

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Klára Čermáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Klára Čermáková

**VEDENÍ OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA
LŮŽKÁCH NÁSLEDNÉ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Čermáková Klára

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 33

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 65

Klíčová slova: ošetrovatelská dokumentace, sesterský dekurz, ošetrovatelská anamnéza, vedení ošetrovatelské dokumentace, oddělení následné péče, hodnotící škály, Nemocniční informační systém, audit

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče. V teoretické části je popsána zdravotnická dokumentace jako celek, poté ošetrovatelská dokumentace, elektronizace dokumentace, oddělení následné péče a audit.

Teoretickými východisky jsou zdravotnická dokumentace, ošetrovatelská dokumentace a oddělení následné péče. V poslední kapitole zmiňujeme i audit, který hraje důležitou roli v hodnocení kvality zaznamenaných informací.

Praktická část byla realizována kvalitativním výzkumem, konkrétně obsahovou analýzou ošetrovatelské dokumentace na LNP ve třech nemocnicích. Zaměřujeme se na dva dokumenty, které jsou vedeny v rámci ošetrovatelské dokumentace, a sice sesterský dekurz a ošetrovatelská anamnéza a dále na analýzu hodnotících měřících nástrojů (hodnotící škály). Obsahová analýza byla doplněna šesti polostrukturovanými rozhovory s participanty. Poté

data z rozhovorů byla kategorizována a následně kódována. Kvůli anonymitě dat nelze zveřejnit vybrané poskytovatele zdravotní péče, pouze je lze specifikovat jako soukromé a okresní nemocnice.

Cílem bakalářské práce je komparace výsledků předem vybraných dokumentů s reálně vedenou ošetrovatelskou dokumentací na lůžkách následné péče.

Výstupem bakalářské práce je interpretace výsledků managementu poskytovatelů zdravotních služeb.

Abstract

Surname and name: Čermáková Klára

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Management of nursing documentation in aftercare department

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 33

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 65

Keywords: nursing documentation, nurse decourse, nursing medical history, management of nursing documentation, aftercare department, rating scales, Hospital information system, audit

Summary:

This bachelor thesis focuses on the management of nursing documentation in aftercare department. The theoretical part describes the health documentation as a whole, then the nursing documentation, the management of documentation, the aftercare department and audit.

The theoretical outcomes are, health documentation, nursing documentation and the aftercare department. In the last chapter, we also mention the audit, which plays an important role in assessing the quality of recorded information.

The practical part was carried out by qualitative research, namely content analysis of nursing documentation at the aftercare department in three hospitals. The focus is on two documents that are maintained within the nursing documentation, namely the nurse decourse and the nursing medical history, as well as the analysis of the assessment measurement tools (rating

scales). The content analysis was complemented by six semi-structured interviews with participants. The interview data was then categorized and subsequently coded. Due to the anonymity of the data, the selected health care providers cannot be disclosed, only specified as private and district hospitals.

The aim of the bachelor thesis is to compare the results of the pre-selected documents with the actual nursing records in the aftercare beds.

The output of the bachelor thesis is the interpretation of the results of the management of health care providers.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Pavlíně Tůmové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Následně bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu při psaní této práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	15
1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE.....	16
1.1 Vedení zdravotnické dokumentace	17
1.2 Zásady nahlížení do dokumentace (GDPR).....	18
1.3 Archivace zdravotnické dokumentace	20
2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	22
2.1 Ošetřovatelská anamnéza a potřeby pacientů	23
2.2 Sesterský dekurz	27
2.3 Ošetřovatelský proces	28
2.3.1 1. Fáze – posouzení (zhodnocení)	29
2.3.2 2. Fáze – diagnostika	30
2.3.3 3. Fáze – Plánování.....	32
2.3.4 4. Fáze – Realizace	33
2.3.5 5. Fáze – Vyhodnocení	33
3 ELEKTRONIZACE DOKUMENTACE.....	35
3.1 NIS – Nemocniční informační systém.....	36
4 ODDĚLENÍ (LŮŽKA) NÁSLEDNÉ PÉČE	38
5 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT	41
PRAKTICKÁ ČÁST	43
6 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	43
7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	44
7.1 Hlavní cíl.....	44
7.2 Dílčí cíle.....	44
7.3 Dílčí výzkumné otázky	44
8 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	45
8.1 Metodologie výzkumu	45
8.2 Charakteristika sledovaného souboru	45
8.3 Organizace výzkumu	46
8.4 Zpracování dat	46
9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	47

9.1	Kategorie 1: Vedení ošetrovatelské anamnézy	47
9.1.1	Subkategorie: Význam	47
9.1.2	Subkategorie: Přínos.....	48
9.1.3	Subkategorie: Nedostatky.....	49
9.1.4	Subkategorie: Forma vedení ošetrovatelské anamnézy	49
9.2	Kategorie 2: Vedení sesterského dekurzu.....	50
9.2.1	Subkategorie: Přínos.....	51
9.2.2	Subkategorie: Změny.....	52
9.2.3	Subkategorie: Nedostatky.....	52
9.2.4	Subkategorie: Forma vedení sesterského dekurzu.....	53
9.2.5	Subkategorie: Spokojenost	54
9.3	Kategorie 3: Analýza rizik hodnotících škál.....	55
9.3.1	Subkategorie: Hodnocení bolesti podle	56
9.3.2	Subkategorie: Hodnocení místa vpichu PŽK	57
9.3.3	Subkategorie: Hodnocení rizika pádu.....	57
9.3.4	Subkategorie: Hodnocení míry soběstačnosti pacienta	58
9.3.5	Subkategorie: Hodnocení rizika vzniku dekubitů	59
9.3.6	Subkategorie: Přehodnocování škál.....	60
9.4	Kategorie 4: Porovnání výsledků rozhovoru s výsledky obsahové analýzy.....	61
9.4.1	Subkategorie: Rozdíly ve výběru škál	61
9.4.2	Subkategorie: Reakce při pozitivě screeningu škál	62
9.4.3	Subkategorie: Správnost vedení ošetrovatelských dokumentů	63
	DISKUZE	65
	ZÁVĚR.....	70
	SEZNAM LITERATURY	72
	SEZNAM PŘÍLOH	80
	PŘÍLOHY	81
	Příloha A, Přehled predilekčních míst vzniku dekubitů u pacienta	81
	Příloha B, Maslowova pyramida potřeb	82
	Příloha C, Barthel test, hodnocení soběstačnosti pacienta	83
	Příloha D, Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	84
	Příloha E, Hodnocení bolesti dle VAS	85
	Příloha F, Hodnocení místa zavedení PŽK dle Maddonovi stupnice.....	86
	Příloha G, Hodnocení místa zavedení PŽK dle VIP stupnice	87
	Příloha H, Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morseové	88
	Příloha CH, Otázky k polostrukturovanému rozhovoru.....	89
	Příloha I, Souhlas s výzkumným šetřením	90

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Predilekční místa pro vznik dekubitů	81
Obrázek 3 - Maslowova pyramida potřeb	82
Obrázek 2 - Barthel test soběstačnosti.....	83
Obrázek 6 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.....	84
Obrázek 7 - Hodnocení bolesti dle VAS	85
Obrázek 8 - Hodnocení místa vpichu dle Maddonovi stupnice.....	86
Obrázek 9 - Hodnocení místa vpichu dle VIP stupnice.....	87
Obrázek 10 - Hodnocení rizika pádu dle Morse fall scale	88
Obrázek 4 - Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 1. část.....	90
Obrázek 5 - Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 2. část.....	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Identifikace participantů.....	45
Tabulka 2 - Význam ošetřovatelské anamnézy	47
Tabulka 3 - Přínos ošetřovatelské anamnézy	48
Tabulka 4 - Nedostatky při vedení ošetřovatelské anamnézy	49
Tabulka 5 - Vyhovující forma vedení ošetřovatelské anamnézy	50
Tabulka 6 - Přínos sesterského dekurzu	51
Tabulka 7 - Změny v sesterském dekurzu	52
Tabulka 8 - Nedostatky v sesterském dekurzu	53
Tabulka 9 - Vyhovující forma vedení sesterského dekurzu	54
Tabulka 10 - Spokojenost s formou vedení sesterského dekurzu.....	55
Tabulka 11 - Četnost přehodnocování stupnice bolesti.....	56
Tabulka 12 - Četnost přehodnocování stupnice místa vpichu PŽK	57
Tabulka 13 - Četnost přehodnocování rizika pádu.....	58
Tabulka 14 - Četnost přehodnocování míry soběstačnosti pacienta.....	59
Tabulka 15 - Četnost přehodnocování rizika vzniku dekubitů.....	60
Tabulka 16 - Postoj k přehodnocování škál.....	61
Tabulka 17 - Rozdíly ve výběru a přehodnocování škál	62
Tabulka 18 - Pozitivita screeningů škál.....	63
Tabulka 19 - Správnost ošetřovatelských dokumentů.....	64

SEZNAM ZKRATEK

MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
NOP	Národní ošetrovatelské postupy
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů
LNP	Lůžka následné péče
CMP	Cévní mozková příhoda
VAS	Vizuální analogová škála
GDPR.....	Ochrana osobních údajů
EU	Evropská unie
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PŽK	Periferní žilní katétr

ÚVOD

Definice zdravotnické dokumentace je obsažena v zákonu 372/2011 o zdravotních službách a též ve vyhlášce 98/2012 o zdravotnické dokumentaci a Lugmajerová jí podle těchto dvou právních dokumentů definuje jako „*souhrn informací o pacientovi, o němž je vedena a která obsahuje údaje o poskytovateli a identifikační údaje pacienta (např. jméno, příjmení, datum narození a rodné číslo)*“ (Lugmajerová, 2021). Je nezbytné ji vést pravdivě a může být vedena jak v listinné, v kombinované podobě tak i v elektronické podobě

V závislosti na cíli této práce je nezbytné do teoretické části popsat a stručně definovat problematiku zdravotnické dokumentace, konkrétně její stěžejní část a tou je ošetrovatelská dokumentace. Dále věnujeme pozornost i dalším oblastem spojeným s ošetrovatelskou dokumentací a jejím vedením. Jedná se o popis oddělení následné péče a ošetrovatelské auditu.

V praktické části byla provedena obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče ve třech nemocničních zařízeních. Kvůli anonymizaci dat se jedná o okresní a soukromé nemocnice. A jako doplnění obsahové analýzy bylo provedeno šest polostrukturovaných rozhovorů s účastníky. Tato data byla následně kategorizována a kódována.

Hlavním cílem této práce je popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče.

Výstupem bakalářské práce je interpretace výsledků managementu poskytovatelů zdravotních služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Zdravotnická dokumentace je soubor všech údajů o zdravotním stavu pacienta, které zdravotnické zařízení shromáždí. Do dokumentace poté pacient a jeho nejbližší mohou nahlížet za určitých podmínek. (Vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci)

Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované pacientovi. (Vacková, 2014) Její vedení je nedílnou součástí práce zdravotnického personálu. (Zídková, Ochotínská, 2015) Důležité je vést dokumentaci pravdivě. Pravdivost a pečlivost vedení dokumentace kontrolují auditoři, probíhající audity mohou být interní a externí.

Následná péče, doléčovací a návratná je dnes poskytována především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Délka pobytu je limitovaná, cílem je obnova soběstačnosti či ústup závislosti s propuštěním do domácího prostředí. Těžiště činností spočívá v rehabilitaci, rekondici a rekonvalescenci. (Holmerová, 2014)

Rešerše byla zadána pracovníci Speciální studovny ve Studijní vědecké knihovny Plzeňského kraje v Plzni a vznikla za pomoci klíčových slov: ošetrovatelská dokumentace, sesterský dekurz, ošetrovatelská anamnéza, vedení ošetrovatelské dokumentace, oddělení následné péče, hodnotící škály, Nemocniční informační systém, audit.

Pro výběr literatury jsme vymezili období od 2011 do roku 2023. Podklady k vypracování této práce byly hledány na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky, na internetové stránce Zákony pro lidi a z vypracované rešerše ze Studijní vědecké knihovny Plzeňského kraje. Dále byly zdroje vyhledávány v databázích PubMed, Google Scholar a Bookport.

1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace je považována za velmi důležitou součást dokumentování zdravotního stavu pacienta. Její vedení hraje klíčovou roli ve zdravotnictví, a proto je nezbytné mít v platnosti odpovídající legislativu, která zajišťuje její kvalitní a bezpečné vedení. Definovat zdravotnickou dokumentaci je složitější i zkušení právníci věnující se zdravotnímu právu nemají pro tento pojem jednotnou definici. Existuje několik variant, které ještě nejsou sloučené. Kvapilová „*definuje zdravotnickou dokumentaci jako informační zdroj, kterým předáváme údaje o zdravotním stavu pacienta a o činnostech všech zúčastněných zdravotnických pracovníků*“ (Kvapilová, 2015).

Zatímco vyhláška č. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci, § 1 stanovuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech, které s pacientem souvisejí při poskytování zdravotních služeb.

Zdravotnická dokumentace je souhrnem veškerých informací o pacientovi v konkrétním zařízení, kde byl pacient hospitalizován. Kvapilová „*charakterizuje dokumentaci třemi znaky, jichž se zdravotnická dokumentace dotýká*“ (Kvapilová, 2015). Jedná se o obsah, dále o pacienta, o kterém je zdravotnická dokumentace vedená, a poté o konkrétní zdravotnické zařízení, které má povinnost dokumentaci vést. Slouží především k potřebám zdravotníků, aby lépe zhodnotili zdravotnickou a diagnostickou strategii léčby, například podávání medikace, zápisy do dokumentace a podobně. Při podávání medikace bychom měli provedený zápis odškrtnout a stvrdit podpisem, tímto je potvrzeno, že sestra naordinované léky pacientovi podala.

V České republice lze rozdělit zdravotnickou dokumentaci na lékařskou, ošetrovatelskou a provozní. Každý poskytovatel zdravotnické péče má svoje standardy pro vedení dokumentace, které vychází z platné legislativy, ale jako celek by měla obsahovat všechny tři části.

Zdravotnickou dokumentaci v návaznosti na získání potřebných informací o zdravotním stavu pacienta nazýváme lékařskou. V této dokumentaci lze vyhledat anamnézu, výsledky lékařských vyšetření, diagnózy, připravené léčebné plány dále předpisy léků a různé podrobnosti, které jdou ruku v ruce s léčbou pacienta (Vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci, § 1, odstavec 2). Tento typ dokumentace vedou hlavně lékaři a tvoří základ pro stanovení diagnózy a rozhodování o léčbě.

„*Ošetrovatelská dokumentace se zaměřuje na skutečnosti vyjadřující a zviditelňující to, co sestry dělají v praxi*“ (Kůřil, 2020, snímek 9). Tento typ dokumentace vedou sestry. Zahrnuje podrobně provedené záznamy o zhotovených ošetrovatelských intervencích, sledování vitálních funkcí, různé zápisy o podání medikace, ošetřování chirurgických nebo chronicky vzniklých ran a další pro pacienta důležité ošetrovatelské postupy vedoucí k jeho uzdravení. Je zásadní pro stanovení efektivity ošetrovatelské péče a uchovává důležité informace o postupující léčbě pacienta.

Posledním typem zdravotnické dokumentace je provozní dokumentace zaměřující se na administrativní a organizační záležitosti u poskytovatele zdravotních služeb. Obsahuje osobní údaje zaměstnanců jako je třeba kniha vzkazů nebo závad, kniha evidencí návykových látek a tak dále. „*Provozní dokumentace se vede dle zvyklostí oddělení a nemocnice a slouží ke komunikaci mezi vedením a sestrami*“ (Kůřil, 2020, snímek 38).

1.1 Vedení zdravotnické dokumentace

Vedení zdravotnické dokumentace je nutné u každého poskytovatele zdravotní péče, který poskytuje pacientovi péči a chrání před právním stíháním nejen své zařízení, ale i zdravotnického pracovníka a i pacienta. Nutnost vést zdravotnickou dokumentaci nám ukládají zákony a vyhlášky. V současnosti ji spravuje vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů a jako další zákon č. 66/2013 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Pro vedení zdravotnické dokumentace stanovila Česká republika ještě vyhlášku č. 158/2022 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která mění vyhlášku č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška 158/2022 stanovuje pravidla pro práci s dokumentací, včetně toho, kdo s ní pracuje, co může s ní pracovník dělat a jak ji má vést.

Dokumentaci především vedou lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti a další odborní pracovníci, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta. Vyhláška klade důraz na pravidelné sledování a aktualizaci zdravotnické dokumentace. Měla by být vedena pravdivě, spisovně a kontrolována pověřenou osobou jako je například vrchní sestra nebo primář daného úseku. Každý pracovník je odpovědný za zachování důvěrnosti informací obsažených ve zdravotnické dokumentaci. Ještě musí být dokumentace datována a opatřena podpisem zdravotnického pracovníka, který záznam vyhotovil. Špeciánová udává, že se opravy již provedených

zápisů ve zdravotnické dokumentaci provádí novým zápisem. Původní zápis musí zůstat čitelný. Po opravě se zápis stvrdí podpisem vedoucího pracovníka úseku a zdravotnického pracovníka, který chybný zápis provedl (Špeciánová, 2018. 2. s.).

V těchto dokumentech jsou stanovená kritéria pro následné vedení, archivaci a též jednání s dokumentací. S každou novelou, ať už vyhlášky či zákonu se přidávají nová opatření, která vedou ke zlepšování vedení zdravotnické dokumentace. Dle zákona č. 66/2013 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování musí zdravotnická dokumentace obsahovat tyto části: *„identifikační údaje pacienta, identifikační údaje poskytovatele, pohlaví pacienta, informace o zdravotním stavu pacienta, údaje zjištěné z anamnézy pacienta, klasifikaci pacienta (u pacienta s omezením fyzických, psychický či soc. funkcí), údaje vztahující se k úmrtí pacienta, další údaje dle právních předpisů upravujících zdravotní služby nebo poskytování zdravotní péče“* (Zákon 66/2013 o zdravotních službách).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky dále jen MZČR má za cíl nakládání s každou novelou vyhlášky dokumentaci zlepšovat, doplňovat a hlavně zjednodušovat, protože podle zdravotníků v praxi zabere práce s dokumentací velkou část jejich služby.

„Zdravotnickou dokumentaci lze vést dle zákona 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v listinné a elektronické podobě nebo v kombinaci obou jmenovaných podob. „V elektronické podobě je zdravotnická dokumentace pořizována, zpracovávána, ukládána a zprostředkovávána v digitální formě s využitím informačních technologií.“ Spadají sem různé záznamy z vyšetření pomocí zobrazovacích metod jako jsou rentgen, sonografie, počítačová tomografie či magnetické rezonance (Zákon 372/2011 o zdravotních službách).

1.2 Zásady nahlížení do dokumentace (GDPR)

V souladu s českou legislativou, konkrétně zákonu 66/2013 Sb. § 65 odst. 1 a odst. 2 O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze oprávněné osoby. Toto zahrnuje lékaře, zdravotní sestry a další zdravotnický personál, kteří jsou přímo zapojeni do poskytování péče konkrétnímu pacientovi, a v neposlední řadě má právo nahlížet i pacient a osoby určené pacientem (Chudoba, 2020).

Česká republika má přesně stanovené zásady, které řídí nahlížení do již zmíněné zdravotnické dokumentace, aby bylo zabezpečeno právo na ochranu soukromí a veškerých osobních údajů o pacientech. Stanovené zásady jsou důležité pro ochranu citlivých informací

a soukromí pacientů a současně dovolují poskytovatelům zdravotní péče přístup k potřebným informacím pro nastavení účinné léčby. „Dle § 33 odst. 1 zákona o zdravotnických službách může pacient již při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace“ (Zákon 66/2013 o zdravotních službách). Zařízení vybraného poskytovatele zdravotních služeb vygeneruje heslo a sdělí je pověřeným osobám. Při každém telefonátu by se měli příbuzní pacienta heslem prokázat a poté jim lékař sdělí potřebné informace. Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovat mlčenlivost o choulostivých informacích týkajících se pacienta. Pacient má právo vyslovit zákaz sdělovat informace o jeho zdravotním stavu kterékoliv blízké osobě kdykoliv po přijetí k hospitalizaci do péče zdravotnického personálu (Špeciánová, 2018. 2. s.).

V České republice je upraveno právo pacientů nahlížet do jejich zdravotnické dokumentace. Toto právo pacientům umožňuje aktivní zapojení do procesu léčby a tím i lépe porozumět svému zdravotnímu stavu a rozhodovat se společně s lékařem o nejkvalitnějším možném postupu léčby. Chudoba „udává, že *pacienti mají právo žádat o kopie svých záznamů a požadovat opravu nepřesností, které by v dokumentaci mohly být obsaženy*“ (Chudoba, 2020). Jako je například „drény ex“ nebo „nabrat ionty v séru“ takovému nemocničnímu slangu pacienti nemusí porozumět, protože čemu rozumí jedna osoba, druhá bohužel nemusí. Do pacientovy dokumentace smí pod odborným dohledem, to znamená v přítomnosti určeného zdravotnického personálu, nahlédnout, pořídit kopii nebo výpis záznamů sám pacient. V případě, že se jedná o nezletilého nebo nesvéprávného pacienta smí do dokumentace nahlédnout zákonný zástupce či pacientův opatrovník (Špeciánová, 2018. 2. s.).

Současně s právem na nahlížení je důležité zdůraznit právo na ochranu osobních údajů pacientů. Zdravotnická dokumentace obsahuje citlivé informace o zdravotním stavu a dalších osobních údajích pacientů, a proto je zajištění bezpečnosti a soukromí těchto údajů nezbytné. V souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů EU (GDPR) má každý pacient právo na kontrolu a správu svých osobních údajů. Nezmar zdůraznil, že dodržování zásad nahlížení do dokumentace a respektování práva na ochranu osobních údajů jsou klíčové pro důvěru pacientů ve zdravotnický systém a pro poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Správná implementace těchto zásad umožní efektivní spolupráci mezi pacienty a zdravotnickým personálem a přispěje k dosažení lepších zdravotních výsledků a vyšší spokojenosti pacientů (Nezmar, 2017).

1.3 Archivace zdravotnické dokumentace

Správná archivace zdravotnické dokumentace dle vyhlášky č. 279/2020 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, je nutná pro ochranu soukromí pacientů a kontinuitu péče. Poskytovatelé zdravotní péče mají závazek zabezpečit skladování zdravotnické dokumentace v bezpečném prostředí a její pečlivé zařazení, aby minimalizovala vznik rizika neoprávněného vniknutí k citlivým údajům neoprávněnou osobou. Dále musí být striktně plněny a jasně definovány plány pro předávání a sdílení informací s dalšími zdravotnickými institucemi. Archivace zahrnuje veškerou dokumentaci, jak klasické papírové dokumenty, tak i elektronickou zdravotnickou dokumentaci, která se stává stále více využívána (Vyhláška 279/2020 o zdravotnické dokumentaci). „*Vyřazování zdravotnické dokumentace při posouzení potřebnosti se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jedenkrát za 5 let komplexně za celého poskytovatele*“ (Krásný, 2019).

Papírové záznamy jsou uchovávány ve speciálních archivních místnostech u poskytovatele zdravotnických služeb, kde jsou střeženy před poničením, znečištěním a neoprávněným vniknutím. Poskytovatelé zdravotní péče mají povinnost tyto místnosti řádně zabezpečit a zajistit tak dlouhodobou archivaci dokumentů. Zdravotnickou dokumentaci označujeme písmeny, podle kterých se poskytovatelem určený zdravotnický pracovník orientuje a vyřazuje ji. Tato písmena se označují jako vyřazující znaky a určují hodnotu pro další poskytování zdravotní péče a pro další manipulaci s dokumentací po uplynutí archivní doby (Vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci).

Řídíme se dle těchto vyřazovacích znaků určených ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012, příloha č. 2, článek 3 „Znak „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení. Znak „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit“ (Vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci). U takto značené dokumentace dochází po uplynutí archivní doby k přezkoumání a posouzení potřebnosti. Dokumentace s označením „V“ může mít prodlouženou dobu uchování po dobu minimálně 5 let, ale jen v případě, že její části jsou nadále potřebné k uchování pro poskytovatele zdravotních služeb. Je třeba, aby zdravotnická dokumentace určená k vyřazení byla zničená (Vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci).

V příloze 3. této vyhlášky je uvedeno, že zdravotnická dokumentace vedená na standardní lůžkové péči musí být uchovávána po dobu 40 let od ukončení poslední hospitalizace

pacienta, anebo 10 let od jeho úmrtí. Zatímco dokumentace vedená na lůžkách následné péče musí být archivována po dobu 20 let od ukončení poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta (Příloha č. 3 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., odstavec č. 5). Pokud se doba skartace počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel zdravotní péče datum pacientova úmrtí nezná, počítá se den úmrtí, ve kterém pacient nabyl věku 100 let (Krásný, 2019). Poskytovatel uchovává dokument s názvem „protokol o skartaci“, ve kterém udává, jakým způsobem a kdy byla zdravotnická dokumentace zničena. Tento protokol se uchovává bez časového omezení (Krásný, 2019).

2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

„Ošetrovatelská dokumentace je systematické zaznamenávání plánované i neplánované ošetrovatelské péče poskytované pacientovi.“ (Vacková, 2014). *„Slouží jako komunikační prostředek mezi týmem a má velký význam pro kvalitu a kontinuitu zdravotní péče“* (Ovčina, Mušanović, Eminović, et al, 2020). Koncepce ošetrovatelství z roku 1998 v částce 6 definuje, že ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace (Schneiderová, 2017). Každý sesterský záznam opatřený podpisem by měl korelovat s lékařskými záznamy. Ze zákona je nutné dodržovat všechna pravidla týkající se ošetrovatelské dokumentace, za které sestra odpovídá. *„Dobře vedená ošetrovatelská dokumentace je zároveň i produktem dobré týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče“* (Vacková, 2014).

Vedou ji všeobecné sestry a praktické sestry, které mají přímý kontakt s pacienty. Tento personál sleduje zdravotní stav pacienta, provádějí různé ošetrovatelské intervence a monitorují účinnost a bezpečnost péče. Za konkrétní zápis v ošetrovatelské dokumentaci odpovídá sestra, která záznam provedla. Ošetrovatelská dokumentace by měla být pravidelně přehodnocována při změně stavu pacienta. Za pravidelné přehodnocování zodpovídá sestra ve službě, která se o určitého pacienta starala. Profese, které jsou oprávněné zaznamenávat zápisy do ošetrovatelské dokumentace, pod dohledem anebo samostatně jsou: všeobecné sestry, praktické sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, nutriční terapeuti, radiologický pracovníci a další dle zákona č. 96/2004 (Kudlová, 2016. 84. s.).

Kvalitu ošetrovatelské péče na stanici sleduje staniční sestra a za celkový chod oddělení a kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace zodpovídá vrchní sestra. Vedoucí pracovníci mají uložené právo a povinnost kontroly, v jaké kvalitě je vedená zdravotnická dokumentace (Vondráček, Kučková, 2013).

Předešlé zkušenosti u poskytovatelů poukazují na to, že je na sestry vyvíjena nadměrná administrativní zátěž. Konkrétně se jedná o správu ošetrovatelské dokumentace (Bartůněk, Ptáček, 2014. 289. s.). Tudíž všeobecná sestra je povinna podle vyhlášky 55/2011 o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4, odst. 1 *„zajišťovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“* (Vyhláška 55/2011 o činnostech zdravotních pracovníků).

Cílem vedení ošetrovatelské dokumentace je zabezpečení chronologického přehledu a kontinuity ošetrovatelské péče (Vacková, 2014). „*Pro kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci se jeví jako důležité sladit dokumentaci s ošetrovatelským procesem, používat standardní terminologii a používat uživatelsky přívětivé formáty a systémy*“ (De Groot, Triemstra, Paans, Francke, 2019). Do roku 2016 se ošetrovatelská dokumentace skládala z devíti různých ošetrovatelských dokumentů, které byly pro lékaře a sestry velice nepřehledné a těžce se s nimi pracovalo, obzvláště, když byl pacient hospitalizován více dní (Nesládková, Pachtlová, Manová, 2019).

2.1 Ošetrovatelská anamnéza a potřeby pacientů

Ošetrovatelská anamnéza, jak již je výše zmiňováno, tvoří důležitou součást ošetrovatelské dokumentace. Kvalifikovaný zdravotnický pracovník ji vyplňuje při příjmu pacienta k hospitalizaci a rizika přehodnocuje vždy při změně klinického stavu a na standardním lůžku 1x týdně. Dnes už většina poskytovatelů používá spíše elektronickou dokumentaci, proto sestra přenese informace do nemocničního informačního systému a následně stvrdí svým podpisem. Poté za pravdivost uvedených informací ručí. „*Ošetrovatelská anamnéza by měla být vyplněna do 24 hodin od přijetí nemocného do zdravotnického zařízení*“ (Knapová, 2019). Při odběru ošetrovatelské anamnézy od pacienta sestra používá jako metodu sběru dat rozhovor nebo pozorování. Využíváme strukturovaný rozhovor, který doplňujeme hodnotícími nástroji, kterými jsou testy či stupnice. „*Anamnéza se skládá z osobních dat pacienta, současných obtíží či důvodů, které vedou nemocného k návštěvě lékaře, osobní anamnézy (nynějššího onemocnění a předchorobí), rodinné anamnézy, pracovní a sociální anamnézy*“ (Kovářová, 2019). Za osobní data pacienta považujeme jméno a příjmení, věk, bydliště, číslo jeho zdravotní pojišťovny a zaměstnání. Důležité je zajistit i kontaktní údaje na praktického lékaře. Těmi jsou jméno, příjmení a telefonní číslo. Dále nás zajímá údaj o pracovní neschopnosti (Kovářová, 2019).

Ošetrovatelskou anamnézu přehodnocujeme 1x za 7 dní na standardním lůžkovém oddělení. V ošetrovatelské anamnéze jsou uvedené tyto položky: alergie, kognitivní funkce, dýchání, vyprazdňování, psychický stav, bolest, výživa, soběstačnost, riziko pádu, riziko dekubitů kůže, invazivní přístupy, pomůcky, spánek, edukace a v neposlední řadě sociální podmínky. „*V roce 2018 bylo ve zdravotnické dokumentaci zaznamenáno, že sluchově a zrakově postižení musí mít v ošetrovatelské dokumentaci uvedeno, jakou formu komunikace preferují*“ (Hlaváčová, 2018).

Ošetrovatelská anamnéza zobrazuje potřeby pacientů, které potřebujeme zajistit, aby nedošlo k poškození pacienta. V první řadě se v ošetrovatelské anamnéze objevuje kolonka alergie. Tato položka je nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace, protože právě alergická reakce např. na podané léčiva či potraviny může být pro pacienta až fatální. Jde o děj, kdy tělo přichází opakovaně do kontaktu s alergeny a reaguje buď časnou nebo pozdní fází. Časná fáze se objeví do 10 min od kontaktu s alergenem, zatímco pozdní až za 6 hodin po kontaktu s alergenem. V časně fázi vznikají spazmy hladké svaloviny. Pozdní fáze může probíhat prostřednictvím chronických zánětů nebo jako anafylaktický šok (Vernerová, 2012. 55 s.). Lze jej definovat jako nejtěžší alergickou reakci, která vzniká na základě podaných léků, potravin či bodnutí hmyzu (Remeš, Trnovská, et al, 2013. 167 s.).

Významnou položkou je též bolest. Bolest je subjektivní vjem a je charakterizována jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek, který může být spojený s poškozením tkáně pacienta. Na vnímání bolesti se podílí předchozí zkušenosti s bolestí, anebo různé okolnosti (věk, náboženství nebo duševní onemocnění). Pokud nám tedy pacient sdělí, že jej něco bolí, nepodceňujeme ho ani neponižujeme, věříme mu (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020. 1.-3. s.). Denně se minimálně 1x za směnu pacientů vyptáváme na bolest. S bolestí se hodnotí několik faktorů jako například její intenzita, charakter, délka trvání a lokalizace. Nejčastěji hodnotíme dle stupnice VAS, ale není to podmínkou. „*Volba škály vždy záleží na poskytovateli zdravotních služeb*“ (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020. 1.-3. s.). VAS je zkratkou pro vizuální analogovou škálu.

Pro děti existuje například obličejová škála. Dle ordinace lékaře podáme pacientovi analgetikum, které by mělo bolest utišit. Podání analgetik zapíšeme řádně do dokumentace i s časem aplikace a stvrdíme podpisem. Vždy monitorujeme stav pacienta před, během a po podání analgetik. Ovšem podávání všech léků určených proti bolesti způsobuje často nežádoucí účinky jako je třeba závislost, zvracení nebo zácpa. „*Nelékařský zdravotnický pracovník informuje lékaře o výskytu nežádoucích účinků po podání analgetické medikace. V případě výskytu chronické bolesti je vhodné nabídnout pacientům kontakty na Centra pro léčbu bolesti v České republice*“ (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020. 1.-3. s.).

Mezi podstatné položky ošetrovatelské anamnézy náleží i riziko pádu pacienta. Pád je definován jako situace, kdy se pacient ocitne neočekávaně na zemi, při pádu se pacient může a nemusí poranit. „*Dokumentovány by měly být všechny druhy pádů*“ (NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020. 1.-5. s.). Pokud byl pád způsoben

záměrně, nelze ho jako pád pokládat. Kompetence vychází z vyhlášky č.158/2022 Sb. o činnostech zdrav. pracovníků a jiných odborných pracovníků, která nahrazuje vyhlášku 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků. „Doporučujeme stanovit kompetence podle oblastí jednotlivých pozic v rámci týmu nebo stanovených opatření. Důležité je stanovit i odpovědnost za hlášení dat na ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) do SHNU (Systém hlášení nežádoucích událostí), či provádění školení zdravotnických pracovníků“ (NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020 1.-5. s.).

Na riziko pádu se většinou dbá u pacientů s předchozím záznamem o pádu v anamnéze a dále u poruch smyslových funkcí jako je například zrak a sluch. Dále u pacientů s nejistou chůzí nebo u dementních či dezorientovaných stavů. Nejčastější škála, podle které jsme schopni zhodnotit riziko pádu, se nazývá Morse Fall scale, jde o jednu z mála hodnotících nástrojů, který lze využít. Jako prevenci před rizikem pádu by sestra měla u identifikovaných pacientů upozornit při předávání směny všechny zdravotnické pracovníky (NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020. 1.-5. s.).

V ošetrovatelské anamnéze se stejně jako riziko pádu nachází i riziko vzniku dekubitů. V České republice hodnotíme riziko vzniku dekubitů nejčastěji dle stupnice Nortonové. Dekubitus neboli proleženina či tlaková léze, vzniká na podkladě pacientova stavu, intenzitou působení tlaku na tkáň. Jedná se o značně zapáchající chronicky hojící se ránu, která je výrazně bolestivá. Rozlišujeme 4 stupně velikosti dekubitů s tím, že 1. stupeň se značí jako začervenání, naopak 4. stupeň je nekróza (odumření živé tkáně) dosahující až na kost. Rozeznáváme vředy, které jsou neurčitelné a nazýváme je „bez určení stupně. Tyto dekubity mají nejasnou hloubku a povlak pokrývající spodinu rány“ (NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020. 1.-7. s.). Léčba je dlouhodobá a pro pacienta psychicky náročná, vzniku dekubitů se dá zamezit pravidelným polohováním pacientů. Nejčastěji se polohuje každé 2 hod přes den a v noci každé 3 hodiny. Ovšem „u pacientům po cévní mozkové příhodě by měla být poloha měněna každých 40 minut“ (NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020. 1.-7. s.). Interval polohování by se měl tedy dodržovat. Vždy provedeme záznam o polohování do ošetrovatelské dokumentace.

Dekubity se nejčastěji tvoří na predilekčních místech, viz Příloha A, kde jsou zvýrazněná. U rizikových pacientů by měla být predilekční místa přísně pozorována a vypodložena speciálními pomůckami nebo promazávána vhodnými emulzemi či spreji. „U pacientů ve vysokém riziku vzniku dekubitů upoutaných na lůžko nebo invalidní vozík je doporučeno

používat preventivní krycí materiály (profylaktické materiály z polyuretanové vícevrstvé pěny) na predilekčních místech“ (NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020. 1.-7. s.). Stav dekubitů by měl být při léčbě opakovaně hodnocen nelékařským zdravotnickým pracovníkem minimálně 1x za 7 dní a aktualizován v elektronické dokumentaci.

Maximum bodů, které může pacient ve stupnici Northonové získat je 48 bodů – bez rizika vzniku dekubitů. Zatímco 25 bodů a méně se označuje za vysoké riziko vzniku dekubitů. Opět bychom měli při předávání směny informovat zdravotnické pracovníky o pacientech, u kterých je potencionální riziko vzniku dekubitů. Stupnice dle Northonové nám hodnotí pacientovo stav vědomí a fyzickou zdatnost – aktivitu, pohyblivost a zda je schopen o sebe sám pečovat (NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020. 1.-7. s.).

Důležitou součástí ošetřovatelské anamnézy je soběstačnost pacienta. Soběstačnost pacienta hodnotíme pomocí testu Barthelové. (viz Příloha C) Tento hodnotící dotazník se mezinárodně rozšířil v aktivitách denního života z hlediska pohybového. *Celkově Barthel index hodnotí 10 aktivit denního života: příjem stravy, oblékání, lokomoci, chůzi po schodech, přesun z lůžka na křeslo, osobní hygienu, koupání, použití WC a kontinenci moči a stolice“ (Pokorná, 2018). Hodnocený pacient za úplnou soběstačnost dostává 10 bodů, za dopomoc o něco méně a za nesoběstačnost 0 bodů. Celkem se body sčítají dohromady a bodové rozmezí činní 0-100 a stanovuje míru soběstačnosti pacienta „Dotazník tak rozdělí pacienty do čtyř podskupin (nesoběstačný, středně nesoběstačný, mírně nesoběstačný, soběstačný) podle celkového skóre“ (Pokorná, 2018).*

Invazivní přístupy hrají důležitou roli při péči o pacienta. Díky nim můžeme rychle aplikovat léky do pacientova organismu prostřednictvím katétrů umístěných např.: v žíle, v močovém měchýři, v žaludku nebo v pohrudniční dutině. Dokonce pomocí katétru umístěného v průdušnici, s názvem endotracheální rourka, můžeme pacientovi v kritickém stavu zajistit dýchací cesty a pomocí přístroje na odsávání lze i odsávat. *„Odsávání dýchacích cest je činnost, při které dochází k aspiraci sekretu z horních nebo dolních dýchacích cest za pomoci otevřeného nebo uzavřeného odsávacího systému“ (NOP – Odsávání dýchacích cest, 2020. 1.-5. s.). Při jakékoli katetrizaci je nezbytné dodržení asepse, aby se zabránilo zanesení mikroorganismů do organismu. U periferního žilního katétru zavedeného v žíle je nutnost dbát na jeho funkci, protože při náhlé změně zdravotního stavu pacienta je důležité jednat rychle a mít funkční žilní přístup (NOP – Zavedení a péče o periferní žilní katétr, 2020. 1.-4. s.). Katétr v močovém měchýři hraje též důležitou roli při hospitalizaci pacienta, jeho*

zavedení indikuje vždy lékař a zavádí se například k permanentnímu odtoku moči nebo k výplachům močového měchýře (NOP – Katetrizace močového měchýře, 2020. 1.-6. s.).

V neposlední řadě zjišťujeme, zda má s sebou v nemocnici pacient nějaké pomůcky. Pomůcek je velká řada, například horní a dolní zubní protéza, berle, inzulinové péro nebo brýle na čtení. O pomůčkách, které si pacient vezme k hospitalizaci, bychom ho měli edukovat, tímto navážeme na další část ošetřovatelské anamnézy a tou je edukace z „*latinského educare – vést vpřed, vychovávat*“ pacienta k soběstačnějšímu přístupu k onemocnění. Cílem edukace je navodit příjemné změny v chování, aby pacient přebрал podstatnější část odpovědnosti za úkony pro zlepšení jeho zdraví (Šťastná, 2019).

Další položky se promítají do pyramidy potřeb od amerického psychologa Abrahama Maslowa. (viz Příloha B) Pyramidu potřeb čteme dle důležitosti potřeb pro pacienta k přežití od spodní dlaždice k horní. Pro pacienta je důležité uspokojení fyziologických potřeb jako jsou výživa (hlad, žízeň), vyprazdňování moče a stolice, spánek, dýchání a kognitivní funkce. Na to navazuje dlaždice potřeby bezpečí, která jde ruku v ruce se společenskými potřebami. Zjišťujeme od pacienta, jestli bydlí sám a udržuje kontakt s rodinou, či ne. Součástí příjmového vyšetření je nutriční screening – jedná se „*o rychlý proces identifikace jedinců v nutričním riziku neboli riziku malnutrice, který se provádí pomocí validovaného dotazníku. Provádí se do 24–48 hodin od přijetí a opakuje se v pravidelných intervalech. U pacientů s pozitivním výsledkem následuje vyšetření stavu výživy*“ (Těšínský, Novák, Pražanová, et al. 2021. 5. s.). V nemocnici je pacientům připravována strava, která odpovídá jejich výživovým potřebám. Strava by měla být pestrá, chutná a měla by splňovat nemocniční dietní systém (Těšínský, Novák, Pražanová, et al. 2021. 8. s.).

2.2 Sesterský dekurz

Jedním z klíčových dokumentů ošetřovatelské dokumentace je sesterský dekurz jinak řečeno plán péče včetně realizace a zhodnocení ošetřovatelských intervencí. Vede jej všeobecná nebo praktická sestra a zaznamenává ošetřovatelské úkony. Obsahuje stanovené „*ošetřovatelské diagnózy nebo cíle ošetřovatelské péče či plánování sesterských intervencí*“ (Schneiderová, 2017). Následující součástí denního i nočního dekurzu je rehabilitační ošetřování a polohovací plán, také hodnocení rizika při zavedeném periferním žilním katétru nastavenou škálou. Nejznámější a též nejčastější komplikací u periferního žilního katétru je „*Flebitis – zánět žil, projevující se bolestivostí, citlivostí, otokem a zarudnutím*“ (Knapová, 2019). Její závažnost hodnotíme dle různých škál například dle Maddonovy stupnice,

kteřá hodnotí stav místa vpichu u periferních žilních katétrů. Přehodnocení Vizuální analogové stupnice bolesti probíhá každou směnu a dle NOP (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020. 1.-3. s.). Zahrnuje i hodnocení péče o invazivní vstupy a komplikace s nimi spojené. Průběžně je zaznamenána proběhlá edukace a poskytnutí edukačních materiálů. Dále sestry monitorují fyziologické funkce o aktuálním stavu pacienta (krevní tlak, puls, dechová frekvence, saturace krve kyslíkem, tělesná teplota, vědomí). Nedílnou součástí záznamu jsou vyprazdňování, stav nutriční nebo kvalita pacientova spánku. „*Pohodlí nemocného by pro sestru mělo být prioritou, především u nemocných se sníženou pohyblivostí, kteří jsou ohroženi imobilizačním syndromem*“ (Krátká, 2018, 58. s.).

2.3 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je součástí sesterského dekurzu a podle něj se odvíjí ošetrovatelská péče. „*Jedná se o systematickou, individuální a racionální metodu plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je uskutečňována v určitém logickém pořadí*“ (Kudlová 2016, 8. s.). Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Ošetrovatelský proces lze použít jako předlohu pro poskytnutí péče ve všech typech zdravotnického zařízení, kde se poskytuje ošetrovatelská péče, dále také u pacientů ve všech věkových kategoriích (Kudlová 2016. 15. s.). Termín ošetrovatelský proces poprvé použila v roce 1955 paní Lydia Hallová a v České republice se ošetrovatelský proces do konce 80. let minulého století nepoužíval. Dále paní doc. PhDr. Marta Staňková, CSc. přeložila nesčetně odborných ošetrovatelských zahraničních publikací (Kudlová 2016. 16. s.). Zahraniční publikace, které paní docentka Staňková přeložila se nazývají „Lemon“ je vydaných celkem 5 dílů, každý díl nese svůj název. Publikace Lemon jsou učební texty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. „*Paní docentka se stala autorkou koncepce ošetrovatelství. Vytvářela podmínky vzniku bakalářských oborů na vysokých školách, usilovala o vznik magisterských oborů. Byla zastávkyně názoru, že studovat ošetrovatelství mohou jen sociálně zralí jedinci nikoliv žáci základních škol. Z toho důvodu usilovala o vzdělávání sester na vyšších a vysokých školách*“ (Kordulová 2020, 26. s.). Zdravotnický personál má povinnost řídit se metodou ošetrovatelského procesu, která je uvedena ve vyhlášce 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato novela vyhlášky přinesla sestřám vyšší kompetence. Ošetrovatelský proces se rozděluje do pěti fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení, každá fáze je individuální, tedy

pro každého pacienta šitá na míru, dle jeho potřeb. Jedná se o soubor vzájemně propojených úkonů, které mají podíl na zlepšení pacientova stavu.

2.3.1 1. Fáze – posouzení (zhodnocení)

Posouzení stavu pacienta je důležitý první krok při plánování efektivní ošetrovatelské péče a provádí jej všeobecná sestra například pomocí rozhovoru, fyzikálního vyšetření či pozorování. Před zvolením vhodné metody sběru dat si musíme ujasnit, jak je pacient schopen s námi komunikovat a jaká metoda je pro něj vhodnější. Jakmile si všeobecná sestra zvolí vhodnou metodu sběru dat, získává od pacienta platná data. Zjišťujeme tzv. „kdo je náš pacient?“ Zhodnocujeme stav zdraví, saturovanost potřeb a soběstačnost klienta (Kudlová, 2016, 18. s.). *„Cílem této fáze je zaznamenat aktuální nebo potencionální (možné) problémy pacienta. Správné zhodnocení pacientova zdravotního stavu patří mezi základní dovednost sestry“* (Knapová, 2019). Při získávání ošetrovatelské anamnézy od pacienta lze údaje rozdělit na subjektivní a objektivní. Objektivní údaje zjišťuje nezávisle na čase druhá osoba, tudíž sestra při příjmu pacienta nebo lékaře. Například „pacient je spastický, odulý“. Zatímco subjektivní údaje jsou údaje, které nám sděluje pacient. Pro příklad „bolí mě noha v oblasti paty“. *„Subjektivní údaje nemůžeme vyšetřit, musíme je pacientovi věřit. Je na pacientovi, jak zhodnotí míru intenzity sám“* (Kovářová, 2019).

Rozlišujeme dva typy posouzení: screeningové a hloubkové. Oba typy znamenají shromažďování dat, ovšem každý má jinou funkci. Screeningové posouzení je používáno k měření pacientovo fyziologických funkcí, anebo k měření a pozorování lidského těla a jeho částí. Výsledky poté všeobecná sestra zadává do určených sloupců posouzení. Avšak hloubkové posouzení je situace, kdy sestra prochází data, které byly sesbírané při hloubkovém posouzení a určuje možné diagnózy. Může prostřednictvím doplňujících otázek a zjišťování informací určit, zda jde o diagnózu aktuální, tedy zaměřenou na problém, anebo rizikovou (Kudlová, 2016, 30. s.). Vhodnou metodou sběru dat je rozhovor. Rozhovor lze vést s nemocným, s rodinou nemocného, jedná – li se o dítě. Pokud je pacient zbaven svéprávnosti hovoříme s opatrovníkem za přítomnosti pacienta. *„Rozhovor je strukturovaný a zaměřený ke zjištění příznaků (určujících znaků) nebo rizikových faktorů a jejich příčin (souvisejících faktorů) ošetrovatelských problémů (diagnóz)“* (Knapová, 2019). Metoda pozorování je vhodná tehdy, když *„posuzujeme aktuální stav individuálních potřeb“* (Knapová, 2019). Fyzikální vyšetření neboli screening je důležitou součástí zhodnocení stavu pacienta. Metodou se rozumí vyšetřit pacienta „od hlavy až k patě.“ Měříme primárně fyziologické funkce: krevní tlak, počet dechů a pulsů za minutu a natočíme srdeční akci pomocí

elektrokardiografu nebo „*antropometrická měření (délky, hmotnost, obvod paže, hlavy, hrudníku apod.)*“ (Knapová, 2019).

Při shromažďování dat používáme hodnotící nástroje, jako jsou testy a stupnice. Za důležité považujeme stupnici rizika pádu, Barthel test – míra soběstačnosti pacienta, stupnici rizika vzniku dekubitů dle Northonové, hodnocení bolesti dle stupnice VAS a další). Všeobecná sestra při této metodě používá veškeré smysly „*tedy umět vnímat, dívat se, slyšet, hmatat, cítit a znát předem, co vnímat, co slyšet, hmatat a cítit. Současně by se sestra měla při vyšetřování nemocného zamýšlet nad příčinami projevů a příznaků*“ (Knapová, 2019). Pokud pacient není schopen nám poskytnout data sám, využíváme doprovod pacienta nebo předchozí záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Aby bylo možné realizovat první fázi ošetřovatelského procesu, stanovíme si důležité podmínky. Naším úkolem je získat pacientovu důvěru, tudíž prostředí by mělo být klidné, tiché, bez hluku a průvanu. Malba by měla být estetická a osobnost zdravotníka empatická, komunikace srozumitelná a klidná. Neměli bychom při komunikaci s pacientem mluvit zrychleně, vulgárně a být nervózní. Při sběru dat jsou považováni za důležité všichni členové ošetřovatelského týmu, kteří přijdou s pacientem do styku v různé situaci. Přispějí tak dalšími cennými informacemi o pacientovi a dodají tak podstatné informace do anamnézy nemocného. Již získaná data od pacienta jsou setříděná do strukturálních vzorců. V České republice se využívá nejčastěji model Marjory Gordonové s názvem „Funkční typ zdraví.“ Tento model tak obsahuje 12 funkčních vzorců zdraví, které jsou pro model podstatou (Knapová, 2019). „*Jsou to: 1) vnímání zdraví; 2) výživa a metabolismus; 3) vylučování; 4) aktivita – cvičení; 5) spánek a odpočinek; 6) citlivost – poznávání; 7) sebepojetí – sebeúcta; 8) role – vztahy; 9) reprodukce – sexualita; 10) stres a zátěžové situace – míra zvládnání a tolerance; 11) víra a životní hodnoty a jako poslední použila Marjory vzorec 12) jiné*“ (Krause, 2017, 7. s.).

2.3.2 2. Fáze – diagnostika

Po důsledném zhodnocení pacientova zdravotního stavu nastává druhá fáze s názvem diagnostika. V této fázi sestra stanovuje diagnózu, jinak řečeno stanoví ošetřovatelský problém na základě validizace dat. „*Termín diagnóza je odvozen z řeckého *diagignoskein* = rozeznávat, odlišovat, označovat*“ (Kudlová, 2016, 42. s.). Problémy pociťované pacientem a diagnostikované sestrou. Výsledek této fáze je diagnóza a „*cílem ošetřovatelské diagnostiky je rozpoznat a zhodnotit lidskou reakci na nemoc*“ (Knapová, 2019). Laicky řečeno zjišťujeme „co našeho pacienta trápí“ Druhou fázi ošetřovatelského procesu není jednoduché stanovit, a proto „*musí všeobecná sestra určit, co je pro pacienta nejdůležitější, zohledňuje*

přítom pacientův hodnotový systém a formuluje ošetrovatelské diagnózy“ (Knapová, 2019). „Vývojem taxonomie na úrovni mezinárodního standardizovaného systému ošetrovatelských diagnóz s kódy se ve světě zabývá NANDA – North American Nursing Diagnosis Association“ (Kudlová, 2016, 43. s.). Zakladatelka této organizace byla doktorka Marjory Gordonová.

Podle NANDA lze rozřídít ošetrovatelské problémy do 13 různých domén, které se dále ještě rozdělují do tříd. Sestra je odpovědná za stanovení ošetrovatelských diagnóz a tento pojem zahrnuje pouze ty oblasti, které jsme schopni kompetentně ovlivnit. Rozlišujeme lékařskou a ošetrovatelskou diagnózu. Sestra stanovuje aktuální a potencionální problémy, jako jsou např.: změny v příjmu potravy: obezita, nebo nedostatečná podpora zdraví: sedavý způsob života. Tyto dva problémy můžeme dle NANDA klasifikace zařadit do tříd a domén a očíslovat příslušným číslem: obezita – 00232; sedavý způsob života – 00168, zatímco lékař diagnostikuje přímo onemocnění. Jako příklad onemocnění, můžeme považovat arteriální hypertenzi. *„Každá diagnóza má standardizovaný název s číselným kódem, definici diagnózy a definující charakteristika (určující znaky, související faktory a rizikové faktory)“ (Knapová, 2019).*

Za určující znaky považujeme příznaky aktuální diagnózy, tedy nějaké problémy, které pacienta trápí, anebo je můžeme vyzorovat podle jeho chování. Zatímco související faktory souvisí s aktuální diagnózou, a i určujícími znaky. *„Rizikové faktory jsou faktory prostředí, fyziologické, psychogenní, genetické nebo chemické prvky, které zvyšují náchylnost člověka, rodiny, komunity vůči nezdravé události, pouze rizikové diagnózy mají rizikové faktory“ (Knapová, 2019).*

Dle klasifikace NANDA rozdělujeme ošetrovatelské diagnózy: na aktuální, potencionální, rizikové, pravděpodobné a edukační. Aktuální ošetrovatelská diagnóza znamená nynější problém, který pacienta tíží, má své určující znaky a související faktory. *„Může mít jeden nebo více souvisejících faktorů. Zohledňujeme zde domácí a nemocniční prostředí“ (Knapová, 2019).* Potencionální a rizikové ošetrovatelské diagnózy vycházejí z rizikových faktorů. *„Riziková ošetrovatelská diagnóza je klinické posouzení ohledně náchylnosti jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k vytváření nežádoucí lidské reakce na zdravotní stav/životní procesy“ (Kudlová, 2016).*

Edukační ošetrovatelská diagnóza neboli podpora zdraví hodnotí u pacienta míru motivace a snahu k uzdravení. Kudlová udává, že jsou tyto reakce vyjádřeny snahou zlepšit

konkrétní chování týkající se zdraví, a lze je využít v případě jakéhokoliv zdravotního stavu. Mají svůj název, označení a mohou mít i související faktory (Kudlová, 2016). V poslední řadě rozděluje NANDA na pravděpodobné ošetřovatelské diagnózy. Knapová tvrdí, že pravděpodobné ošetřovatelské diagnózy vycházejí z předpovědi, podezření problému, jsou prozatímní, jsou intuitivní (sestra předvídá, že problém může nastat) (Knapová, 2019).

2.3.3 3. Fáze – Plánování

Další fází ošetřovatelského procesu se jeví plánování. Všeobecné sestry při plánování důkladně zhodnotí data z předchozích dvou fází a začnou plánovat ošetřovatelskou péči. Je důležité, aby sestra spolupracovala nadále s pacientem nebo s jeho rodinou a zapojila pacienta do procesu co nejvíce, mu jeho zdravotní stav dovolí. „*V této fázi všeobecná sestra určuje intervence a stanovuje cíle ošetřovatelské péče, jejíž cílem je prevence, redukce nebo minimalizace pacientových zdravotních problémů*“ (Knapová, 2019). Ve třetí fázi ošetřovatelského procesu se sestra snaží eliminovat problémy, které byly zjištěny v předchozí fázi diagnostiky. „*Prvním krokem této fáze je stanovení priorit, pořadí, v jakém se budou jednotlivé problémy nemocného řešit. Ve spolupráci s nemocným sestra respektuje potřeby a přání nemocného*“ (Knapová, 2019). „*Při plánování sestra bere v úvahu individualitu každého P, jeho schopnosti i omezení. Prostřednictvím plánu je péče poskytována komplexně, kvalitně, bezpečně a také působí pozitivně na psychiku P*“ (Kudlová, 2016, 57. s.). Stanovujeme tzv. „co pro našeho pacienta mohu udělat“

Vzhledem k modernizaci zdravotnictví neexistují předem určené tiskopisy, a proto je pro každého pacienta vytvářen ošetřovatelský plán individuálně. Ošetřovatelské plány mohou být v tištěné, elektronické či grafické formě. Jako první při plánování je důležité si uvědomit, který problém je třeba řešit primárně, a podle této úvahy dále postupovat. „Sestře při tomto rozhodování napomáhá kritické myšlení“ (Knapová, 2019). „*Kritika přitom pochází z řeckého kritikē (κριτική), což označuje především umění rozlišovat a posuzovat*“ (Pichon, 2022). Pomocí těchto znalostí a úvah sestra posoudí, který problém je třeba řešit primárně. Při plánování ošetřovatelské péče je třeba vzít v potaz, jak dlouho bude pacient hospitalizován. Rozdělujeme cíle dle časového hlediska na krátkodobé nebo dlouhodobé. „*Krátkodobý cíl se týká bezprostředně následujícího období (příštích hodin nebo dnů). Krátkodobý cíl má mít stanoven každá ošetřovatelská diagnóza*“ (Kudlová, 2016, 59. s.). Zatímco dlouhodobý cíl můžeme definovat jako nácvik dovedností před propuštěním do domácí péče. Po stanovení cílů se sestra dostává k plánování intervencí. Veškeré intervence by měly odpovídat

výše stanoveným ošetrovatelským diagnózám a neměly by pacienta poškodit, nýbrž polevit jeho zdravotnímu stavu (Kudlová, 2016, 60.-61. s.).

2.3.4 4. Fáze – Realizace

Po fázích posouzení, diagnostiky a plánování se dostáváme ke čtvrté fázi ošetrovatelského procesu s názvem realizace, která všechny fáze propojuje. V této fázi sestra aktivně realizuje naplánované cíle a intervence. Součástí aktivního realizování je pacientova spolupráce, samozřejmě dovoluje – li to jeho zdravotní stav. *„Opětovným posouzením sestra hledá odpovědi na otázky: Jak reaguje nemocný, dosáhl nemocný očekávaných výsledků, proč jich nedosáhl, jak je potřeba změnit plán apod. Validizace, platnost plánu musí zohledňovat aktuální změny stavu nemocného, sestra kontroluje ošetrovatelské problémy, ruší ošetrovatelské diagnózy, které nejsou aktuální“* (Knapová, 2019). Ve fázi realizace *„je poskytována cílená individuální ošetrovatelská péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Péče by měla vést k odstranění ošetrovatelských problémů nebo minimálně ke snížení jejich intenzity“* (Kudlová, 2016, 73. s.).

Sestry by měly plnit naordinované medikace a spolupracovat s lékaři, dále by měly spolupracovat s nutričními terapeuti nebo fyzioterapeuti, zkrátka s celým zdravotnickým týmem. *„Aby realizace plánu byla úspěšná, je potřeba, aby zdravotnické zařízení mělo dostatečnou materiální a personální vybavení. Kvalitní pomůcky a kvalifikovaný multidisciplinární tým jsou předpokladem pro kvalitní ošetrovatelskou péči“* (Knapová, 2019) .

2.3.5 5. Fáze – Vyhodnocení

Poslední fáze ošetrovatelského procesu se nazývá vyhodnocení. Jak již z názvu plyne, v této fázi sestra vyhodnocuje, zda ošetrovatelský proces funguje a zda je účinný. Jinak řečeno *„pomohla jsem našemu pacientovi“* *„Tato fáze všeobecné sestře poskytuje zpětnou vazbu, která je významná pro identifikaci dalších potřeb jedince“* (Knapová, 2019). V této fázi porovnáváme kvalitu poskytnuté ošetrovatelské a lékařské péče. Sestra je povinná zjistit, zda bylo dosaženo všech stanovených cílů, nebo zda další problém nastaly, či se částečně eliminovaly. *„Porovnává dosažené výsledky se stanovenými cíli. Zaměřuje se na efekt plánovaných zákroků. Cíle může být dosaženo zcela, částečně nebo vůbec“* (Kudlová, 2016, 79. s.). Pokud cíle dosaženo nebylo, sestra musí ihned začít hledat příčinu a upravit již stanovený plán péče. Knapová rozlišuje tři typy hodnocení podle toho kdy a za jakým účelem se hodnocení provádí. Prvním typem je termínované hodnocení a vztahuje se ke krátkodobým cílům s předpokládaným termínem jejich dosažení. Hodnotí výsledek ošetrovatelského procesu apod. Za druhý typ Knapová považuje průběžné hodnocení, které je součástí

ošetřovatelského procesu, provádí se průběžně v každé fázi procesu. Posledním, třetím typem je závěrečné hodnocení, které se provádí v případě překlady nebo předání nemocného do péče jiné osobě nebo instituci. Souhrnné závěrečné zhodnocení musí obsahovat přehled nejdůležitějších problémů nemocného, hodnocení cílů krátkodobých i dlouhodobých, tak aby byla zajištěna kontinuita ošetřovatelské péče (Knapová, 2019).

3 ELEKTRONIZACE DOKUMENTACE

Se vznikem nemocničních informačních systémů vznikla též výhoda ve vedení strukturované zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Podle zákona o zdravotních službách, hlava 2, v druhém odstavci § 54 „*Zdravotnická dokumentace může být za podmíněk stanovených tímto zákonem vedena v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou těchto podob. V elektronické podobě je zdravotnická dokumentace pořizována, zpracovávána, ukládána a zprostředkovávána v digitální formě s využitím informačních technologií*“ (Zákon 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). V dnešní době už je dokumentace vedená spíše v elektronické podobě, protože elektronická dokumentace je velmi pohodlná. Ať už její čtení, či zaznamenávání do počítače, nebo při odstraňování duplicity záznamů s listinnou dokumentací. Právní normy ošetřující vedení listinné formy zdravotnické dokumentace platí i pro vedení elektronické dokumentace.

Ovšem náleží tomu řada výhod i nevýhod. Výhoda je „*dostupnost zdravotnické dokumentace, kterou je třeba zajistit v reálném čase v okamžiku, kdy pacient je fyzicky přítomen u jiného lékaře (poskytovatele zdravotních služeb), než u kterého je dokumentace vedena*“ (Těšitelová a kol., 2021, 15. s.). Od roku 2018 jsou do elektronické dokumentace zavedeny ePreskripce. Tato povinnost je uložena všem lékařům, kteří předepisují recepty. Na výjimce nejsou ani žádná zdravotnická zařízení (Těšitelová a kol., 2021, 10. s.). „*Zákon o zdravotních službách v § 69a s účinností od 1. 7. 2018 zavedl Národní kontaktní místo pro elektronické zdravotnictví*“ (Těšitelová a kol., 2021, 10. s.). Nevýhodně mohou působit snadno dohledatelné kroky v NIS. Při vedení listinné dokumentace lze záznamy přeškrtnout propisovací tužkou a psát dál, ale je třeba doplnit „záznam o provedení chybného zápisu“, zatímco v elektronické dokumentaci tomu tak není a každý provedený záznam je snadno dohledatelný v systému. Vyhláška 279/2020 o zdravotnické dokumentaci, která udává nutnost archivace dokumentace v listinné i v elektronické podobě. V elektronické podobě je uchovávána na záznamovém nosiči, který je chráněn a archivován v bezpečném prostředí. Zatímco listinná je uchovávána v obsáhlých svazcích dokumentů (Vyhláška 279/2020 o zdravotnické dokumentaci). Sdílení zdravotnické dokumentace obsahuje několik částí. Jako například index zdravotnické dokumentace, propojení výměnných sítí, osobní zdravotní záznam a emergentní zdravotní záznam. Index zdravotnické dokumentace pomůže zdravotníkovi a pacientovi u poskytovatele zdravotních služeb zjistit, kde je o pacientovi vedená dokumentace, o kterou si může požádat a obdržet ji. Zatímco emergentní zdravotní záznam je umožnění poskytovateli zdravotních služeb nahlídnutí do dokumentace při řešení život ohrožujícího stavu

a odlehčení administrativní činnosti při převzetí pacienta do péče (Těšitelová a kol., 2021, 15.-16. s.).

3.1 NIS – Nemocniční informační systém

NIS neboli Nemocniční informační systém, dále jen NIS, je systém, pomocí kterého poskytovatel vypracovává zdravotnickou dokumentaci, hlavně v elektronické podobě. Informace, které jsou v NIS umístěné slouží jako základ pro lékaře k další práci s pacientem. Ovšem toto je právně ošetřeno „*do zdravotnické dokumentace konkrétního pacienta má mít možnost nahlížet pouze ten lékař, který pacienta opravdu léčí: pacient leží na jeho oddělení, přišel k němu na vyšetření. Žádný jiný lékař nemá právo do osobních údajů konkrétního pacienta nahlížet*“ (Úřad pro ochranu osobních údajů, 2013).

Veškerá zařízení poskytující zdravotnickou péči jsou povinna uchovávat zdravotnickou dokumentaci a při zpracování citlivých údajů musí dbát zvýšené opatrnosti. Všeobecné sestry mají přístup do zdravotnické dokumentace, ale pouze na oddělení, kde pracují. Zatímco konziliární lékař má přístup ke všem údajům o pacientovi a laboranti pracují pouze se žádankami na laboratorní vyšetření. „*Logování přístupů k osobním a citlivým údajům pacientů, tj. každý přístup ke konkrétnímu pacientovi, je zaznamenáno a lze později ověřit, kdo se na citlivé údaje konkrétního pacienta díval či je, jakkoliv měnil a proč*“ (Úřad pro ochranu osobních údajů, 2013).

Existuje řada Nemocničních informačních systémů, ale většina běžně používaných NIS nepodporuje práci se zdravotnickou dokumentací. „*V nemocnici se nejčastěji využívá tento NIS s názvem CGM CLINICOM, který je spolehlivý a ověřený dlouhodobým nepřetržitým provozem v mnoha českých a slovenských nemocnicích různé velikosti. Díky bezproblémovému chodu pomáhá k efektivnímu řízení veškerého zdravotnického personálu a celého zdravotnického zařízení*“ (Dvořák, 2015).

Ovšem existují společnosti, které jsou favority v poskytování služeb pomocí NIS v České republice a dominují svou kvalitou pro nemocnice při elektronizaci dokumentace. „*Společnosti Stapro s.r.o., ICZ a.s. a Medicalc software s.r.o. náleží mezi největší výrobce klinických informačních systémů u nás*“ (Nedelčev, 2017).

Ačkoli listinná dokumentace prochází novelizacemi, tak musí i elektronická, a to platí i pro NIS, který dosáhl nových upgradů. Mezi zajímavý upgrade řadíme „*centrálně provozovaný a spravovaný informační systém s komplexní funkcionalitou zajišťující efektivní*

podporu v organizaci“ z toho vyplývá propojení sesterské a lékařské dokumentace (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2019, 10. s.).

Dalším NIS, který bychom mohly využít, ale nyní spíše ohledně vytíženosti zdravotnických zaměstnanců, nikoli ohledně dokumentace se nazývá *„systém CGM HR SOLUTIONS. Podle tohoto systému lze vyhledat docházkové knihy, či nedostatek personálu ve zdravotnickém zařízení. Systém dokáže vytvářet i pracovní mzdové výkazy zaměstnanců“* (Dvořák, 2015).

U poskytovatele zdravotní péče je třeba myslet na jeho IT systém, a proto *„manažerský informační systém CGM DSS umožňuje podporu rozhodování na různých úrovních řízení nemocnice, holdingu či celé sítě poskytovatelů zdravotnické péče. Jedná se o nástroj, který vyhodnocuje veškeré ukazatele vycházející z plánovaných úkolů a strategických cílů. Hodnotí se např. opakovanost hospitalizace, reoperace, délka diagnózy a mnoho dalších. Díky tomu se stává řízení nákladů nemocnice mnohem efektivnějším“* (Dvořák, 2015).

4 ODDĚLENÍ (LŮŽKA) NÁSLEDNÉ PÉČE

Následná péče, doléčovací, či návratná je poskytována především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. „*Dlouhodobou péčí se rozumí poskytování celodenní péče ošetřované osobě spočívající v každodenním ošetřování*“ (Zákon č. 310/2017 Sb. o nemocenském pojištění, díl 3, § 72a). Například oblékání pacienta, celková hygiena na lůžku nebo v koupelně, krmení pacienta nebo dopomoc při vykonávání potřeby. Laicky řečeno „LDNka.“ Délka pobytu je časově omezená na určitou dobu, proto se klade důraz na cíl léčby v podobě zvýšení soběstačnosti pacienta a snížení závislosti na zdravotnickém personálu vedoucímu k propuštění do domácího doléčení. Léčba spočívá především v rekonvalescenci a rehabilitaci (Holmerová a kol., 2015, 40. s.). Délka pobytu na lůžkách následné péče činí maximálně 90 dní. (Zákon č. 310/2017 Sb. o nemocenském pojištění, díl 2, § 41e, (1)).

Lékařský obor zabývající se péčí o seniory se nazývá gerontologie a jeho základnou jsou právě léčebny pro dlouhodobě nemocné. Dříve byla délka pobytu v průměru kolem 80 dnů (Holmerová a kol., 2015, 17. s.).

Kvůli bližšímu porozumění pacientům jsou geriatrické sestry spíše vyššího věku. Skladbou pacientů na lůžkách pro dlouhodobě nemocné se rozumí především senioři, kteří trpí chronickým onemocněním např. pacienti po cévní mozkové příhodě, pacienti s poruchou centrálního nervového systému nebo pacienti se závažnými následky po úrazu, pacienti s Alzheimerovou chorobou či duševně nemocní pacienti (Holmerová a kol., 2015, 88. s.).

Výše uvedené příklady seniorů s určitým onemocněním, které se nejčastěji vyskytují na LNP mají řadu společných faktorů. Většina z nich se odkazuje především na odbornou pomoc do rukou zdravotníků, protože jejich nemoc je připravila právě o soběstačnost. Například Alzheimerova demence je onemocnění, u kterého není do dnes známá příčina vzniku. Lékaři se domnívají, že za vznik této nemoci může atrofie mozku a k ní řada chorobných změn (Zvěřová, 2017, 10. s.). Alzheimerova demence je nejčastější formou demence. Toto onemocnění je neurodegenerativní a ireverzibilní. Zasahuje tedy do dění celé pacientovy rodiny. Z rodiny se stávají neformálně pečující, kteří jsou vystaveni fyzické a psychické zátěži a měli by být seznámeni se všemi možnostmi odborné pomoci (Zvěřová, 2017, 100. s.). Jako první krůčky této demence charakterizují lékaři nenápadné zapomínání na nedávno proběhlé události. Prvních projevů si všímá spíše okolí než sám pacient (Zvěřová, 2017, 10. s.). Obvykle pacienti s touto diagnózou postupně zapomínají a ztrácí soběstačnost. Většinou je rodině doporučováno zbavit nemocného svéprávnosti. Předěje se případné ztrátě

majetku. Alzheimerova choroba nelze úplně vyléčit, ale lze v časném stádiu zpomalovat vývoj nemoci pomocí farmakologických i nefarmakologických metod (Zvěřová, 2017, 73. s.).

Další často vyskytované onemocnění u pacientů na LNP jsou stavy po cévní mozkové příhodě (dále CMP) laicky řečeno „mrtvici“. CMP je akutní stav, způsobený uzávěrem cév nebo cévy zásobující určité části mozku (Štoudek, 2015). Jedná se o třetí nejčastější příčinu smrti. Bez dostatečného přísunu kyslíku do mozkové tkáně začnou odumírat buňky, které postižené místo zásobují. Klinicky vidíme u pacientů s CMP svěšený koutek úst a poruchy hybnosti končetin a koktání. Pacienti s CMP nejsou schopni sdělit plynule větu. Dále se můžeme setkat s poruchou rovnováhy nebo též silné bolesti hlavy (Štoudek, 2015). Následnou míru poškození pacienta určuje doba uzávěru do doby zprůchodnění a též míře poškození mozku. U každého pacienta je délka uzdravení po CMP individuální. Lze rozdělit rizikové faktory vzniku CMP na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Neovlivnitelné rizika jsou genetika, vyšší věk a pohlaví pacienta. Mezi ovlivnitelné řadíme například pravidelnou kontrolu krevního tlaku, abychom předešli hypertenzi, dále řadíme obezitu, nadměrnou konzumaci alkoholu a diabetes mellitus (Škoda, 2020).

Dlouhodobá léčba zvyšuje počet lidí, kteří díky moderní medicíně překonali onemocnění, které v dřívějších dobách bylo považováno za fatální (Holmerová a kol., 2015, 88. s.). *„Období na konci života je charakterizováno komplexností zdravotního stavu, přítomnosti různých syndromů a onemocnění, která konec života determinují“* (Holmerová a kol., 2015, 91. s.). V tomto případě se nejedná o úmrtí vlivem stárnutí, ale o úmrtí na chronické onemocnění. Bohužel pacientů s částečně omezenou soběstačností či úplnou nesoběstačností rapidně přibývá a v budoucnu přibývat bude (Holmerová a kol., 2015, 93. s.).

Na lůžkách následné péče (dále jen LNP) využíváme funkční geriatrické hodnocení u pacientů, které se nepyšší pouze v celkovém pohledu a přístupu k pacientovi, ale k následnému rozložení plánování kvalitní a individualizované péče. Funkčním geriatrickým hodnocením se rozumí komprehenzivní hodnocení čili výstižný a srozumitelný pohled na geriatrické pacienty. *„Jedná se o proces se zaměřením na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých gerontů s cílem vypracování celkového plánu pro léčení a dlouhodobé sledování“* (Kuckir, Vaňková, Holmerová, 2017, 11. s.). Toto hodnocení nám pomůže ukázat různé informace o pacientovo potřebách a do jaké míry jsou tyto potřeby naplňovány. Podle Kurckir by se mělo jednat o jeden z podstatných

podkladů ohledně rozhodování pacientovi budoucí péče (Kuckir, Vaňková, Holmerová, 2017, 9. s.).

5 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

System hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je pro zdravotnictví velmi důležitý a je třeba na něj dbát (Válek, 2022). Provádí se tak zvané auditní šetření v pravidelných časových intervalech. Auditní šetření provádí auditoři, kteří touto činností byli pověřeni. Auditory si každý poskytovatel zvolí a zaškolí, ale je třeba doložení dokumentů k odůvodnění, proč tyto pracovníky vybrali. Auditor je osoba příslušná k vykonávání této činnosti (Hulková, 2013, 23. s.). „*Audit v manažmente ošetrovateľstva predstavuje systematické vyhodnotenie ošetrovateľskej praxe s cieľom zlepšiť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti*“ (Kilíková, 2013, 316. s.).

Auditní šetření dělíme podle toho, kdo ho vykonává, na dvě hlavní skupiny, a to interní a externí audit. Interní audit definujeme jako vnitřní dohledem na své podřízené, díky uplatnění formálních kontrolních nástrojů. Tuto kontrolu vykonávají interně zaměstnaní pracovníci jako jsou vrchní sestry, primáři nebo manažeři kvality a další interní auditoři (Plevová, a kol, 2012, 172. s.). „*Interní audity provádí poskytovatel zdravotnické péče jedenkrát za rok dle § 74 zákona č. 373/2011 Sb*“ (Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách). Zajímavostí však je, že při přechodu z listinné dokumentace na elektronickou formu se auditům poskytovatelé zdravotních služeb nevyhnou. Nyní je totiž povinnost, že se musí audit elektronické dokumentace pravidelně provádět (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2019, 70. s.).

Externímu auditu předcházejí interní audity (Válek, 2022, odst. 4). Provádějí je osoby, které pracují mimo kontrolované zařízení. Jde o prošetření externě stanovených zákonů a dalších právních předpisů. Za externí auditory považujeme například SAK neboli Spojená akreditační komise (Plevová, a kol, 2012, 172. s.). SAK je komise, která má za úkol stálé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice pomocí akreditací (Spojená akreditační komise, 2023). Vždy před konáním externího auditu musí být externí kontrola písemně ohlášená konkrétnímu poskytovateli péče, který podstoupí externí audit (Hulková, 2013, 23. s.).

Dalším typem auditního šetření se nazývá ošetrovateľský audit. Ošetrovateľský audit je nedílnou součástí každého standardu. Jeho definicí je celkové vyhodnocení kvality ošetrovateľské péče, kterou zdravotníci poskytují. Cílem tohoto auditu je odhalení slabých míst v procesu a zajištění, co nejrychlejší zlepšení. Provádí se na pracovišti každý měsíc a vykonávají ho vrchní sestra nebo primář daného úseku (Plevová, a kol, 2012, 174. s.). Oddělení,

které nechtějí reagovat na problémy stanovené auditem, nemá ošetřovatelský audit žádnou hodnotu (Kilíková, 2013, 317. s.).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Zdravotnická dokumentace slouží jako soubor veškerých informací o zdravotním stavu pacienta, který poskytovatel zdravotnické péče o pacientovi shromáždí. Zdravotnickou dokumentaci nám spravuje zákon 372/2011 o zdravotních službách a též vyhláška 98/2012 o zdravotnické dokumentaci. Její nedílnou součástí je ošetrovatelská dokumentace. Tuto dokumentaci vedou sestry a zaznamenávají do ní zpravidla veškeré jejich činnosti provedené u pacienta. Klíčem ke správnému vedení dokumentace je zaznamenávat informace čitelně, pravopisně správně a přehledně, abychom navodili kontinuitu péče. Správné vedení by mělo zajistit lepší komunikaci a předávání informací mezi personálem. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Při příjmu pacienta na oddělení sepisují sestry ošetrovatelskou anamnézu. Ve této práci se zaměřujeme na vedení ošetrovatelské dokumentace a na nejčastěji používané hodnotící a měřicí stupnice na lůžkách následné péče. Vybrali jsme dva dokumenty, kterými se v praktické části zabýváme a sice sesterský dekurz a ošetrovatelská anamnéza.

Proto byl vymezený výzkumný problém: Jak probíhá vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče?

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného kvalitativního výzkumu bylo popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče

Hlavní výzkumná otázka: Jak probíhá vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče?

7.2 Dílčí cíle

1. Popsat vedení ošetrovatelské anamnézy na lůžkách následné péče.
2. Popsat vedení sesterského dekurzu na lůžkách následné péče.
3. Analyzovat nejčastější hodnoticí škály na lůžkách následné péče.
4. Porovnat výsledky rozhovoru s výsledky obsahové analýzy ošetrovatelských dokumentů.

7.3 Dílčí výzkumné otázky

1. Jak probíhá vedení ošetrovatelské anamnézy na lůžkách následné péče?
2. Jak probíhá vedení sesterského dekurzu na lůžkách následné péče?
3. Jaké jsou nejčastější hodnoticí škály na lůžkách následné péče?
4. Jak korelují výsledky rozhovorů a obsahové analýzy?

8 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

8.1 Metodologie výzkumu

V empirické části se tato bakalářská práce věnuje vedení ošetrovatelské dokumentace a hodnotícím měřicím stupnicím používaných na lůžkách následné péče. Bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, probíhající pomocí obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace, konkrétně ošetrovatelské anamnézy a sesterského dekurzu. Kvůli potřebné nasycenosti informací byla metoda sběru dat doplněna šesti polostrukturovanými rozhovory s oslovenými participanty z LNP. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost změny pořadí otázek či pokládání doplňujících otázek. (Beránek et. al, 2019)

8.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumný vzorek tvořila ošetrovatelská dokumentace na lůžkách následné péče, konkrétně ošetrovatelská anamnéza a sesterský dekurz v soukromé a okresní nemocnici. Aby došlo k nasycení potřebných dat obsahové analýzy bylo provedeno šest polostrukturovaných rozhovorů. Participanti (dále jen P) byly sestry pracující na LNP. Zkoumání probíhalo bez ohledu na pohlaví a věk participantů. Před začátkem výzkumného šetření byl všem participantům předložen informovaný souhlas stvrzený podpisem a razítkem vedoucího pracovníka daného nemocničního zařízení.

Tabulka 1 - Identifikace participantů

	Věk	Pohlaví	Zaměstnání
P1	44	Žena	VŠS okresní nemocnice
P2	48	Muž	VŠS soukromá nemocnice
P3	50	Žena	VŠS soukromá nemocnice
P4	49	Žena	VŠS okresní nemocnice
P5	49	Muž	VŠS okresní nemocnice
P6	42	Žena	VŠS soukromá nemocnice

8.3 Organizace výzkumu

V období od listopadu 2023 do února 2024 byla provedena obsahová analýza dokumentace u okresních a soukromých poskytovatelů zdravotní péče a dále byli osloveni účastníci, kteří podpořili toto výzkumné šetření. Nejprve byl výzkum schválen vedoucí pracovníci v dané nemocnici. Poté v období od listopadu 2023 až do ledna 2024 probíhala obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace a rozhovory s účastníky.

8.4 Zpracování dat

Z ošetrovatelské dokumentace proběhlo přepsání potřebných dat a dále se s nimi v anonymizaci pokračovalo. Každý polostrukturovaný rozhovor byl nahráván na mobilní telefon pomocí aplikace Diktafon. Poté byl přeložen do textového formátu v aplikaci Microsoft Office Word. Byly použity doslovné přepisy rozhovorů se zachováním slangu. Vyhodnocení dat bylo provedeno pomocí otevřeného kódování a klasifikace dat.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Kategorie 1: Vedení ošetrovatelské anamnézy

V první kategorii se zaměřujeme na výzkumnou otázku číslo jedna. Tato otázka se snaží vyzkoumat a popsat, jak sestry vedou ošetrovatelskou anamnézu. Pro přehlednost dat byly vytvořeny čtyři subkategorie. První je význam ošetrovatelské anamnézy, druhý je její přínos, třetí subkategorii jsou její nedostatky a čtvrtá je forma jejího vedení.

9.1.1 Subkategorie: Význam

Z tabulky, která je níže a z odpovědí participantů si lze všimnout, že všichni dotázaní se shodují v odpovědích. U (P1, P3, P4 a P6) si můžeme všimnout, že podporují správně a dobře vedenou ošetrovatelskou anamnézu. Naopak P5 se věnuje reálnému popsání potřeb pacienta. A P2 klade důraz na dobře odvedenou péči a důkaz o jejím poskytnutí.

Tabulka 2 - Význam ošetrovatelské anamnézy

P1 (okresní N)	Velký význam, dobré krytí u soudu
P2 (soukromá N)	Dobře provedená péče
P3 (soukromá N)	Pravdivost, přehlednost
P4 (okresní N)	Věcnost, správné vedení
P5 (okresní N)	Reálné popsání potřeb pacienta
P6 (soukromá N)	Řádné a správné vyplnění

P1: „Jak už jsem odpověděla, přikládáme jí velký význam, protože když dobře vedeme ošetrovatelskou dokumentaci včetně ošetrovatelské anamnézy u našich pacientů tím víc my jsme krytí potom při problému, např. u soudu.“

P2: „Aby byla péče dobře provedena.“

P3: „Pravdivosti a přehlednosti informací.“

P4: „My prostě nabádáme, aby to vedly sestry správně věcně, abychom se vyhnuli komplikacím, abychom předcházeli prostě nějakým rizikům poškození.“

P5: „Reálnému popsání potřeb pacienta.“

P6: „Správnému hodnocení stavu pacienta, a vše řádně vyplněno a napsáno. Pokud při překladech je vše řádně zapsáno, další zařízení to má již zjednodušené a nemusí se pacienta ptát znovu, a tak by to mělo být, aby to sestřím usnadnilo práci.“

9.1.2 Subkategorie: Přínos

Všichni dotázaní hodnotí přínos ošetřovatelské anamnézy kladně. Vyšlo najevo, že (P1, P2 a P6) se shodují a záleží jim na ochraně při konfliktu s příbuznými poškozeného. P4 zase udává zkvalitnění péče. P5 zmiňuje dobrou orientaci a P3 zmiňuje poslušnost a návaznost práce zaměstnanců při práci v nepřetržitém provozu.

Tabulka 3 - Přínos ošetřovatelské anamnézy

P1 (okresní N)	Ochrana při konfliktu
P2 (soukromá N)	Ochrana při konfliktu
P3 (soukromá N)	Poslušnost, návaznost práce
P4 (okresní N)	Zkvalitnění péče
P5 (okresní N)	Dobrá orientace
P6 (soukromá N)	Ochrana při konfliktu

P1: „Když ta sestra je opravdu sestrou, tak bude dělat i bez dokumentace ošetřovatelské anamnézy kvalitně. Samozřejmě když je všechno dobře zapsáno, tak zase jo jsme krytí, prostě ta sestřička se taky musí něčím krýt.“

P2: „Prý abychom byli chráněni, když je nějaká stížnost, je fakt, že máme často konflikty s příbuznými a oni potom chtějí kopie ošetřovatelské dokumentace včetně ošetřovatelské anamnézy.“

P3: „Poslušnost a návaznost práce zaměstnanců, předejití pochybení.“

P4: „Hmm, zkvalitnění péče, ono když, spíš tam musí být audit a kontroly to potom má ten význam, když to píšou správně tak potom víte, jestli teda je ta péče kvalitní, ale papír snese všechno. Tam jde opravdu, aby se věnovali těm pacientům.“

P5: „Dobrá orientace všech zaměstnanců v péči o pacienta.“

P6: „Výborný, sestry by tím měli být kryté, kdyby se cokoliv stalo a muselo by se něco řešit. Sestry tím chrání i sami sebe.“

9.1.3 Subkategorie: Nedostatky

Čtyři dotázaní z šesti participantů se shodují na časové náročnosti při vedení ošetřovatelské anamnézy. Zatímco P4 vystupuje s odpovědí, že dnes už vedení ošetřovatelské anamnézy není časově náročné. Kdežto P6 upozorňuje, že vedení listinné dokumentace je duplicitní s postupným převedením na moderní elektronickou.

Tabulka 4 - Nedostatky při vedení ošetřovatelské anamnézy

P1 (okresní N)	Je jí mnoho
P2 (soukromá N)	Není tolik času na pacienty
P3 (soukromá N)	Časová náročnost
P4 (okresní N)	Čas nevnímám jako zlo
P5 (okresní N)	Časová zátěž
P6 (soukromá N)	Listinná je k elektronické duplicitní

P1: „Že jí je mnoho, mnoho prostě těch škál a že by to mohlo prostě být jednodušší, ale bohužel, musíme pracovat s tím, co máme. Víc bychom byli u pacientů než u dokumentace, ale nemůžeme no.“

P2: „Nemáme tolik času na pacienty, zabírá to hodně času.“

P3: „Časová náročnost.“

P4: „Myslím si, že sestřičky jsou ve směr zvyklý, že to mají už jako rutinu i ví, že to musí dělat, že se nebrání jako jakýkoliv vedení. Nevnímám to už v té nemocnici jako zlo.“

P5: „Dlouhá časová zátěž. (vedeme ji v listinné podobě)“

P6: „Jediné, co sestřím vadí, je že u elektronické dokumentace se vše musí tisknout, i když už je to dané v počítači, že je to duplicitně.“

9.1.4 Subkategorie: Forma vedení ošetřovatelské anamnézy

Z rozhovorů jasně vyplynulo, že třem participantům vyhovuje vedení ošetřovatelské anamnézy spíše formou elektronickou. Ovšem jedné dotázané vyhovuje zatím listinná, protože jinou formu dokumentace nevedou. Dva dotázaní uvedli, že jim zatím vyhovují obě formy, jak listinná, tak i elektronická.

Tabulka 5 - Vyhovující forma vedení ošetřovatelské anamnézy

P1 (okresní N)	Elektronická
P2 (soukromá N)	Elektronická
P3 (soukromá N)	Elektronická
P4 (okresní N)	Obě formy
P5 (okresní N)	Pouze listinná
P6 (soukromá N)	Obě formy

P1: „No, elektronická.“

P2: „Elektronická.“

P3: „Elektronická, jen musí být volný PC, kde bychom ji mohla vypsát.“

P4: „Elektronická se mi líbí, ale zjistila jsem, že měla hodně nevýhod, vyhovuje mi teďko tak na půl ta elektronická s tou listinnou. Až bude jen ta elektronická ctrl v, ctrl c je zázračný tlačítko. Jo takhle, když to ta sestřička píše tak si aspoň uvědomí, jak ten pacient vypadá nebo musí více nad tím přemýšlet.“

P5: „Zatím vyhovuje listinná, protože jinou nevedeme.“

P6: „Elektronická, ale i listinná.“

9.2 Kategorie 2: Vedení sesterského dekurzu

Druhá kategorie je pro sestry klíčová, protože se denně setkávají se sesterským dekurzem. Rozdělili jsme tuto kategorii do několika subkategorií kvůli přehlednosti výsledků. Konkrétně těch subkategorií je pět. Jako první byla zvolená orientace v problematice správného vedení sesterského dekurzu. Druhé místo zaujímají změny v sesterském dekurzu. Třetí subkategorií jsou nedostatky sesterského dekurzu. Ve čtvrté subkategorii bylo zjišťováno, jaká forma vedení sesterského dekurzu participantům vyhovuje a v páté subkategorii řešíme spokojenost se sesterským dekurzem na LNP.

9.2.1 Subkategorie: Přínos

Zde vyplynulo z rozhovorů, že dva participanti z šesti dotazovaných udávají, že je sesterský dekurz přínosný. Naproti tomu jeden participant udává, že sesterský dekurz není příliš přínosný z důvodu velkého množství škál a informací, které musí zaznamenávat. P5 uvedl, že na vedení sesterského dekuru mají manuál a řídí se podle platných standardů, takže plnění podle manuálu je přínosné. Další dva participanti udávají dobrou orientaci v dokumentaci a vychvalují si přehlednost dokumentace.

Tabulka 6 - Přínos sesterského dekuru

P1 (okresní N)	Přehlednost dokumentace
P2 (soukromá N)	Spíše ne moc kladný, moc informací k zaznamenávání
P3 (soukromá N)	Relativně dobrý přínos
P4 (okresní N)	Naše sestřičky se orientují velice dobře
P5 (okresní N)	Máme manuál a standard k vedení, kladný přístup
P6 (soukromá N)	Dobrý přínos

P1: „Orientují se docela dobře, protože ho máme přehledný, samozřejmě nové sestřičky s tím chvilku bojují, ale jakmile jsou zaučení a zaškolení tak jako nemají problém.“

P2: „Spíše moc ne, vždycky dostáváme nalejvárnou, co musíme zaznamenávat a jak, přijde mi toho opravdu dost a pořád dokola.“

P3: „Relativně dobrý přínos.“

P4: „No, já si právě myslím, že ve směs ty sestřičky tím, že praktická sestra jde studovat dál a vlastně sedm let se prodírají ošetrovatelskou dokumentací, takže i sesterským dekurem tak si myslím, že se orientují velice dobře.“

P5: „Mají manuál a standard k vedení ošetrovatelské dokumentace a podle něj dělají i sesterský dekurz a mají k tomu sestry kladný přístup, protože mají jistotu, že práci dělají správně.“

P6: „Myslím, že skvěle, za mě má určitě sesterský dekurz dobrý přínos pro naši nemocnici.“

9.2.2 Subkategorie: Změny

U všech dotázaných opět vzniklo několik názorů. Dva participanti by sesterský dekurz zjednodušili, další dva neví, zda by něco měnili. P2 by omezil hodnocení všech rizik a P5 požaduje změnu dokumentace sesterského dekurzu na elektronickou, protože zatím vedou pouze v listinné formě.

Tabulka 7 - Změny v sesterském dekurzu

P1 (okresní N)	Zjednodušila bych ho
P2 (soukromá N)	Omezení hodnocení všech rizik
P3 (soukromá N)	Jednoznačně zjednodušit
P4 (okresní N)	Nevím
P5 (okresní N)	Změna na elektronickou
P6 (soukromá N)	Nevím

P1: „Co bych změnila, no zjednodušila bych ho asi, ale ono už to asi jednodušší bejt nemůže žejo. Jako nám se toho zdá hodně samozřejmě, ale už jsme hodně zjednodušili jako.“

P2: „Asi bych omezil hodnocení všech rizik, jen na to, když se nám bude zdát že je to nutné.“

P3: „Jednoznačně zjednodušení sesterského dekurzu.“

P4: „To je podle, my to rozvíjíme nebo vyvíjíme podle toho, jak to tomu personálu jde, co nám dává legislativa. Nevím, jestli bych něco úplně změnila, spíš se snažíme to upravit tak, aby to personálu vyhovovalo.“

P5: „Změnila bych ho na elektronickou.“

P6: „Nevím, nepřemýšlela jsem nad tím.“

9.2.3 Subkategorie: Nedostatky

Čtyři z šesti participantů se shodují v odpovědi, že v sesterském dekurzu nechybí nic. Zatímco P2 udal, že chybí propojenost s lékaři, protože občas sesterské zápisy nekorelují se zápisy lékařů. P6 chybí číslo diety.

Tabulka 8 - Nedostatky v sesterském dekurzu

P1 (okresní N)	Nechybí vůbec nic
P2 (soukromá N)	Propojenost s lékaři
P3 (soukromá N)	Nic
P4 (okresní N)	Nechybí nic
P5 (okresní N)	Nic
P6 (soukromá N)	Číslo diety

P1: „Já myslím, že už nám tam nechybí vůbec nic, že na tej následnej péči je vlastně odporováno snad úplně všechno. Jo od hygieny, bolesti, rizika pádu, rizika dekubitů, myslím si, že už asi nic.“

P2: „Propojenost s lékaři, píšeme něco jiného, než oni.“

P3: „Nic, naopak zjednodušení.“

P4: „Taky si nemyslím, že by teďko něco chybělo úplně.“

P5: „Nic.“

P6: „Chybí mi tam číslo diety.“

9.2.4 Subkategorie: Forma vedení sesterského dekurzu

V této subkategorii bylo osloveno šest participantů a třem dotazovaným vyhovuje elektronická forma. Dva participanté uvádí, že jim vyhovují obě formy dokumentování sesterského dekurzu, jak elektronická, tak i listinná. P5 udává, že stačí listinná, protože jinou prozatím nevedou.

Tabulka 9 - Vyhovující forma vedení sesterského dekurzu

P1 (okresní N)	Elektronická
P2 (soukromá N)	Elektronická
P3 (soukromá N)	Elektronická
P4 (okresní N)	Oboje (elektronická i listinná)
P5 (okresní N)	Zatím listinná
P6 (soukromá N)	Oboje (elektronická i listinná)

P1: „Jasně, že elektronická, jak jsem již u anamnézy zmiňovala.“

P2: „Taky elektronická, je to rychlejší než tužka a papír.“

P3: „Určitě elektronická, ale musí být lékaři u sebe na lékařském pokoji, aby bylo místo, jak jsem už říkala u té anamnézy.“

P4: „Jooo, už jsme zase u té stejné otázky, takže ano, vyhovuje mi elektronická, ale co když potom nemá nemocnice záložní disk a náhodou vyhoří generátor tak to je problém a je to zatím pokryto i tou listinnou formou dokumentace. Vyhovují mi obě formy.“

P5: „Zatím vyhovuje listinná, protože jinou nevedeme.“

P6: „Elektronická, ale i listinná, protože je to v zákoně ustanoveno a musíme to takto dodržovat.“

9.2.5 Subkategorie: Spokojenost

Tato subkategorie, která se týká spokojenosti s vedením sesterského dekurzu vyšla kladně, všichni dotázaní jsou spokojeni s dokumentací sesterského dekurzu na svém oddělení. Někteří více, někteří méně. P2 začíná s elektronickou formou dokumentace a vychvaluje si ji.

Tabulka 10 - Spokojenost s formou vedení sesterského dekurzu

P1 (okresní N)	Vcelku jsem spokojená
P2 (soukromá N)	Začínáme s elektronickou, je to pecka
P3 (soukromá N)	Relativně spokojená
P4 (okresní N)	Ano, jsem spokojená
P5 (okresní N)	Dostatečně
P6 (soukromá N)	Ano jsem

P1: „To už jsme vlastně jednou jako by odpověděli, žejo. Vcelku jsme spokojený, máme to vychytaný, takže jako jak říkám, kdyby to mohlo bejt jednodušší byli bychom radši, ale už to asi ani jednodušší bejt nemůže.“

P2: „Začínáme s elektronickou formou a je to pecka, nás to baví daleko více než papír.“

P3: „Relativně spokojená, jen by to mohlo být jednodušší.“

P4: „Snažíme se to vychytat pro dobro všech, takže ano, jsem spokojená.“

P5: „Dostatečně.“

P6: „Ano, jsem.“

9.3 Kategorie 3: Analýza rizik hodnotících škál

Třetí kategorie se zaměřuje na hodnotící a měřící nástroje čili škály. Cílem této kategorie bylo zjistit jaký mají všeobecné sestry pohled na hodnotící a měřící nástroje. Rozdělili jsme ji na šest subkategorií. První subkategorie je zaměřená na škálu hodnocení bolesti, druhá na škálu hodnocení místa vpichu periferního žilního vstupu. Třetí na interval přehodnocování rizika pádu v ošetrovatelské anamnéze, čtvrtá na hodnocení míry soběstačnosti, pátá na hodnocení rizika vzniku dekubitů. Poslední šestá se zaměřuje na postoj sester v přehodnocování škál.

9.3.1 Subkategorie: Hodnocení bolesti podle

Čtyři z dotazovaných P1, P2, P4 a P6 se shodují v přehodnocování stupnice 2x denně. Naopak P3 a P5 odpověděli podle charakteru bolesti, zda se jedná o akutní nebo chronickou. P2 odpověděl, že přehodnocují bolest u pacienta každou směnu a při vyskytující se bolesti i 1 hod od podání analgetik. Všichni participanti používají stupnici VAS.

Tabulka 11 - Četnost přehodnocování stupnice bolesti

P1 (okresní N)	2x denně, v ranních a večerních hodinách
P2 (soukromá N)	Každou směnu, 1 hod po analgetikách
P3 (soukromá N)	Dle standardu odd. – pooperační, akutní, chronická
P4 (okresní N)	Akutní bolest po 30 minutách, 2x denně
P5 (okresní N)	Podle chronické nebo akutní bolesti a 1 hod po podání analgetik
P6 (soukromá N)	Nejméně 2x denně

P1: „Vlastně škálu bolesti vyhodnocujeme dvakrát denně, jo, když ten pacient tu bolest má tak každý den prostě v ranní a ve večerních hodinách se jich dotazem ptáme, jestli mají nějakou bolest, ale samozřejmě i když ji nemají tak tam zapíšeme tu nulu, že jsou bez bolesti.“

P2: „Každou směnu, a taky po analgetikách 1 hodinu.“

P3: „Dle standardu oddělení – pooperační, akutní, chronická.“

P4: „Podle pravidel, když je akutní bolest po 30 minutách holky hodnotí, co podali analgetika. Jinak dvakrát denně ji hodnotí, když jsou rozepsaný jakoby chronický bolesti, tak ráno a večer podle standardu.“

P5: „VAS hodnotí sestry podle chronické nebo akutní bolesti u klientů s operační ránou po podání analgetik.“

P6: „Při změně stavu pacienta a nejméně 2x denně, pokud se nic nezmění.“

9.3.2 Subkategorie: Hodnocení místa vpichu PŽK

Z rozhovorů vyplývá, že P2 a P4 přehodnocují každou směnu. P1, P3 a P6 ve své nemocnici přehodnocují 2x denně. Naopak P5 přehodnocuje stav místa vpichu dle počtu aplikace a nejméně však 1x denně. V okresní nemocnici používají Maddonovu škálu a v soukromé VIP škálu.

Tabulka 12 - Četnost přehodnocování stupnice místa vpichu PŽK

P1 (okresní N)	Každý den, ráno a odpoledne
P2 (soukromá N)	Každou směnu
P3 (soukromá N)	2x denně
P4 (okresní N)	Každou směnu
P5 (okresní N)	Dle počtu aplikace, minimálně 1x denně
P6 (soukromá N)	2x denně, při změně stavu

P1: „No každý den, každou noc, takže v naší ošetrovatelské dokumentaci ta sestřička, která má denní směnu tak tu škálu Maddona tak tu škálu přehodnocuje ráno a odpoledne a noční směna si ji přehodnocuje v noci. Jo to se musí prostě. Přehodnocují při večerním kolečku po příchodu do práce, když si ty pacienty zkontrolují a zkontrolují i flexily, kolem té osmé hodiny večer.“

P2: „Každou směnu.“

P3: „2x denně“

P4: „Každá sestra za svoji směnu.“

P5: „Zapisujeme kontrolu vždy podle počtu aplikace, ale jinak minimálně 1x denně.“

P6: „Každou směnu, takže 2x za den a při změně stavu.“

9.3.3 Subkategorie: Hodnocení rizika pádu

Tři (P1, P4, P5) z šesti dotázaných odpověděli, že přehodnocují rizika pádu 1x měsíčně. Dva dotázaní (P3, P6) přehodnocují rizika pádu v ošetrovatelské anamnéze 1x týdně.

A v soukromé nemocnici P2 přehodnocuje rizika při příjmu, překladu nebo při změně stavu pacienta. Dotázaní používají k hodnocení rizika pádu škálu dle Morse.

Tabulka 13 - Četnost přehodnocování rizika pádu

P1 (okresní N)	1x měsíčně nebo při změně stavu
P2 (soukromá N)	Při příjmu a překladu nebo při změně stavu
P3 (soukromá N)	1x týdně, dle stavu pacienta
P4 (okresní N)	1x měsíčně
P5 (okresní N)	1x měsíčně
P6 (soukromá N)	1x týdně nebo při změně stavu

P1: „Hmm, a to je vlastně stejná otázka, jo...rizika pádu přehodnocujeme, když se u nich nic neděje jednou za měsíc, a když se potom něco děje tak se to hned aktuálně přehodnotí. Jo někdo upadne hned ho přehodnotíme samozřejmě, že ten stav po tom pádu nedej bůh, aby se něco stalo je horší nebo ten dekubit a tak.“

P2: „Máme to definované ve směrnici, myslím, že vždycky u příjmu, překladu a když je něco jinak, třeba po pádu nebo když se nám pacient zhorší a třeba zůstane ležet.“

P3: „1x týdně nebo dle stavu pacienta.“

P4: „Na LNP máme právě přehodnocení Barthela a těchhle všech rizik jednou měsíčně, akutní lůžka jednou týdně.“

P5: „1x měsíčně.“

P6: „Rizika pádu přehodnocujeme při změně stavu pacienta, nebo 1x za 7 dní.“

9.3.4 Subkategorie: Hodnocení míry soběstačnosti pacienta

V této subkategorii dva z dotázaných odpověděli, že přehodnocují stupnici jednou měsíčně a (P2 + P5) přehodnocují při změně stavu pacienta a (P1 + P4) odpověděli, že mění stupnici soběstačnosti jednou týdně. Všichni dotázaní používají Barthel test.

Tabulka 14 - Četnost přehodnocování míry soběstačnosti pacienta

P1 (okresní N)	1x týdně
P2 (soukromá N)	Při změně stavu pacienta
P3 (soukromá N)	1x měsíčně
P4 (okresní N)	1x týdně
P5 (okresní N)	Při změně stavu pacienta
P6 (soukromá N)	1x měsíčně

P1: „Jednou týdně.“

P2: „Hodnotíme vždycky při změně stavu pacienta, anebo zkrátka jednou měsíčně, to záleží.“

P3: „Zase to měníme v dokumentaci jednou měsíčně.“

P4: „Barthela přehodnocujeme jednou týdně na akutních lůžkách.“

P5: „Při změně stavu pacienta.“

P6: „Jo a zase podobná otázka... Barthel test a všechna tahle rizika přehodnocujeme jednou měsíčně. No, anebo když se ten pacient zhoupne – to potom jednáme hned.“

9.3.5 Subkategorie: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Úkolem této subkategorie bylo zjistit, jak často sestry přehodnocují toto riziko. Z výsledků je patrné, že P1 a P4 přehodnocují při změně stavu, anebo dle použitého materiálu. Za to čtyři z šesti dotázaných přehodnocují 1x týdně. Oba druhy nemocnic využívají k hodnocení rizika vzniku dekubitů škálu dle Nortonové.

Tabulka 15 - Četnost přehodnocování rizika vzniku dekubitů

P1 (okresní N)	Při změně stavu, anebo dle použitého materiálu
P2 (soukromá N)	1x týdně
P3 (soukromá N)	1x týdně
P4 (okresní N)	Při změně stavu, anebo dle použitého materiálu
P5 (okresní N)	1x týdně
P6 (soukromá N)	1x týdně

P1: „No, přehodnocujeme ta rizika při změně stavu jooo, nebo když ty dekubity mají tak podle použitého materiálu při převazu.“

P2: „My ty rizika přehodnocujeme jednou týdně...“

P3: „Nortonka je pro nás důležitou stupnicí a snažíme se zde přehodnocovat, když mají aktuálně dekubit tak 1 x týdně.“

P4: „Tak a zase další otázka na rizika... snažíme se je přehodnocovat podle použitého krycího materiálu při převazu, anebo když ten pacient se zhorší, přestane spolupracovat tak to potom přehodnocujeme při změně stavu.“

P5: „U nás se snažíme ji přehodnocovat jednou týdně.“

P6: „Jednou týdně přehodnocuji.“

9.3.6 Subkategorie: Přehodnocování škál

Zde vplynulo, že všeobecné sestry mají k přehodnocování škál velice kladný postoj.

P1, P4 a P6 kladou pozitivní postoj. P5 zdůrazňuje důležitý ukazatel v odvedené práci. Naopak P2 hodnotí přehodnocování spíše jako nutnost a někdy je nucen přehodnocovat kvůli standardům. P3 hodnotí přehodnocování škál u nových sester jako nezvyk.

Tabulka 16 - Postoj k přehodnocování škál

P1 (okresní N)	Pozitivní, přehodnocujeme dle stavu pacienta
P2 (soukromá N)	Někdy nutnost, někdy musím i když nechci
P3 (soukromá N)	Dobry, ale sestřičky nejsou zvyklé se zajímat o přehodnocování
P4 (okresní N)	Pozitivní zvyklost
P5 (okresní N)	Důležitý ukazatel v odvedené práci
P6 (soukromá N)	Kladný

P1: „Vcelku pozitivní, protože jsme rádi, že když se u tich pacientů nic neděje, že je můžeme přehodnotit jednou měsíčně. No a přehodnocujeme jenom při změně stavu, aktuálně.“

P2: „Někdy je to nutné, ale někdy jen protože musím.“

P3: „Já osobně dobrý, jen sestřičky ještě nejsou moc zvyklé, aby přehodnocení vyhledaly a zajímaly se o ně.“

P4: „Je to zvyklost pozitivní.“

P5: „Je důležitým ukazatelem v dobře odvedené ošetrovatelské péči o pacienta.“

P6: „Kladný.“

9.4 Kategorie 4: Porovnání výsledků rozhovoru s výsledky obsahové analýzy

Poslední kategorie se věnuje porovnání výsledků z obsahové analýzy a provedených rozhovorů. Rozdělili jsme si danou kategorii na tři subkategorie. První subkategorie se zabývá rozdílem škál, které daný poskytovatel využívá, druhá se věnuje reakci personálu při pozitivitě screeningu škál a třetí zajišťuje kontrolu správnosti vedení poskytnutých ošetrovatelských dokumentů.

9.4.1 Subkategorie: Rozdíly ve výběru škál

Úkolem bylo zjistit, jaké škály daný poskytovatel zdravotní péče využívá, a konkrétně byl vypsán pro lepší přehlednost jejich interval v přehodnocování. Srovnávaly se

okresní a soukromé nemocnice. Bylo zjištěno, že v okresní a soukromé nemocnici všichni hodnotí podle mezinárodně uznávaných škál. Zajímavé je to, jak často dané škály přehodnocují. Hodnocení míry soběstačnosti okresní nemocnice přehodnocuje 1x týdně, nebo při změně stavu. Soukromá Barthela přehodnocuje 1x měsíčně, anebo při změně stavu pacienta. U rizika pádu je z rozhovorů patrný opak, že okresní nemocnice jej přehodnocuje jednou měsíčně a soukromá jednou týdně nebo při příjmu, překlada, anebo změně stavu pacienta. Riziko vzniku dekubitů přehodnocují oba druhy nemocnice stejně, a to 1x za týden, nebo dle použitého materiálu. Přehodnocení rizik při zavedeném periferním žilním katéttru, oba druhy nemocnice přehodnocují stejně, takže každou směnu, ale soukromá nemocnice používá VIP škálu a okresní Maddonovu škálu. Poslední porovnávaná škála byla VAS, tuto škálu přehodnocují stejně, a to buď 2x denně, anebo 1 hod po podání analgetik.

Tabulka 17 - Rozdíly ve výběru a přehodnocování škál

Rizika	Okresní nemocnice	Četnost přehodnocování v okresní nemocnici	Soukromá nemocnice	Četnost přehodnocování v soukromé nemocnici
Aktivita pacienta	Barthel test	1x týdně, při změně stavu	Barthel test	1x měsíčně, při změně stavu
Pád	Morse fall scale	1x měsíčně	Morse fall scale	1x týdně, při příjmu či překlada nebo změně stavu pacienta
Dekubity	Nortonova škála	1x týdně	Nortonova škála	1 x týdně
Vznik flebitidy	Maddonovu škálu	Každou směnu	VIP	Každou směnu
Bolest	VAS	2x denně + 1 hod po podání analgetik	VAS	2x denně + 1 hod po analgetikách

9.4.2 Subkategorie: Reakce při pozitivě screeningu škál

Cílem bylo zjistit, zda nemocnice dělají určitá opatření při vzniku pozitivě screeningu škál. V okresní nemocnici se při pozitivě Barthel testu informuje pacient, provede se zápis do dokumentace, praktikuje se zvýšená dopomoc při jeho denních aktivitách.

V soukromé nemocnici sledují stav pacienta, sestry informují lékaře a též jako v okresní nemocnici mu dopomáhají při potřebě. U škály rizika pádu dle Morse v okresní nemocnici provádí personál zvýšenou opatrnost nad pacientem a to tak, že zajistí bezpečí na lůžku. Sestry v soukromé nemocnici oznámí pozitivitu škály rizika pádu pacientovi a edukují ho o nutnosti použití mobilního signalizačního zařízení k přivolání sester. Personál vše zapíše do listinné i elektronické formy dokumentace a shodně s okresní nemocnicí zajistí bezpečí na lůžku a u předání směny na riziko pádu upozorní. Nortonovu škálu rizika vzniku dekubitů v okresní nemocnici zapisují sestry do NIS a následně po kontrole vrchní sestrou tisknou počítačovou verzi plánu péče o dekubity. V soukromé nemocnici mají svůj vlastní dokument s názvem Plán péče o dekubity, do kterého vždy zadávají nález nového dekubitu a ten zapisují i do NIS v počítači. K pozitivnímu hodnocení vzniku rizika zánětu žíly při zavedení PŽK přistupují oba druhy nemocnic stejně a provádí stejná opatření čili PŽK odstraní a poté postupují dle ordinace lékaře. Škálu bolesti neboli VAS zapisují při pozitivě okresní nemocnice do dokumentu s názvem Záznam o hodnocení bolesti a ten přehodnocují první tři dny a poté jen při změně stavu, zatímco v soukromé nemocnici tuto škálu přehodnocují každou směnu do dané tabulky v sesterském dekurzu.

Tabulka 18 - Pozitivita screeningů škál

	Okresní nemocnice – provádění opatření	Soukromá nemocnice – provádění opatření
Barthel test	Ano – zvýšená dopomoc	Ano – sledování pacienta, zvýšená dopomoc
Riziko pádu	Ano – zvýšená opatrnost, signalizační zařízení k posteli, zabezpečené lůžko	Ano – oznámení pacientovi, zabezpečené lůžko, zápis do listinné i elektronické dokumentace
Nortonova škála (vznik dekubitů)	Ano, kontrola vrchní sestrou a následně tisk počítačové verze plánu dekubitů	Ano – založení plánu péče o dekubity
Maddonova/VIP škála (vznik flebitis)	Ano – periferní žilní katétr odstraněn, postup dle ordinace lékaře	Ano – periferní žilní katétr odstraněn, řízení dle ordinace lékaře
VAS	Ano – záznam hodnocení o bolesti	Ano – tabulka bolesti v sesterském dekurzu

9.4.3 Subkategorie: Správnost vedení ošetrovatelských dokumentů

Poslední subkategorie se věnuje správnosti ošetrovatelských dokumentů, kdy každý dokument by měl obsahovat určité náležitosti např. podpis sestry, povinně přiložené

dokumenty, anebo identifikační údaje nemocnice a pacienta. V okresní nemocnici vyšlo najevo, že se v dokumentaci identifikační údaje nemocnice i pacienta nachází. Podpis sestry obsahují obě formy dokumentace, jak listinná, tak i elektronická forma. Povinně přiložené dokumenty jako je např. plán péče o dekubity neobsahuje, protože pacient je v rámci lůžka soběstačný a polohuje se sám. V soukromé nemocnici bylo zjištěno, že se identifikační údaje pacienta a nemocnice nachází v dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje podpis sestry v listinné i elektronické podobě a plán péče o dekubity se nachází v přílohách, protože pacient je nesoběstačný a je nutnost zajistit dopomoc v denních aktivitách.

Tabulka 19 - Správnost ošetrovatelských dokumentů

	Okresní nemocnice	Soukromá nemocnice
Identifikační údaje nemocnice (jméno a příjmení poskytovatele, adresa nemocnice, typ oddělení, IČO)	Ano	Ano
Identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, adresa bydliště, telefonní číslo, pojišťovna, pohlaví)	Ano	Ano
Podpis sestry	Ano – podepsáno v listinné i elektronické formě	Ano – podepsáno v listinné i elektronické formě
Přílohy dokumentů (plán péče o dekubity)	Ne	Ano

DISKUZE

Tématem této práce bylo popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na LNP.

Úloha stanoveného prvního dílčího cíle bylo popsat vedení ošetrovatelské anamnézy na LNP. Z mého šetření je zjevné, že sestry přikládají vedení ošetrovatelské anamnézy velký význam a kladný přínos. Někdo dbá na pravdivé a správné vedení, někdo zase aby sestra byla ochráněna před konfliktem s rodinou pacienta hlavně, pokud by došlo k soudnímu vyšetřování případu. K tomuto výsledku se dopracovala i (Veselá, 2016), která se ve svém výzkumném šetření zabývala názorem sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Dvě jí dotázané sestry odpověděly, že dokumentaci vnímají jako ochranu, protože co je psáno, to je uděláno. Druhým názorem bylo, že je hlavní, aby se všechno zapsalo, jinak není jistota v provedených interakcí u pacienta. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje, jak přínosy, tak i nedostatky. Pět mnou dotazovaných participantů uvedlo, že je ošetrovatelská dokumentace příliš časově náročná a obsáhlá, jeden z participantů pocítuje nedostatek v duplicitě listinné a elektronické dokumentace. K podobným výsledkům došla i Veselá, která uvádí u třech oslovených nespokojenost s duplicitními záznamy a časovou náročností. Tři dotázaní uvedli, že jim vyhovuje elektronická forma dokumentace, ale dva participanty si vychvalují obě formy a jeden dokonce pouze listinnou. Veselá srovnává obsahovou a časovou náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace v české a německé nemocnici a podle jejich výsledků je dokumentace u nás v České republice příliš obsáhlá a sestry se k ní staví negativně. Z těchto tří porovnání s bakalářskou prací Veselé mohu říct, že jsme dospěli k podobnému závěru.

Druhý cíl se zaměřuje na popis vedení sesterského dekurzu na LNP. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry přikládají k vedení sesterského dekurzu kladný přínos, až na jednoho participanta, který udává opak, a to takový, že přistupuje k dokumentaci sesterského dekurzu spíše negativně kvůli přílišnému zaznamenávání informací. Ovšem (Zavřelová, 2020) udává ve své bakalářské práci, že ve zdravotnickém zařízení je vyplňování ošetrovatelské dokumentace časově náročnější v listinné formě než v elektronické formě. Z mého výzkumné šetření si tři z šesti dotazovaných elektronickou dokumentaci vychvalují, dva z dotazovaných využívají s oblibou obě formy dokumentace, ale pouze jedna oslovená zdůraznila, že využívají jedinečně listinnou. K obdobným výsledkům došla také Zavřelová, která poukazuje na odpovědi hlavní sestry a manažerky kvality v Chomutovské nemocnici, kdy obě dotázané uvedly, že se „snaží o omezení tlaku na administrativní činnost u zdravotnického personálu, ale do přechodu na elektronickou formu, zatím neuvažují.“ (Zavřelová, 2020. s. 46). Naopak

Veselá ve svém výzkumném šetření uvedla, že by sestry chtěly převést dokumentaci pouze na elektronickou, protože si myslí, že by přechod ušetřil spoustu času. Na druhou stranu další dotazovaná z bakalářské práce Veselé tvrdí, že by musela nemocnice zajistit více počítačů a tabletů k zaznamenávání změn do dokumentace. Toto tvrzení si ovšem myslí i mnou dotázaný participant, který udává, že mu vyhovuje elektronický typ dokumentace, ale musí být na oddělení dostatek počítačů. Následně zjišťujeme ve výzkumném šetření, zda jsou sestry s dokumentací spokojené a zda jim v dokumentaci schází nějaké položky. Čtyři dotázané se shodují v odpovědi, že v dokumentaci nic neschází, ale jeden participant odpověděl, že mu chybí propojenost s lékaři, protože se v nemocnici vyskytuje častý problém v komunikaci mezi lékařským a ošetrovatelským personálem, kdy se zápisy poté nemusí shodovat, což by mohlo vyřešit propojení vedení elektronické dokumentace lékařem a sestrou. Další dotázaný participant uvedl, že mu chybí v dokumentaci místo pro zápis diety pacienta. Naopak (Krizanová, 2023) udala ve své práci, že jejím respondentům v ošetrovatelské dokumentaci nic neschází. Naopak si 79 % respondentů se středoškolským vzděláním myslí, že ošetrovatelská dokumentace obsahuje potřebné informace, ale i 71 % respondentů s vysokoškolským vzděláním souhlasí s dostatečnou nasyceností dokumentace a i 74 % respondentů s dosaženým vyšším odborným vzděláním souhlasí s dostatečností informací v dokumentaci. Čili mohu říct, že se s prací Zavřelové a Krizanové mé výsledky téměř shodují.

Úkolem třetího dílčího cíle bylo analyzovat nejčastěji používané hodnotící a měřící škály na lůžkách následné péče. Začala jsem s dotazováním na hodnotící škálou bolesti s názvem VAS neboli Vizuální analogová stupnice, mé výsledky výzkumu se řídí legislativní zmínkou, jakou by se mělo každé zdravotnické zařízení dodržovat. Legislativní zmínka o této škále nese název (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020), kdy čtyři mnou oslovení participantů odpověděli, že přehodnocují tuto stupnici 2x denně, dva oslovení přehodnocují podle charakteru bolesti a poslední oslovený odpověděl, že přehodnocuje každou směnu, anebo 1 hodinu po podání analgetik. Zatímco v „NOP – Péče o pacienta s bolestí“ MZČR zdůrazňuje, že v průběhu hospitalizace musí dokumentace obsahovat záznam o sledování bolesti, a to minimálně jednou za směnu a vždy po podání analgetik. Dalším hodnotícím nástrojem je Maddonova stupnice, která se též opírá o legislativu. Ze záznamu (NOP Zavedení a péče o periferní žilní katétr, 2020) vyplývá v patrnost, že by měla tuto stupnici přehodnocovat každá směna a to tak, že zhodnotí stav místa vpichu PŽK a poté je možno zapsat i převaz. V mém výzkumném šetření se výsledky participantů shodují a provádí hodnocení Maddonovi stupnice minimálně jednou za směnu. Následnou hodnotící škálou je riziko pádu pacienta, spolu

se stupnicí Nortonové, která je využívána při vzniku dekubitů jsou ukotvené v legislativní zmínce. U rizika pádu bylo z mého šetření zřejmé, že tři ze šesti dotázaných přehodnocují jednou měsíčně a dva oslovení přehodnocují jednou týdně a jeden dokonce pouze při příjmu, překlada, anebo při změně stavu. V bakalářské práci (Ptáčkové, 2016) se nachází, že 30 respondentů vyhodnocuje pády též jednou měsíčně. A 40 respondentů pády měsíčně nevyhodnocují. U Nortonovy škály je z mých výsledků patrné, že se sestry věnují jejímu přehodnocení jednou týdně, anebo při změně stavu a dle použitého krycího materiálu při převazu. (NOP Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020) udává, že vhodnou frekvencí přehodnocování této stupnice je dle aktuálního stavu pacienta jednou týdně, toto ustanovení podléhá vyhlášce o zdravotnické dokumentaci, viz frekvence provádění záznamu epikrízy. A Barthelův test přehodnocují participanti podle mých výsledků jednou měsíčně, nebo při změně stavu pacienta. Je třeba zodpovědět, zda sestry mají kladný postoj k pravidelnému přehodnocování škál, v mém šetření vyšlo najevo, že většina sester k tomu má kladný postoj: (Taterová, 2021) zjistila, že pro sestry jsou hodnotící a měřící škály přínosné, po veškerém zhodnocení částí u třetího dílčího cíle si myslím, že můj závěr se s výše uvedenými shoduje.

Čtvrtý dílčí cíl porovnává výsledky rozhovorů s výsledky obsahové analýzy dokumentace v daných soukromých a okresních nemocnicích. Kde se snažím zjistit, zda v okresní nemocnici používají rozdílné škály nežli v soukromé. Z mého šetření vyšlo najevo, že v soukromé nemocnici přehodnocují Barthel test jednou měsíčně nebo při změně stavu pacienta. Naproti tomu v okresní nemocnici přehodnocují Barthela jednou týdně nebo při změně stavu pacienta. Za to Riziko pádu přehodnocují v soukromé nemocnici jednou měsíčně a v okresní jednou týdně, nebo při překlada či příjmu pacienta. Stupnici dle Nortonové přehodnocují v okresní nemocnici jednou týdně a se soukromou se tak shodují. U Maddonovy stupnice se výsledky též shodují u obou nemocničních zařízení, takže jednou za směnu. U VAS přehodnocují v okresní a soukromé nemocnici stejně čili 2x denně, eventuálně jednu hodinu po aplikaci analgetik. Z (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020) patrně vyplývá, že by sestra měla alespoň jednou za směnu přehodnocovat stupnici bolesti. Zajímavost u tohoto výsledku šetření je, že v obou typech nemocnic používají stejné hodnotící a měřící nástroje. Při porovnání jsem došla k podobným výsledkům jako (Sládková, 2022), jež ve své práci zmiňuje čtyři oslovené participantky, které používají též stupnici dle Nortonové. Z toho tři oslovené udávají, že u nich v nemocnici přehodnocují Nortonovu stupnici jednou týdně.

V části čtvrtého cíle bylo též zjišťováno, zda sestry při pozitivitě screeningu škál dělají určitá opatření, jako jsou přídatné dokumenty nebo určité náležitosti, jenž musí

dokumentace obsahovat. Při pozitivním výsledku Barthel testu v okresní nemocnici sestry informují pacienta a poskytují pacientovi dostatečnou pomoc, toto je shodné i v soukromé nemocnici. (Sladká, 2020) ve své práci zmiňuje efektivitu Barthel testu v kombinaci s Nortonovou, oslovené sestry dodaly, že při zhodnocování rizika vzniku dekubitů přihlížejí k testu Barthelové, který v kombinaci se stupnicí Nortonové činí efektivní zhodnocení. V (NOP – Prevence pádu a postup při zraněních způsobených pády, 2020) je definováno, že při pádu musí napřed pacienta vidět lékař a po ošetření musí lékař ihned provést záznam do zdravotnické dokumentace a založit formulář o hlášení nežádoucí události, což se s mými výsledky shoduje. U Maddonovy škály se oba typy zařízení shodují a s (NOP – Zavedení a péče o periferní žilní katétr, 2020) se shodují výsledky též, kdy doporučuje zhodnocovat místo vpichu dle zvolené klasifikace. U VAS se též výsledky shodují s (NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020). U správnosti dokumentace se jsem snažila zjistit, zda se na každé dokumentaci z okresních a soukromých nemocnic objevují náležitá opatření. Jedná se o identifikační údaje nemocnice (hlavička nemocnice (jméno a příjmení nemocnice, adresa, typ oddělení, IČO) o identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo, adresa, telefonní číslo, číslo pojišťovny a pohlaví) též o podpisy sestry a poslední jsou přílohy dokumentů jako je plán péče o dekubity například. Z mých výsledků je patrné, že se shodují se Zákonem 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), jež obsahuje v hlavě II, § 53, odstavec 2, kdy má zdravotnická dokumentace obsahovat identifikační údaje pacienta a poskytovatele.

LIMITY VÝZKUMU

Potencionálním limitem výzkumu této bakalářské práce mohou být nespolupracující participanti, časová náročnost při zpracování dat z obsahové analýzy, anebo v dnešní době právně ošetřené GDPR.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Obecně doporučit vznik jednotného typu zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, který by podléhal standardu, a tudíž by každý poskytovatel zdravotních služeb měl sjednocené vedení zdravotnické dokumentace. Myslím si, že by se touto změnou odstranila i nejistota k vedení dokumentace u sester. Sestry by se poté nebály přestupu k jinému poskytovateli zdravotních služeb. Zjednodušení lze nalézt i v oblasti zaučení nových sester, protože se s dokumentací již seznamovaly na povinné odborné praxi. Sama jsem vystřídala několik pracovních pozic a bylo pro mě náročné se učit novým zvyklostem oddělení. Učila

jsem se zaznamenávat informace o zdravotním stavu pacienta do ošetrovatelské dokumentace na novo a o práci s NIS ani nemluví. Doporučujeme i pokračování ve snaze o snížení administrativní činnosti, protože dle našeho výzkumného šetření si sestry i nadále stěžují přes různé novelizace vyhlášek. Novelizaci vyhlášky o zdravotnické dokumentaci v roce 2018 přinesla jedinou změna, a to, že se ošetrovatelská anamnéza stala samostatným dokumentem. Zvážení přikládáme k provádění příjmových zpráv ve větší intenzitě, aby sestry i lékaři od pacienta získali, co nejvíce potřebných informací, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Ubylo by se poté mnoho administrativy. Změna pravidelného přehodnocování a kopírování předchozích zpráv pouze na zápis při změně stavu pacienta nebo při zavedení nových invazivních vstupů, eventuálně se všechny získané informace aktualizují při překladech, propuštění nebo úmrtí pacienta. Je doporučen přechod zdravotnické dokumentace z listinné formy na elektronickou, aby nevznikaly duplicitní zápisy. Vzhledem k výsledkům tohoto výzkumného šetření by si personál dostatečně usnadnil práci a nevznikaly by nečitelné zápisy, či jejich nečitelné přepisy. Možná tyto změny časem zdravotnictví zastihnou.

ZÁVĚR

Zdravotnická dokumentace je ucelený dokument se všemi informacemi o zdravotním stavu pacienta, důležitou součástí zdravotnické dokumentace je ošetrovatelská dokumentace, kterou vyplňují sestry, zatímco lékařskou dokumentaci vedou lékaři. Vzhledem k tomu, že je dokumentace stále obsáhlá i po několika novelizacích legislativy, tak se zde stále vyskytují důležité prvky, které vyžadují změnu. Úkolem této práce bylo zmapování ošetrovatelské dokumentace, a to konkrétně dokumentů – ošetrovatelská anamnéza a sesterský dekurz.

Cílem bakalářské práce bylo popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče. Bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí obsahové analýzy dokumentace, doplněnou šesti polostrukturovanými rozhovory.

Prvním dílčím cílem bylo popsat vedení ošetrovatelské anamnézy na LNP. Tento cíl byl splněn, jelikož bylo zjištěno díky polostrukturovaným rozhovorům, jak sestry přistupují k dokumentaci ošetrovatelské anamnézy a jaký pro ně má význam, přínos, nedostatky a také jaká forma při vedení tohoto dokumentu sestřím vyhovuje.

Druhým dílčím cílem bylo popsat vedení sesterského dekurzu na LNP. Z výzkumného šetření se ukázalo, že pro sestry je dokumentace sesterského dekurzu přínosná, až na jednoho participanta, z důvodu velkého množství škál a informací, které musí zaznamenávat. Dotázaní jsou s dokumentací sesterského dekurzu spokojeni a shodli se i v odpovědích ohledně zjednodušení, kdy si přejí snížit administrativní činnost a dále se shodují na změně formy zaznamenávání informací o zdravotním stavu pacienta z listinné na elektronickou. Dále se sestry shodly, že jim v dokumentaci nic nechybí, až na číslo diety a propojenost s lékaři. Cíl byl splněn.

Ve třetím dílčím cíli bylo stěžejní analyzovat nejčastější hodnotící a měřicí škály na LNP. Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji používané škály jsou Bartehl test, stupnice Nortonové, Riziko pádu pacienta, Maddonova stupnice a stupnice bolesti VAS. Bylo zřejmé, že mají sestry k přehodnocování škál kladný postoj. Tudíž byl cíl splněn.

Čtvrtý cíl byl zaměřen na porovnání výsledků obsahové analýzy s výsledky rozhovorů. Z výsledků výzkumného šetření vyšlo najevo, že při srovnání okresní a soukromé nemocnice byly nalezeny rozdíly ve výběru škál k hodnocení rizika vzniku zánětu žil v místě zavedení PŽK, kdy okresní nemocnice využívá k hodnocení Maddonovu škálu a soukromá

nemocnice hodnotí pomocí VIP stupnice. Druhý rozdíl byl v četnosti přehodnocování škály k hodnocení míry soběstačnosti pomocí Barthel testu. V okresní nemocnici přehodnocují Barthel test jednou týdně a v soukromé jednou za měsíc. Při obsahové analýze dokumentace byla snaha vyzkoumat, jestli při pozitivě screeningů škál provádějí v nemocnici dané opatření. Z výsledků vyšlo patrně najevo, že oba typy zařízení provádějí opatření při pozitivě screeningů. Poté jsme zjistili, že obě zařízení podléhají platné legislativě v obsahu náležitých položek, které se v dokumentaci musí objevit. Konkrétně podle zákona 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zaměřili jsme se na podpis sestry, povinně přiložené dokumenty (např. plán péče o dekubity) a též na identifikační údaje pacienta a poskytovatele zdravotnických služeb. Tento cíl byl splněn.

Při splnění výše stanovených dílčích cílů došlo ke splnění hlavního cíle, jehož úlohou bylo popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče.

Výstupem z této bakalářské práce je interpretace výsledků provedené obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace ve vybraných nemocnicích na lůžkách následné péče.

SEZNAM LITERATURY

Nová citační norma ČSN ISO 690:2022: Bibliografické citace

BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek, et.al. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 20. 11. 2014. 289. s. ISBN: 978-80-247-5471-0

BERÁNEK, Václav. FIRÝTOVÁ, Rita. KROCOVÁ, Jitka. MARTÍNEK, Lukáš a PFEFFROVÁ, Eva. *Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. aktualizované vydání*. Plzeň: Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019. ISBN 978-80-261-0760-6.

DE GROOT, Kim. TRIEMSTRA, Mattanja. PAANS, Wolter a FRANCKE, Anneke, L. *Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews: Journal of Advanced Nursing*. Wiley library. Online. 2018. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13919> [paywall], [citováno 2023-01-27] ISSN 0309-2402.

DVOŘÁK, IVAN. *Nemocniční informační systém je pro chod nemocnice klíčový*. Medical Tribune. Online. 7.4.2015. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/nemocnicni-informacni-system-je-pro-chod-nemocnice-klicovy/> [citováno 2023-11-26]

HLAVÁČOVÁ, Ilona. *Administrativa ve zdravotnictví. Budou mít sestry konečně více času na pacienty?* Zezdravotnictví.cz. Online. 19. 8. 2018. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/administrativa-ve-zdravotnictvi-budou-mit-sestry-konecne-vice-casu-na-pacienty/> [citováno 2023-11-26]

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada, 2014. 18, 29.-31. s. ISBN 978-80-247-5439-0

HULKOVÁ, Viera. *Štandardizácie v ošetrovatelstve*. Slovakia: Grada. 2016. 23. s. ISBN 978-80-8090-009-0

CHUDOBA, Petr. *Práva a povinnosti při nahlížení do zdravotnické dokumentace*. Online. 31. 8. 2020. Dostupné z: <https://www.pravoprovsechny.cz/clanky/prava-povinnosti-pri-nahlizeni-do-zdravotnicke-dokumentace/> [citováno 2023-11-26]

KILÍKOVÁ, Mária. *Teória manažmentu v ošetrovatel'stve*. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, Příbram. VŠZ a SP sv. Alžbety v Bratislavě, n.o., Tiskárna Příbram. 2013. 316.-317. s. ISBN: 978-80-260-3845-0

KNAPOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*. Inovace VOV. Online. 28. 5. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page18.html> [citováno 2023-11-26]

KOVÁŘOVÁ, Eva. *Klinická propedeutika*. Inovace VOV. Online. 26. 1. 2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/121/page04.html> [citováno 2023-11-26]

KRÁTKÁ, Anna. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. Online. 2018. 58. s. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_cloveka_v_oseetrovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y [citováno 2023-11-26]

KRAUSE, Martin. *Model Marjory Gordon – Model funkčních vzorců zdraví*. Online. 2017. 7. s. Dostupné z: <https://www.fzs.tul.cz/skripta/data/2017-03-16/09-02-47.pdf> [citováno 2023-11-26]

KRÁSNÝ, Petr. *Skartace zdravotnické dokumentace I – začínáme – legislativní rámec, pravidla*. CompuGroup Medical. Online. 23. 1. 2019. Dostupné z: https://blog.cgmsvet.cz/skartace-zdravotnicke-dokumentace-i-zaciname-legislativni-ramec-pravidla/?at=73a64&tt=%7BB_h%7D&utm_source=emailkampane.cz&utm_medium=email&utm_campaign=bulletin-amicus-1-2019 [citováno 2023-11-26]

KRIZANOVÁ, Marie. *Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj předávání informací v intenzivní péči*. České Budějovice, Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák, Ph.D., Online. 2023. Dostupné z: <https://theses.cz/id/k7s59d/> [citováno 2024-03-06]

KVAPILOVÁ, Bára. *Význam, formy a druhy zdravotnické dokumentace*. Zdraví.euro.cz. Online. 2015. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/vyznam-formy-a-druhy-zdravotnicke-dokumentace/> [citováno 2023-11-26]

KUCKIR, Martina, HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 2017. 9. s. ISBN: 978-80-271-0054-5

KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2016. ISBN: 978-80-7454-600-6

KŮŘIL, Pavel. Zdravotnická dokumentace, snímek 9 a 38. Masarykova univerzita. Online. 2020. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2020/BROC011c/um/zdravotnicka_dokumentace/Zdravotnicka_dokumentace.pdf [citováno 2024-01-25]

KORDULOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelství 1. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství*. 2020. 26. s. ISBN: 978-80-270-7783-0

LUGMAJEROVÁ, Tereza. *Zdravotnická dokumentace*. Epravo.cz. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/zdravotnicka-dokumentace-112378.html> [citováno 2023-12-01]

Ministerstvo pro místní rozvoj, *Příloha č. 1: Technická specifikace na dodávku služeb*. Praha: MMR ČR, Online. 2019. Dostupné z: https://zakazky.krajbezkorupce.cz/document_84979/c8a696d75ebf768171dd30da88086337-priloha-c-1-zd-technicka-specifikace-dodavky_21-07-2019-pdf [citováno 2024-03-18]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Katetrizace močového měchýře*. Online. 2020. 1.–6. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Odsávání dýchacích cest*. Online. 2020. 1.-5. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Péče o pacienta s bolestí*. Online. 2020. 1.-3. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády*. Online. 2020. 1.-5. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity*. Online. 2020. 1.-7. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-oseetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

MZČR. *Národní ošetrovatelské postupy – Zavedení a péče o periferní žilní katétr*. Online. 2020. 1.-4. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/> [citováno 2023-11-26]

NEDELČEV, Nikolaj. *Porovnání klinických informačních systémů v ČR*. Praha, Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Online. 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3v0876/> [citováno 2024-03-18]

NESLÁDKOVÁ, Eva, PACTLOVÁ, Petra, MANOVÁ, Iva. *Dokumentace pro sestry nově a jednoduše*. Florence. Online. 18. 2. 2019. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/dokumentace-pro-sestry-nove-a-jednoduse/> [citováno 2023-11-26]

NEZMAR, Luděk. *GDPR: Praktický průvodce implementací*. Praha: Grada, 2017, ISBN: 978-80-271-0668-4

OVČINA, Amer, MUŠANOVIĆ, Selveta, EMINOVIĆ, Ernela, SPASOJEVIĆ, Nada, HAJDAREVIĆ, Amela. et. al. *Health Care Documentation Management in Hospital Conditions*. Journal of Applied Health Sciences. Online. 2020. Svazek 6, vydání 2. 201-218. s. ISSN:1849-8361. Dostupné z: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=1ed14d67-b94a-41df-b2c9-d1a11680c169%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=148836272&db=e5h> [paywall], [citováno 2023-11-26]

PICHON, Cécile. *Kritické myšlení: Jak ho naplno využít v práci?* Welcome to the Jungle. Online. 27.12. 2022. Dostupné z: <https://www.welcometothejungle.com/cs/articles/kriticke-mysleni> [citováno 2023-11-26]

PLEVOVÁ, Ilona, et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2012. 172.-174. s. ISBN: 978-80-247-3871-0

POKORNÁ, Andrea. *Ostatní oborové klasifikace a škály. Barthelové test*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. 2017. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly> [citováno 2023-11-26]

PTÁČKOVÁ, Iveta. *Prevence pádů v geriatrické ošetrovatelské péči*. Plzeň, Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vladimíra Fremrová., Online. 2016 Dostupné z: <https://theses.cz/id/fo09un> [citováno 2024-03-06]

REMEŠ, Roman, TRNOVSKÁ, Silvia, et al. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. 167. s. ISBN: 978-80-247-4530-5

SCHNEIDEROVÁ, M. *Ošetrovatelská dokumentace*. Online. 2017. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2017/BDTO0121/um/14_-_Osetrovatelska_dokumentace.pdf [citováno 2023-11-26]

SAK, o.p.s. *O Spojené akreditační komisi*. Praha, Online. 2023. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/default/5> [citováno 2023-11-26]

ŠKODA, Ondřej. *Primární a sekundární prevence ischemické cévní mozkové příhody*. Medical Tribune. Online. 2020. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/primarni-a-sekundarni-prevence-ischemicke-cevni-mozkove-prihody/> [citováno 2023-12-01]

SLÁDKOVÁ, Monika. *Komparace přístupu v prevenci dekubitů na odděleních operačních a neoperačních oborů*. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Květoslava Slabáková., Online. 2022. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0yvry2/> [citováno 2024-03-08]

ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Vedení zdravotnické dokumentace a nakládání s ní*. Neurologie pro praxi. Online. 2018, 2. s. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/06/14.pdf> [citováno 2023-11-26]

ŠŤASTNÁ, Anna. *Edukace v ošetrovatelství*. Inovace VOV. Online. 01.07.2019. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/119/page01.html> [citováno 2023-11-26]

ŠTOUDEK, Roman, MIŠUREC, David, SAKALOVÁ, Katarína. *Cévní mozková příhoda*. Akutně.cz, Online. 2015. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/algorithm/cs/217-cevni-mozkova-prihoda/> [citováno 2023-12-01]

TATEROVÁ, Pavla. *Využití hodnotících a měřících technik v intenzivní péči*. Plzeň, Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí

práce Mgr. Jana Nová Holoubková, DiS., MBA., Online. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/kurj4w/> [citováno 2024-03-06]

TĚŠÍNSKÝ, Pavel, NOVÁK, František, PRAŽANOVÁ, Ivana, RŮŽIČKOVÁ, Lucie, KARBANOVÁ, Martina, et. al. *Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče*. Online. 2021. 5.-8. s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Metodick%C3%A9-doporu%C4%8Den%C3%AD-pro-zaji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD-stravy-a-nutri%C4%8Dn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf> [citováno 2023-11-26]

TĚŠITELOVÁ, Vladimíra, et al. *Elektronizace zdravotnictví řečí paragrafů*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Online. 2021. 10.-15. s. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008380/elektronizace-zdravotnictvi-rci-paragrafu.pdf> [citováno 2023-11-26]

ÚOOÚ (Úřad pro ochranu osobních údajů). *Nemocniční informační systém*. Online. 2013. Dostupné z: <https://uouu.gov.cz/cinnost/ochrana-osobnich-udaju/ukoncene-kontroly/kontroly-za-rok-2008/nemocnicni-informacni-system> [citováno 2023-11-26]

VACKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace*. Online. 27.2. 2014. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/osetrovatelska-dokumentace/> [citováno 2023-11-26]

VÁLEK, Vlastimil. *Externí klinický audit*. Praha: MZČR. Online. 2015. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/externi-klinicky-audit-2/> [citováno 2023-11-26]

VÁLEK, Vlastimil. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. Online. 2022. Praha: MZČR. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/> [citováno 2023-11-26]

VERNEROVÁ, Eva. *Alergie a astma, současný stav poznání a léčby*. Interní medicína pro praxi. Online. 2012. 55. s. Dostupné z: <https://www.internimedici.cz/pdfs/int/2012/02/03.pdf> [citováno 2023-11-26]

VESELÁ, Simona. *Ošetrovatelská dokumentace ve vybraných zemích*. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální

fakulta. Vedoucí práce Mgr. František Dolák, Ph.D., Online. 2016. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gy900h/> [citováno 2024-03-06]

VONDRÁČEK, Lubomír, KUČKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská dokumentace a její současné problémy*. Florence. Online. 4. 11.2013. Dostupné z: <https://www.florence.cz/ca-sopis/archiv-florence/2013/11/osetrovatelska-dokumentace-a-jeji-soucasne-problemy/> [citováno 2023-11-26]

Vyhláška č. 98/2012 Sb., *vyhláška o zdravotnické dokumentaci, § 1*. Praha: MZČR. Online. 2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/print/cs/2012-98/zneni-20200701.htm?sil=1> [citováno 2023-11-26]

Vyhláška č. 279/2020 Sb., *vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů*. Praha: MZČR. Online. 2020. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-279> [citováno 2023-11-26]

Vyhláška č. 55/2011 Sb., *vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Online. 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55> [citováno 2023-11-26]

Vyhláška č. 158/2022 Sb., *vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-158> [citováno 2023-11-26]

Zákon č. 372/2011 Sb., *zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Online. 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372> [citováno 2023-11-26]

Zákon č. 66/2013 Sb., *zákon, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. § 65 odst. 1 - odst. 2, § 33 odst. 1*. Online. 2013. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-66> [citováno 2023-11-26]

Zákon č. 310/2017 Sb., *zákon, kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. díl 3, § 72a*. Online. 2017. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-310> [citováno 2023-11-26]

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Online. 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373> [citováno 2023-11-26]

ZÍDKOVÁ, Tereza, OCHTINSKÁ, Hana. *Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace*. Florence. Online. 2015. roč. 11, č. 6. 19.-21. s., 8.6. ISSN 1801464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/6/chyby-a-omyly-ve-vedeni-osetrovatelske-dokumentace/> [citováno 2023-11-26]

ZAVŘELOVÁ, Vladka. *Analýza ošetrovatelské dokumentace u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb*. Praha, Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce Mgr. Jana Chrásková, PhD., Online. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lyv4av/> [citováno 2024-03-06]

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. (10., 73., 100. s.), 2017. ISBN: 978-80-271-0561-8

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A, Přehled predilekčních míst vzniku dekubitů u pacienta

Příloha B, Maslowova pyramida potřeb

Příloha C, Barthel test, hodnocení soběstačnosti pacienta

Příloha D, Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha E, Hodnocení bolesti dle VAS

Příloha F, Hodnocení místa zavedení PŽK dle Maddonovi stupnice

Příloha G, Hodnocení místa zavedení PŽK dle VIP stupnice

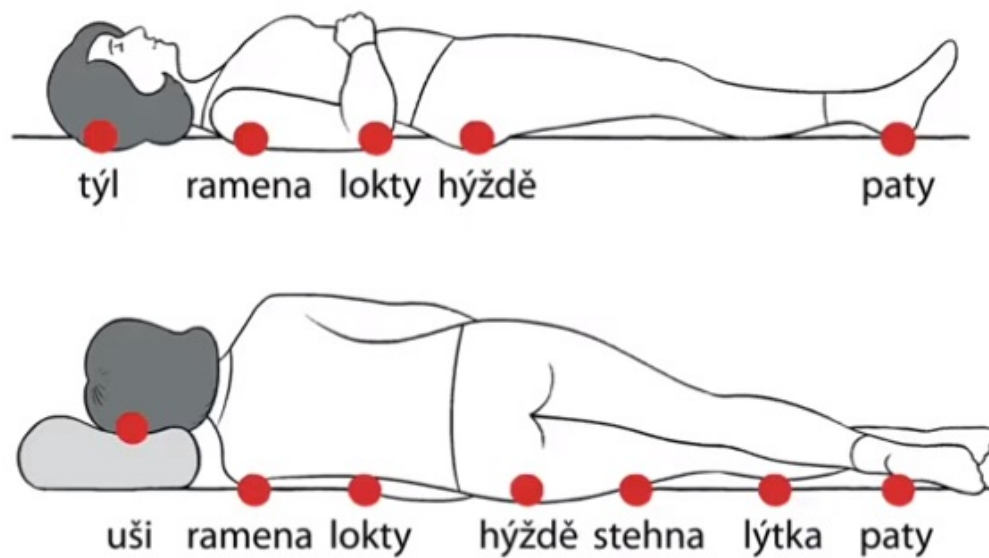
Příloha H, Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morseové

Příloha CH, Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha I, Souhlas s výzkumným šetřením

PŘÍLOHY

Příloha A, Přehled predilekčních míst vzniku dekubitů u pacienta



Obrázek 1 - Predilekční místa pro vznik dekubitů

<https://www.dentimedshop.cz/cs/jak-se-branit-vzniku-dekubitu-u-leziciho-pacienta.html>

Příloha B, Maslowova pyramida potřeb



Obrázek 2 - Maslowova pyramida potřeb

<https://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>

<https://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>

Příloha C, Barthel test, hodnocení soběstačnosti pacienta

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupaní	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Obrázek 3 - Barthel test soběstačnosti

<https://www.stefajir.cz/ostatni-85>

Příloha D, Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Riziko dekubitů – rozšířená klasifikace dle Nortonové

Posuzovaná oblast	1 bod	2 body	3 body	4 body
Schopnost spolupráce (motivace a ochota ke spolupráci)	Žádná	Omezená/částečná	Omezená/malá	Plná
Věk (let)*	> 60	30 – 60	10 – 30	< 10
Stav kůže (pokožky)	Významné změny (Rány, alergické reakce, exkoriace kůže)	Střední změny (Vlhká)	Lehké změny (Suchá, šupinatá)	Intaktní (Normální)
Přidružená/souběžná onemocnění**	Těžká forma	Střední forma	Lehká forma	Žádná
Fyzický (somatický) stav	Velmi špatný	Špatný	Obstojný (Zhoršený)	Dobrý
Psychický (duševní) stav/vědomí	Stupor až Bezvědomí	Zmatený	Apatie	Jasně vědomí (Bdělý)
Aktivita	Ležící	Závislý na invalidním vozíku (Upoután na vozík)	Chodící s pomocí (doprovodem)	Chodící bez pomoci (Plná)
Pohyblivost	Žádná	Velmi omezená	Částečně omezená	Plná (Bdělý)
Inkontinence	Moč a stolice	Převážně moč	Občasná (omezená)	Žádná (není)
Riziko dekubitů dle Nortonové				Celkem bodů

Poznámka:

*Pro zařazení do dané kategorie je hranicí dosažení věku (tedy v kategorii věku 2 bodů jsou zařazeni pacienti ode dne dosažení 30 let).

**Určení lehké až těžké formy onemocnění se hodnotí podle stupně projevu: např. cukrovka bez poškození až po těžké poškození, střední forma - místní léčitelný karcinom až generalizovaný karcinom atd.

Hodnocení:

Nad 25 bodů Bez rizika

25–24 bodů Nízké riziko

23–19 bodů Střední riziko

18–14 bodů Vysoké riziko

13–9 bodů Velmi vysoké riziko

Při zhodnocení méně než 25 bodů = riziko vzniku dekubitů – nutnost intervence. Podrobnější informace viz aktuálně platný Věstník MZ ČR 6/2009.

Obrázek 4 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Zdroj: NOP – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020.

<https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>

Příloha E, Hodnocení bolesti dle VAS

Vizuální analogová škála (VAS): je horizontální čára, měřící 10 cm, se slovními popisky na každém konci. Tato škála může být použita i vertikálně. Pacient vyznačí intenzitu své bolesti na úsečce znázorňující kontinuum intenzity bolesti od „žádné bolesti“ až po „nejhorší možnou bolest.“



Obrázek 5 - Hodnocení bolesti dle VAS

Zdroj: NOP – Péče o pacienta s bolestí, 2020 <https://www.mzcr.cz/narodni-ose-trovatelske-postupy/>

Příloha F, Hodnocení místa zavedení PŽK dle Maddonovi stupnice

Klasifikace dle Maddona

- stupeň 0 – není bolest ani reakce v okolí
- stupeň 1 – pouze bolest, není reakce v okolí
- stupeň 2 – bolest a zarudnutí
- stupeň 3 – bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
- stupeň 4 – hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Obrázek 6 - Hodnocení místa vpichu dle Maddonovi stupnice

Zdroj: NOP – Zavedení a péče o periferní žilní katétr, 2020

<https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>

Příloha G, Hodnocení místa zavedení PŽK dle VIP stupnice

Vizuální hodnocení periferního žilního vstupu	Skóre dle vizuálního hodnocení	Skóre hodnotí každá směna, povinný záznam v dokumentaci
Vstup je zcela klidný	0	Nejsou známky flebitidy => kanylu dále sledovat
JEDEN znak z následujících: 1/ mírná bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí kolem vstupu	1	Možné známky flebitidy => kanylu dále sledovat
DVA znaky z následujících: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ otok	2	Časně stadium flebitidy => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci)
VŠECHNY znaky z následujících: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok	3	Rozvinutá flebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok 4/ jasně viditelná žíla	4	Pokročilá flebitida/tromboflebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZVAŽOVAT LÉČBU – upozornit lékaře
VŠECHNY znaky jednoznačně vyjádřené: 1/ bolest kolem vstupu 2/ zarudnutí 3/ tuhý otok 4/ jasně viditelná žíla 5/ horečka	5	Pokročilá tromboflebitida => KANYLU VYMĚNIT (a zaslat ke kultivaci), ZAHÁJIT LÉČBU – upozornit lékaře

Obrázek 7 - Hodnocení místa vpichu dle VIP stupnice

Zdroj: NOP – Zavedení a péče o periferní žilní katétr, 2020

<https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>

Příloha H, Hodnocení rizika pádu dle stupnice Morseové

Škála podle Morseové

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítko nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	

Celkové skóre
0 není riziko pádu
< 25 nízké riziko
25-45 střední riziko
> 45 vysoké riziko

Obrázek 8 - Hodnocení rizika pádu dle Morse fall scale

Zdroj: NOP – Prevence pádů a postup při zraněních způsobených pády, 2020

<https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>

Příloha CH, Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Čemu přikládají sestry význam při vedení ošetřovatelské anamnézy?
2. Jaký přínos pro zkvalitnění péče má správně vedená ošetřovatelská anamnéza?
3. Jaké nedostatky vnímají všeobecné sestry při vedení ošetřovatelské anamnézy?
4. Jak často přehodnocujete stupnici bolesti?
5. Jaká forma dokumentace ošetřovatelské anamnézy Vám vyhovuje nejvíce?
6. Jaký má pro Vás přínos správné vedení sesterského dekurzu?
7. Jak často přehodnocujete škálu místa vpichu PŽK dle Maddonovi/VIP stupnice?
8. Co byste změnila v sesterském dekurzu?
9. Co Vám chybí v sesterském dekurzu?
10. Jak často přehodnocujete test soběstačnosti – Barthel test v ošetřovatelské anamnéze?
11. Jak často přehodnocujete riziko vzniku dekubitů – Nortonovu škálu v ošetřovatelské anamnéze?
12. Jak často přehodnocujete riziko pádu v ošetřovatelské anamnéze?
13. Jaký máte postoj k přehodnocování škál?
14. Jaká forma dokumentace sesterského dekurzu Vám vyhovuje? (elektronická nebo listinná)
15. Jak jste spokojeni s vedením sesterského dekurzu na Vašem oddělení?

Zdroj: vlastní

Příloha I, Souhlas s výzkumným šetřením

Jméno a příjmení studenta: Klára Čermáková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství, 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na lůžkách následné péče v okresní a soukromé nemocnici

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

I

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: Podpis:

Obrázek 9 - Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 1. část

Zdroj: šablona žádosti o povolení výzkumného šetření FZS, ZČU

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na lůžkách následné péče ve vaší nemocnici jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Kláry Čermákové, posluchačky bakalářského studijního programu všeobecné ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je popsat vedení ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče. Předpokládaný výstup z KP bude předložení výsledků mnou provedené analýzy vedení ošetrovatelské dokumentace u Vás v nemocnici na lůžkách následné péče.

Vedlejším cílem práce je popsat vedení ošetrovatelské anamnézy, popsat vedení sesterského dekurzu a popsat nejčastější hodnotící škály na lůžkách následné péče

Sledovaný soubor tvoří ošetrovatelská dokumentace na lůžkách následné péče, konkrétně ošetrovatelská anamnéza a sesterský dekurz (hlášení sester), všeobecné sestry, se kterými provedu polostrukturovaný rozhovor.

Sběr dat bude proveden obsahovou analýzou ošetrovatelské dokumentace na lůžkách následné péče, konkrétně obsahová analýza ošetrovatelské anamnézy a sesterského dekurzu (hlášení sester. Dále kvůli dostatečné nasycenosti informací zmiňované problematice provedu polostrukturované rozhovory s všeobecnými sestrami z lůžek následné péče.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením paní Mgr. Pavlíný Tůmové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

I

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

V dne

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Obrázek 10 - Scan žádosti o provedení výzkumného šetření, 2. část

Zdroj: šablona žádosti o povolení výzkumného šetření FZS, ZČU