typu, lůžková péče	Všeobecná sestra, akademický pracovník
R2	Žena	30	Mgr.	7	Interní pracoviště intenzivního typu, lůžková péče	Všeobecná sestra
R3	Žena	33	Ph.D	1,5	Interní pracoviště standardního typu, lůžková i ambulantní péče	Akademický pracovník
R4	Žena	28	Mgr.	5	Interní pracoviště intenzivního typu, lůžková péče	Všeobecná sestra
R5	Žena	48	Mgr.	24	Interní pracoviště, standardní i intenzivní péče, ambulantní i lůžková péče	Manažer ošetřovatelské péče

- Příloha č. 2.: Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UPOL



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-109728/1050S-2020

Vážená paní
Tereza Chalánková,

2020-06-25

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Chalánková,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše diplomová práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomová práce s názvem „**Standardizovaná ošetrovatelská terminologie**“ jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

v. r.

Datum :

Podpis :

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 976/3 | 775 15 Olomouc | IČ 61989592 |
www.fzv.upol.cz

- Příloha č. 3.: Vzor informovaného souhlasu



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: **Standardizovaná ošetrovatelská terminologie (diplomová práce).**

Období realizace: 1. 7. 2020 – 30. 11. 2021

Řešitelé projektu: Bc. Tereza Chalánková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit, jak všeobecné sestry v současné době dokumentují ošetrovatelský proces v klinické praxi. Data budou sbírána formou polostrukturovaného rozhovoru, který bude nahrávaný na diktafon. Bude zachována anonymita veškerých dat. Délka rozhovoru bude trvat přibližně 30 až 60 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika.: Vaše účast na výzkumu pomůže definovat, jaké faktory v dnešní době ovlivňují dokumentaci ošetrovatelského procesu v klinické praxi. Tato data mohou být využita pro další navazující výzkum. Z výzkumného šetření pro vás neplynou žádná rizika. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje

budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____

- Příloha č. 4.: Ukázka přepisu rozhovorů

Výzkumník: *Výborně, děkuji, to bylo moc hezky řečené. Já bych se teda už přesunula k té poslední, třetí části, ta otázka zní takhle: „**Jaké vnímáte faktory, ať už stimuly anebo bariéry, které ovlivňují využívání standardizovaných ošetrovatelských terminologií v klinické praxi?**“. Vy už jste vlastně začala něčím, jestli Vás napadnou ještě nějaké další faktory, co už sestry motivuje anebo co jim spíše brání v tom, aby to používaly?*

R5: *Myslím si, že dnešní doba opravdu těm sestram dáva na záda obrovskou část administrativy. My máme jisté kompetence, máme jistý rozsah kompetencí a lékař má jisté kompetence. V praxi tyto kompetence mnohdy nejsou dodržovány, řada kompetencí ze strany lékaře přepadá na sestru, která v dobré snaze tomu pacientovi prospět ty kompetence převezme. Když budu konkrétní, generika, podávání generik, dostupnost originálních léků, to je velkým problémem. Myslím si, že dnešní doba nutí sestry k tomu, aby pracovaly s „AISLPem“ mnohem intenzivněji než lékař. Protože kdy ta sestra rozdává pacientovi léky, je na pokoji u pacienta, nemá v ruce žádný tablet ani žádný jiný přístup na síť, aby si ověřila, že podle „AISLPu“ je tohle to a to generikum a znamenalo by to pro ni u toho pacienta, že teda třikrát nebo čtyřikrát vyhledá lékaře a upozorní ho na to, že tento lék, který má pacient předepsán, není momentálně dostupný, je dostupné takové a onaké generikum, lékař by měl správně to generikum opravit v té dokumentaci, v tom dekurzu, a teprve potom to sestra může podat. Takže už jenom tímto, že ta sestra nezná jen jedno generikum, ona zná dvě, tři alternativy prostě ke konkrétnímu léku. A když ten pacient přijde a má jich třeba předepsaných sedm a ona u každého hledá generikum, tak je to opravdu velká zátěž, co se týká administrativy. I když se snaží fakultní nemocnice v tom smyslu, aby ta dokumentace byla maximálně stručná a nebyla to přehnaná zátěž pro ty sestry, tak když se potom vyskytne pacient, který je vlastně nějakým způsobem komplikovanější, tak v ten moment tam opravdu nabíhá celá série dalších formulářů, které je potřeba vyplňovat. Když uvedu pro příklad, tak je to péče o ránu, záznam bolesti u pacienta, dále je to sledování bilance tekutin, sledování příjmu potravy, sledování fyziologických funkcí a do toho ještě měření glykémie. Takže v ten moment najednou ta sestra vlastně zpracovává třeba šest formulářů na jednoho pacienta, a to si myslím, že opravdu není v rukách jedné sestry, aby toto všechno vedla a vedla to precizně, a ještě z toho potom dělala*

výstupy dál, když má třeba dvanáct, patnáct pacientů na směnu. Jo, to opravdu je velká zátěž.

Výzkumník: *Dobře, dobře. Takže podle Vás je hlavním důvodem, proč se nepoužívají ty standardizované terminologie v praxi teda nějaká ta administrativní zátěž sestry?*

R5: *To je jeden bod. Ale fakt si myslím, že sestra, která má vysokoškolské vzdělání, i třeba na bakalářské úrovni, v případě, že s ní mluvím v podobě terminologie NANDA, tak v ten moment my si rozumíme. Ale sestřičky, které v tomto režimu nepracovaly, tak se neorientují. A v ten moment máme dva protipóly a ty sestry, které to vzdělání mají a mohly by ho používat, tak tou praxí, kde jsou stahovány vlastně těmi sestřičkami, které s tím nepracují a nerozumí tomu, tak ani nemají tendence to používat. Je pro ně jednodušší přizpůsobit se tomu „Ano, ono to tady takhle je a my to nikam nepotřebujeme posouvat, je to jednodušší“, a zůstane to tady na této úrovni.*

Výzkumník: *Dobře, takže je tam i nějaký tlak toho kolektivu a určitě velký faktor toho vzdělání sestry?*

R5: *To si myslím, že to je rozhodující. Když ta sestra prostě s tím v kontaktu nebyla, tak jí to v ničem neoslovuje a nedokáže si tu pyramidu, která z toho vzejde, představit. Tudíž nevidí ten benefit a neví, proč by něco takového dělala.*

Výzkumník: *Hmmm (souhlasně), dobře. A ještě jste vlastně předtím zmiňovala tu jazykovou bariéru, že je to nepřirozeně formulované.*

R5: *Je. Toto si myslím, že je základním kamenem úrazu, protože kdyby to vycházelo z češtiny, tak ta sestra ty pojmy mnohdy používá, ale nejsou zařazené jako ty přesně vyjadřující se. Jo? Takže stačí to opravdu jenom učesat a dát do „češtinářsky“ do formy tak, aby to bylo pro tu českou mluvu přirozené a v ten moment si myslím, že se odbourá polovina z toho odporu vůči oficiální terminologii v ošetřovatelství.*