



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

# Naplňování kritérií pro poskytování ošetřovatelské péče

Vypracovala: Bc. Tereza Řezáčová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou naplňování kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče. Na sestry jsou kladeny stále větší nároky jak ze strany nadřízených, lékařů, ale samozřejmě i ze strany samotných pacientů a jejich rodin. I z důvodu zvyšujících se kompetencí sester je práce zaměřena na problematiku naplňování kritérií pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami s interním zaměřením.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část práce je zpracována do čtyř kapitol. Empirická část obsahuje dotazníkové šetření k dané problematice.

V poskytování ošetrovatelské péče jsou nejdůležitější následující okruhy, podle nichž je zpracována celá teoretická část této práce. 1. ošetrovatelský proces, 2. standardy, 3. audity, 4. etický kodex, 5. dokumentace. Je to především samotný ošetrovatelský proces se všemi jeho fázemi, kvalita ošetrovatelského procesu a její tři dimenze řízení a hodnocení. Další nezbytností v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče jsou standardy a jejich dodržování. Tomu napomáhají audity a závěry z nich získané. Pro spokojenost pacientů je nutné řídit se etickým kodexem ve zdravotnictví a dbát na dodržování práv pacientů. Dále sestra musí vést ošetrovatelskou dokumentaci jednotlivých pacientů a vytvářet v ní klasifikační systémy (NANDA domény) vyplývající z péče o pacienta. A samozřejmě sem patří i spolupráce sester a lékařů a celkové pracovní klima. Pokud není dobré, vede to ke stresovým situacím, které mohou negativně působit na celý ošetrovatelský tým. Vzhledem k nutnosti zdokonalování postupů při poskytování ošetrovatelské péče a také spokojenosti pacientů je nutné se této problematice neustále věnovat. Proto se tato práce zaměřuje na kritéria nutná pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče o pacienta. Bylo čerpáno z odborných knih a výzkumných článků z dané oblasti.

Empirická část práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření. Sebraná data byla získána zpracováním 105 dotazníků ze 198 rozdaných. Výzkumný soubor tvořilo celkem 54 všeobecných sester a 51 pacientů z interních

oddělení tří vybraných pražských nemocnic – Fakultní nemocnice v Motole, Institut klinické a experimentální medicíny a Nemocnice Na Františku. Získaná data byla kategorizována a pro lepší přehlednost zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

Pro účely této diplomové práce byl stanoven základní cíl - zjistit míru naplňování některých kritérií ošetrovatelské péče o pacienta poskytované všeobecnou sestrou v současných reálných podmínkách. Předem byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jak jsou naplňována kritéria ošetrovatelské péče, zejména kvalita poskytované péče a čas strávený s pacientem z pohledu pacienta. Z výsledků šetření vyplynulo, že pacienti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče z téměř 96 %, jako dostačující až výbornou. Podobně pozitivně je vnímán čas, který u pacientů tráví sestry během ošetrovatelské péče. Šetření prokázalo, že 88 % hospitalizovaných pacientů hodnotí čas strávený se sestrou jako dostačující až nadprůměrný.

Další část práce obsahuje 6 předpokládaných hypotéz.

První hypotéza, že k naplňování kritérií ošetrovatelské péče dochází častěji ve fakultních nemocnicích, než v nefakultních nemocnicích, nebyla prokázána. Poskytovaná péče byla pacienty hodnocena ve všech třech nemocnicích poměrně vyrovnaně.

Druhá hypotéza předpokládá, že pro pacienta je nejdůležitějším kritériem ošetrovatelské péče přístup sestry. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť polovina dotázaných uváděla jako nejdůležitější přístup sestry, druhá polovina naopak spolupráci s lékařem.

Třetí hypotéza měla zjistit, zda reakce sestry na specifické požadavky pacienta je dostatečně rychlá. Z těch byla vybrána reakce sester na tlumení bolesti a reakce na použití signalizačního zařízení. Tato hypotéza se potvrdila, většina pacientů byla spokojena jak s reakcí sestry na žádost o tlumení bolesti, tak s reakcí na použití signalizace.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že počet sester během služby je dle názoru sester nedostatečný. Pro ověření této hypotézy byly využity odpovědi všeobecných sester. Tato hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza pátá: Kvalita poskytované péče závisí také na psychickém rozpoložení

sestry. Tato hypotéza se nepotvrdila. Část sester stresové stavy sice připustila, uváděly ale, že stres na kvalitu jejich práce vliv nemá.

Hypotéza šestá předpokládala, že čas věnovaný dokumentaci zabere větší část pracovní doby. Tato hypotéza se nepotvrdila. Z odpovědí všeobecných sester vyplývá, že doba strávená vyplňováním ošetrovatelské dokumentace činí u 93 % sester polovinu nebo méně než polovinu pracovní doby. Pouze 7 % uvedlo, že vyplňování dokumentace zabere více než polovinu pracovní doby.

Účelem práce je analýza a syntéza výzkumného problému. Získané poznatky budou zpětně interpretovány na zúčastněných klinikách, případně dalších pracovištích, kde by mohly přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

**Klíčová slova:** ošetrovatelský proces, kvalita ošetrovatelského procesu, kritéria hodnocení, pacient.

## **Abstract**

This thesis deals with the question of meeting the criteria for provision of nursing care. Nurses' superiors, doctors as well as their patients including their families request them to satisfy more and more requirements. The increase of nurses' competencies is another reason the thesis focuses on fulfilling the criteria for ensuring quality patient care by nurses of internal medicine.

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part consists of four chapters. The empirical part includes survey related to the topic.

The theoretical part covers the most important areas related to the provision of the nursing care. These are as follows: 1. the nursing process, 2. standards, 3. audits, 4. ethical code, 5. documentation. It is the nursing process with all its steps, its quality and its three dimensions of management and assessment that is most important of all. Audits and its conclusions help to meet standards for ensuring quality patient care. Following health care ethical code and respecting patients' rights are necessary for patients' satisfaction.

In addition to that the nurse is supposed to keep records of individual patients in the nursing documentation and create classification systems (NANDA domains) based on patient's care. Cooperation between doctors and nurses and the overall working atmosphere are important as well. If it is not good, it leads to stressful situations that may have a negative effect on the whole nursing team. Since it is a must to improve the processes for ensuring the nursing care and to keep patients satisfied, the question of nursing process is to be addressed at all times. Therefore this paper focuses on the criteria necessary to provide a complex patient care. Medical publications and research articles were used for that.

The empirical part of this work was compiled as quantitative research. The data was collected by processing of 105 questionnaires out of 198 distributed ones. The research sample consists of 54 nurses and 51 patients from three Prague hospitals and their internal medicine departments - Fakultní nemocnice v Motole, Institut klinické a experimentální medicíny a Nemocnice Na Františku. The collected data was divided

into categories and processed in Microsoft Excel.

The basic goal was identified for the purposes of the diploma work. It is to find how certain criteria of nursing care, provided by the nurse in general medicine in real conditions, is met. The main research question was formulated in advance - "How the criteria of nursing care are met, especially the quality of provided nursing care and time spent with the patient from the patient's perspective."

The empirical part also includes six hypotheses.

The first theory that the criteria of nursing care is fulfilled, occur more frequently at university hospitals than in other hospitals, has not been proven. The patients deem the quality of care in all three hospitals rather identically.

The second theory assumes that the most important criterion of nursing care for patients is the nurse's attitude. This hypothesis has not been proven. Half of the respondents think that the nurse's attitude is important and the second half the collaboration with the doctor.

The third hypothesis was supposed to find if the nurse's reaction to patient's special requests is fast enough. Namely nurse's reaction to treating the pain and using the signal equipment. The hypothesis has been confirmed. Half of the patients are satisfied with the nurse's reaction to ease the pain as well as the use of the signalling.

The fourth hypothesis focuses on nurses of general medicine. The hypothesis is the number of nurse of general medicines on duty is insufficient. This hypothesis has not been confirmed.

The fifth hypothesis assumes that the quality of provided care depends on the nurse's mental state. This hypothesis has not been proven. Half of the nurses admit being stressed but they argue that it doesn't affect their quality of work.

The sixth hypothesis presumes that the time devoted to documentation will take more of the working time. This hypothesis has not been confirmed. 93 % of the nurses of general medicine responded that they spend half or less than half of the working time on documentation and the other 7% spend half or more working time.

The purpose of this thesis is to analyse and synthesise the results of the research

question. The results will be presented at the participating clinics and other places. They might contribute to improvement of the nursing care

**Key words:** nursing process, quality, patient.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne 16. 5. 2016

.....  
(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Za odborné vedení této práce bych chtěla poděkovat paní doktorce Marii Trešlové, která mi jako vedoucí práce se zpracováním velice pomohla. Dále děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků pro empirickou část práce. Velké poděkování též patří celé mojí rodině, která mě podporovala v průběhu celého mého studia.

# Obsah

Úvod.....	11
<b>Teoretická část.....</b>	<b>12</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>12</b>
1.1 Ošetřovatelství.....	12
1.2 Historie ošetřovatelství.....	13
1.3 Ošetřovatelský proces.....	15
1.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu.....	16
1.3.2 Kvalita ošetřovatelské péče.....	19
1.3.3 Tři dimenze kvality.....	20
1.3.4 Systémy řízení a zajištění kvality.....	21
1.3.5 Kvalita a její hodnocení.....	22
<b>2 Prvky pro naplnění kritérií pro poskytování ošetřovatelské péče.....</b>	<b>24</b>
2.1 Standardy.....	24
2.2 Audity.....	25
2.3 Etické kodexy.....	26
2.3.1 Části etického kodexu.....	27
2.4 Práva pacientů.....	28
2.5 Etický kodex práv pacientů.....	28
<b>3 Způsob dokumentování ošetřovatelské péče.....</b>	<b>31</b>
3.1 Dokumentace.....	31
3.1.1 Význam ošetřovatelské dokumentace.....	31
3.1.2 Formy ošetřovatelské dokumentace.....	32
3.2 Klasifikační systémy.....	34
3.2.1 NANDA taxonomie I a II.....	34
3.2.2 NIC a NOC.....	36
<b>4 Pracovní prostředí .....</b>	<b>38</b>
4.1 Sestra a stres.....	38
4.2 Stres - lékař.....	39

4.3	Vztahy na pracovišti.....	39
	Výzkumná část.....	41
<b>5</b>	<b>Cíl práce, hypotézy.....</b>	<b>41</b>
5.1	Cíle práce, výzkumná otázka.....	41
5.2	Hypotézy.....	41
<b>6</b>	<b>Metodika výzkumu.....</b>	<b>42</b>
6.1	Použité metody a techniky výzkumu.....	42
6.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	42
<b>7</b>	<b>Výsledky výzkumu.....</b>	<b>43</b>
7.1	Testování hypotéz.....	70
<b>8</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>78</b>
<b>9</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>84</b>
<b>10</b>	<b>Seznam literatury.....</b>	<b>86</b>
<b>11</b>	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>92</b>
<b>12</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>94</b>
<b>13</b>	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>95</b>
<b>14</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>96</b>

## Úvod

Pro tuto diplomovou práci bylo zvoleno stále diskutovanější téma - jaká je v současnosti kvalita ošetrovatelské péče a jaké jsou podmínky pro její poskytování, a to především z pohledu sester a jejich pacientů.

Předpokládá se, že všeobecné sestry budou za každé situace stoprocentně vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči u všech svých pacientů na daných odděleních. Nabízí se však otázka, zda mají všeobecné sestry dostatečně kvalitní podmínky pro plnění této péče jak z hlediska časového vytížení, složení pracovního kolektivu, podpory nadřízených či spolupráce s lékaři, tak i z pohledu materiálního a finančního. Druhou stránkou věci je, jak ošetrovatelskou péči všeobecných sester s různými pracovními podmínkami přijímají samotní pacienti. Jsou pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí? Věnuje se každá všeobecná sestra dostatečně svým pacientům, respektive jejich potřebám?

V současné době je ošetrovatelská péče již samostatnou vědní disciplínou a samotný ošetrovatelský proces se neustále vyvíjí. Při jeho hodnocení je nutné posuzovat mnoho kritérií (tabulka č. 3 v příloze), která jsou popsána v teoretické části.

Pro účely výzkumné části této práce byla vybrána pouze některá kritéria, neboť cílem výzkumného šetření je zjistit jaké podmínky mají všeobecné sestry k naplňování kritérií ošetrovatelské péče a jak je tato péče kvalitní, a jak je vnímána ošetrovatelská péče a její kvalita samotnými pacienty.

Získané poznatky budou zpětně interpretovány na zúčastněných klinikách, případně dalších pracovištích, kde by mohly přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Zdroje informací pro teoretickou část byly čerpány z odborné literatury a článků v odborných časopisech. Výchozí data pro praktickou část této diplomové práce byla získána pomocí dotazníků rozdaných všeobecným sestřám a jejich pacientům ve třech pražských zdravotnických zařízeních.

# Teoretická část

## 1 Současný stav

Teoretická část práce je zaměřena na analýzu a syntézu získaných teoretických poznatků o tématu naplňování kritérií pro poskytování moderní ošetrovatelské péče v praxi všeobecných sester v interních oborech. Touto otázkou se zabývá i výzkumná část diplomové práce.

Většina všeobecných sester, které se rozhodly pro toto povolání, je při nástupu do zaměstnání vystavena velké zkoušce. První měsíce práce na odděleních v kolotoči služeb, přívalu nových poznatků a požadavků vedou často ke stresu, deziluzi a někdy i k odchodu k jiné práci. Nedostatek zdravotnického personálu je v současnosti závažný problém, který vede k nadměrnému pracovnímu zatížení sester a ohrožuje tak i kvalitu ošetrovatelského procesu. Stoupají i nároky pacientů na poskytované služby a dodržování patientských práv.

### 1.1 Ošetrovatelství

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako „systém typicky ošetrovatelských činností týkající se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Tóthová, 2009, s. 14).

V praxi to znamená, že všeobecná sestra se stará o navrácení a podporu zdraví pacientů. Pro jejich uzdravení je také důležitá pomoc rodiny, která má pozitivní vliv na rychlost navrácení k plné soběstačnosti v průběhu rekonvalescence. Pozitivní psychická podpora od zdravotnického personálu i rodinných příslušníků výrazně podporuje pacienta ve stavech nevyléčitelné nemoci, při bolestech psychických i fyzických, a to především na sklonku jeho života v období umírání. Samotná sestra pak musí v těchto nelehkých životních situacích být oporou nejen pacientovi, ale celé jeho rodině. Jako pomyslná šablona pro kvalitní ošetrovatelství sestrám slouží ustálený popis ošetrovatelského procesu, který je dnes v moderním ošetrovatelství nezastupitelný (Pavlíková, 2006; Kozierová, 1995).

Jako integrovanou vědní disciplínu označil ošetrovatelství prof. Pacovský. Dále uvádí, že hlavním posláním ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby, které vznikly nemocí člověka, a pomáhat těm, kteří o sebe nedokáží či nechtějí pečovat. Součástí ošetrovatelství je nejen diagnostika a léčba nemoci, ale též psychická a fyzická rehabilitace. K tomu používá metody vědy a výzkumu, ale i metody prakticky ověřené v pracovním prostředí (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, 2011, s 17).

V Koncepti ošetrovatelství České republiky, která byla vydána Ministerstvem zdravotnictví České republiky, můžeme najít podrobnou charakteristiku ošetrovatelství, jeho cíle a rysy. Ošetrovatelský proces dnes realizuje vždy tým, do kterého patří podle hierarchie: hlavní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra, staniční sestra, všeobecná sestra bez odborného dohledu, sestra s odborným dohledem, zdravotnický asistent, ošetrovatel a sanitář. Je zde mimo jiné popsán i vzdělávací proces ošetrovatelského týmu.

Tým se podílí na ošetrovatelském procesu, který můžeme definovat jako systematickou a racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče o člověka, který má své biologické a psychosociální potřeby.

Celý ošetrovatelský tým je součástí zdravotnického multidisciplinárního týmu. Patří sem všeobecné sestry, ošetrovatelky a sanitářky, lékaři všech specializací, nutriční terapeuti a fyzioterapeuti. Ti všichni se snaží o jedinou věc a tou je spokojený pacient (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, 2011, Jarošová, 2000).

## **1.2 Historie ošetrovatelství**

V minulosti se ošetrovatelství vyvíjelo spíše intuitivně. Z generace na generaci se předávaly praktické zkušenosti jak ošetrovat, a to především na základě přírodní medicíny pomocí bylinek a lektvarů. Ženy ošetrovatelky chodily do domácností a pomáhaly nemocným, chudým, dětem i starým lidem.

Pro středověk bylo typické charitativní ošetrovatelství, které bylo spíše sociální službou než ošetrováním, jak jej chápeme v dnešním slova smyslu.

V 16. století byly nemocnice považovány za špinavá, tmavá a naprosto

odpuzející místa. Ošetřovaly zde ženy, které musely zastávat nejen péči o nemocné, ale vykonávaly práci uklízeček, pradelen a kuchařek, často až desítky hodin bez přestání. Tento stav trval až do poloviny 19. století.

Ošetřovatelství se začalo reformovat v době života Florence Nightingalové, která se narodila 12. 5. 1820 ve Florencii v Itálii. Od svých sedmnácti let hodně cestovala po Evropě a sbírala informace o ošetřování různě nemocných lidí. Své poznatky zaznamenávala do publikací. Obrovské zásluhy získala v Krymské válce, kde svou péčí snížila mortalitu vojáků ze 42 % na pouhé 2,2 %. Těchto výsledků dosáhla dodržováním pěti základních pravidel - čisté prostředí, čistá voda, čistý vzduch, světlo a funkční kanalizace. Florence Nightingalová se přičinila o založení první ošetřovatelské školy při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Studentky zde získaly nejen poznatky o ošetřování nemocných, ale čerpaly mnoho vědomostí z praxe přímo od lékařů (Pavlíková, 2006; Kozierová, 1995).

Další významnou ženou, která se podílela na rozvoji ošetřovatelství, byla svatá Alžběta Durynská. Alžběta sice byla šlechtična, ale velice soucítila s chudinou. Pomáhala postiženým, pod hradem Wartburgem zřídila špitál, do kterého denně docházela. Po smrti svého manžela Ludvíka se uchýlila se do kláštera v Marburgu, kde pečovala o chudé a nemocné ve špitálu, který založila. Zemřela roku 1231 v pouhých 24 letech.

V minulosti téměř všechny sestry bydlely přímo v nemocnicích u pacientů, od kterých byly odděleny jen plentou. Jejich mzdy byly minimální a většina sester pracovala za byt a stravu.

Teprve v polovině 19. století se v USA a Kanadě začalo ošetřovatelství rozvíjet i v teoretické oblasti. V dnešní době publikuje o ošetřovatelství mnoho autorů a autorek, kteří vyvíjeli a stále vyvíjejí teorii ošetřovatelství. V těchto koncepčních modelech se definuje osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství jako jednotný celek, kdy jednotlivé jeho složky na sebe neustále a vzájemně působí. (Pavlíková, 2006).

Historie českého ošetřovatelství se začala vyvíjet v 10. století, kdy vládl kníže Boleslav. V této době se začaly tvořit základy řízeného ošetřovatelství. V Praze vznikaly hospice, kde se o chudé a nemocné staraly civilní sestry. O chudé a nemocné pečovaly

i náboženské řady. Ty budovaly vedle svých klášterů špitály a zajišťovaly tak kromě ošetření i základní životní podmínky, jako bydlení a stravu.

Jednou ze zakladatelek českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna. V roce 1232 v Praze založila první špitál a v roce 1233 řád Křižovníků s červenou hvězdou. V 15. století pečovaly o nemocné ve špitálech a lazaretech diakonky, ale navštěvovaly je i v jejich domovech. Další založené řady pro péči a ošetrování obyvatel byly boromejky, alžbětinky, milosrdní bratři a johanitky zakládané v období 17. století. Milosrdní bratři působili především v Praze Na Františku, kde pečovali o tělesně i duševně nemocné.

V roce 1785 byla v Brně založena první nemocnice. O dva roky později byla založena nemocnice v Ostravě a o další tři roky později i v Praze. O nemocné zde pečovaly opatrovnice bez ošetrovatelského vzdělání. Role sester se stále rozvíjely. Aby mohly být kompetentními pomocnicemi lékaře, vznikly v druhé polovině 19. století první ošetrovatelské školy (Jarošová, 2000). Teprve až v roce 1927 vláda sestram upravila platové a sociální podmínky (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, 2011).

V minulém století se díky velkému rozvoji vědy a techniky velmi rychle rozvinulo ošetrovatelství i jeho výuka, a jeho zkvalitňování pokračuje dodnes. V období 21. století se ošetrovatelství více zaměřuje na komunikaci, empatii, mezilidské vztahy, duševní hygienu a vzdělání. Je to i důsledek náročnosti ošetrovatelského povolání jak z psychické, tak fyzické stránky (Hubová, Michálková, 2012).

### **1.3 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces byl přijat jako všeobecný termín v 50. letech 20. století. Nyní se vyskytuje v koncepcích všech učebních osnov. Lze ho najít i v právní definici ošetrovatelství v mnoha státech. Je definován jako efektivní metoda, která usnadňuje řešení a klinické rozhodování všech problematických situací (Doenges, 2001, s. 565).

Jedna z dalších definic je: „Ošetrovatelský proces je systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, skládající se z několika vzájemně propojených fází“ (Tóthová, 2014, s. 16). Zjednodušeně můžeme říci, že ošetrovatelský proces zahrnuje veškerou činnost, vycházející z individuálních potřeb pacienta, kterou



sestra plánuje a realizuje v dané posloupnosti a v určitém časovém období. Pro dosažení kvalitního ošetrovatelského procesu je zapotřebí aktivní přístup obou zúčastněných osob, a to jak ošetřující sestry, tak samotného pacienta. Typickým rysem dnešního moderního ošetrovatelství je systematické a racionální hodnocení naplánovaného ošetrovatelského procesu. Jednotlivé prvky ošetrovatelského procesu budou rozebrány v další podkapitole.

### *1.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu*

Prvním krokem sestry při plánování ošetrovatelského procesu je *seznámení s anamnézou a navázání osobního kontaktu s pacientem*, který je přijímán do zdravotnického zařízení. Pro realizaci ošetrovatelského procesu v praxi zdravotních sester je proto velmi důležitý rozhovor s pacientem, který je přijímán k hospitalizaci na dané oddělení. Z podrobného rozhovoru, na který by si sestra měla vyhradit dostatek času, vytvoří sesterskou anamnézu. Při jejím zpracování postupuje dle doporučených standardů speciálně upravených pro jednotlivá oddělení.

Základ plnohodnotné ošetrovatelské anamnézy by se měl skládat z definování smyslových omezení pacienta a potřebných kompenzačních pomůcek, hodnocení schopnosti komunikace, posouzení vědomí a orientace. K posouzení orientace může být nápomocná tabulka GCS (viz příloha č. 4). Pozorně se sestra musí zaměřit na objektivní i subjektivní stav dýchání, přijímání tekutin a výživy, dietních omezení, stanovení nutričního rizika, výpočtu BMI (viz příloha č. 5) a stavu dutiny ústní. V anamnéze nesmí chybět posouzení soběstačnosti podle skórovacího systému Barthel (viz příloha č. 6) a potřeby kompenzačních pomůcek a rizika pádu. Při převlékání pacienta či při hygienické péči je třeba sledovat stav kůže a sliznic a vypočítat Norton skóre (viz příloha č. 7). V neposlední řadě se sestra pacienta vyptává na vylučování a na možné přítomné obtíže při vylučování. V cizím prostředí a obavách z nemoci se u pacienta může vyskytnout porucha spánku. Proto je dobré určit individuality pro zajištění kvalitního spánku. Nedílnou součástí rozhovoru v prvním kontaktu s pacientem je dotaz na sociální zázemí pacienta a na jeho spirituální potřeby. Pokud by si sestra chtěla upřesnit či rozšířit získané informace v rámci sběru dat, neměla by se bát požádat

o spolupráci rodinné příslušníky, kteří pacienta navštěvují. Zjednodušeně tedy lze říci, že sesterská anamnéza musí zahrnovat veškeré biologické, psychologické a sociální potřeby nově hospitalizovaného pacienta.

Druhým bodem ošetrovatelského procesu je *ošetrovatelská diagnostika*, která vychází z porušených potřeb pacientů. Ze získaných dat sestra vyvozuje aktuální a potencionální problémy pacienta během celé jeho hospitalizace, které se ale mohou neustále měnit. Podle stanovených ošetrovatelských problémů by se dále měla zaměřit na tvorbu ošetrovatelského plánu a stanovení cíle, ke kterému chce do konce pacientovy hospitalizace dospět. Aby mohla zdravotní sestra dosáhnout naplnění těchto cílů, musí vycházet z předešlých získaných informací o pacientovi a z prvotního anamnestického posouzení.

Mastiliaková provedla výzkum mezi sestrami, aby zjistila, jak v praxi sestry hodnotí práci s ošetrovatelskými diagnózami. Výzkumu se zúčastnilo 41 sester. Prokázalo se, že většina sester pracuje na svém pracovišti formou ošetrovatelského procesu. Více jak polovina dotazovaných uvedla, že metodu ošetrovatelských diagnóz považuje za potřebnou. Z tohoto výzkumu se dá předpokládat, že většina sester považuje ošetrovatelskou dokumentaci s používáním ošetrovatelských diagnóz jako přínosnou a v rámci ošetrovatelského procesu jako potřebnou (Mastiliaková, 2001).

Tvorbou *plánu a cílů ošetrovatelských intervencí* sestra pokračuje ve třetím kroku ošetrovatelského procesu. Pro tuto část je vhodná spolupráce s pacientem, popřípadě jeho rodinou. V první řadě je třeba se zaměřit na akutní potřeby, kterým je nutné se věnovat okamžitě. Ostatní, méně důležité problémy sestra řeší postupně v průběhu hospitalizace. V této části se určuje časový rámeček, do kdy a jak kvalitně chce všeobecná sestra daný problém vyřešit. U všech intervencí zapisuje činnost, kterou použila k realizaci. Všechny pokroky a neúspěchy pacienta každý den pečlivě zaznamenává. V tomto úseku je vhodné vycházet z Maslovovy hierarchie potřeb (viz příloha č. 8). Zde jsou nejdůležitější potřeby fyziologické, ke kterým patří uspokojování pocitu v oblasti stravování, vylučování a pohodlí. Pokud sestra dosáhne pozitivních výsledků v této oblasti, může postoupit na další úroveň. To znamená, že by se pacient měl cítit při hospitalizaci co nejlépe a mimo nebezpečí. Pokud se povede

zabezpečit tuto oblast, následuje naplnění pacientovy potřeby sounáležitosti a lásky. Pacient musí mít k ošetřujícímu personálu důvěru. Sestra by v něm měla udržovat pocit důležitosti a pečlivě dbát o to, aby pacient věděl, že sestra chápe a nepodceňuje vážnost jeho zdravotního stavu. Sem patří umění profesionální komunikace, ale i naslouchání a empatie. Důležitá je také podpora komunikace se spolupacienty a zajištění komunikace s rodinnými příslušníky. Pacient by neměl přijít o pocit, že někam patří a že ho hospitalizace nevyřadila ze společenského života, na který byl do té doby každodenně zvyklý. Musí být uspokojena jeho potřeba uznání. Péče sestry vždy musí vést k potřebě dosáhnout co nejlepších výsledků při léčbě.

Pacient má ale právo vyslovit svůj názor k poskytované léčbě. Poté lze přistoupit k uspokojení navazujících kognitivních potřeb, ke kterým patří potřeba člověka vědět, rozumět a zkoumat. Ta se uplatňuje v průběhu každého dne. Pacient by vždy měl vědět, co se s ním daný den bude dít, jak bude léčba probíhat a jaký časový úsek je k tomu potřeba vyhradit. S tím je možné přistoupit k naplnění předposlední potřeby estetické. Každý člověk má rád, když je okolo něj uklizeno a vše má nějaký řád. Provádí se desinfekce nočního stolku a každodenní stlaní lůžka v ranních hodinách, popřípadě i před uložením ke spánku. Vrcholem Maslowovy pyramidy je potřeba seberealizace. Po dokončení vyšetření a procedur v dopoledních hodinách je dobré nechat pacientovi volný čas k uspokojení seberealizace v oblasti jeho zájmů a pracovních činností (Trachtová, 2008; Ackley a Ladwig, 2011; Weber a Kelley, 2003)

Ve čtvrté fázi přistupuje sestra k samotné *realizaci* stanovených plánů ošetrovatelské péče. Jednotlivé kroky realizace by se měly provádět v určité posloupnosti. Při práci s pacientem je vhodné začínat od základních a jednoduchých úkonů, které pacient zvládne a povzbudí ho k další spolupráci. Poté lze postupně přidávat náročnější úkoly. Každou vykonanou činnost u pacienta sestra pečlivě zaznamená do ošetrovatelské dokumentace a posoudí, zda se může přistoupit k dalšímu kroku na cestě k uzdravení, nebo zda činnost vyžaduje delší opakování během následujících dnů, pokud došlo při realizaci plánu k obtížím. Pro realizaci je třeba vyčlenit dostatek času dle individuálních schopností pacienta, důležitý je pozitivní přístup a průběžná pochvala pacienta. Při rychlé a neempatické realizaci se může stát, že

pacient sestře přestane důvěřovat a ztratí zájem s ní nadále spolupracovat.

*Hodnocení* je poslední, pátou fází ošetřovatelského procesu. Shrnuje, jak celý ošetřovatelský proces probíhal, jak dané činnosti pacient zvládal, jak na ně reagoval a jaké bylo jeho psychické rozpoložení i fyzický stav. V konečném posudku sestra zapíše, zda došlo ke splnění určeného cíle, či k němu došlo jen částečně. Pokud se na konci hospitalizace jedná pouze o částečné naplnění cílů, měla by se sestra pokusit navrhnout další postup jejich naplnění rodinným příslušníkům a poučit je o realizaci plánu v domácí péči. Pokud rodina nechce či nemůže spolupracovat, sestra společně s lékařem doporučí možnost domácí pečovatelské služby nebo jiného zdravotně sociálního zařízení (Tóthová, 2009, Alfaro-Lefever, 2006).

Všechny fáze ošetřovatelského procesu se navzájem neustále prolínají. Mohou na sebe působit i jednotlivě vykonávané činnosti různých stanovených ošetřovatelských diagnóz, které se během hospitalizace pacienta provádějí.

Ošetřovatelský proces všeobecná sestra vykonává podle vlastního úsudku o možnosti zlepšení zdravotního stavu jednotlivých pacientů, ale vždy musí tyto činnosti navrhovat v souladu s lékařskou dokumentací a plánovanými lékařskými výkony.

### *1.3.2 Kvalita ošetřovatelské péče*

V posledních letech se pro všechna zdravotnická zařízení stala kvalita práce jedním z nejdiskutovanějších témat souvisejících s chodem celé instituce. Kvalitou ošetřovatelské péče se rozumí stupeň vykonávání služeb v ošetřovatelství a kvalita zvolených intervencí sestry, které jsou sestaveny podle platných norem jak po odborné, tak po technické stránce. V širším slova smyslu se kvalitou ošetřovatelské péče chápe celý soubor hodnotících hledisek, do kterých spadá účinná a především neškodící péče. Objektivizace je hlavní podmínkou pro dosažení kvalitní ošetřovatelské péče, která je jasně charakterizována v koncepci ošetřovatelství. Ta by měla být definována i v interních předpisech každého zdravotnického zařízení.

Pro měření a hodnocení kvality ošetřovatelské péče lze čerpat z několika zdrojů. Jsou to informace získané přímo od pacienta, z auditů, od externích odborníků

a z indikátorů kvality. Hodnocení kvality ošetrovatelské péče se provádí též v oblastech technologických, interpersonálních, ekonomických a psychologických.

Kvalita klinické a manažerské praxe se posuzuje pomocí vnitřního auditu, jehož součástí je i kontrola vedení ošetrovatelské dokumentace (Kilíková, 2009).

Vysoká kvalita služeb vede ke spokojenosti pacientů. Pro úpravu kvality zdravotnických zařízení je vhodné se řídit normou ISO 9001:2000, která se zabývá managementem kvality či ISO 2004, které je pro potřeby kvality nejrozšířenější (Madar a kol., 2004).

Pro všeobecné sestry se umění managementu může zdát jako nepotřebné. Je tomu však naopak. Sestra s manažerským přístupem, ať je to vrchní sestra, staniční sestra či všeobecná sestra u lůžka, může tuto schopnost v praxi použít pro lepší koordinaci práce a lepší pracovní výsledky své, i celého zdravotnického týmu. Vše závisí na její schopnosti plánovat, organizovat, umění vést a následně vše zkontrolovat. Na sestru manažerku působí mnoho vlivů, se kterými se musí vypořádat. Jsou to přímé vnější vlivy v podobě potřeb pacientů, dodavatelů materiálů a služeb či získávání nových výkonných pracovníků, kteří mohou pozitivně ovlivnit chod oddělení. Následují však i vnější vlivy nepřímé, kam lze zařadit rozvoj technologií, stav ekonomiky, politiky, změny ve zdravotnické legislativě, a to naší i nadnárodní, kulturní a sociální situace. To vše může přímo či nepřímo ovlivnit chod celé nemocnice i jednotlivých oddělení. Nemělo by se zapomínat ani na vliv vnitřního prostředí, které zahrnuje každodenní problémy manažera, jako je třeba plynulý chod oddělení. Proto se v každé organizaci stále rozvíjí strategie plánování. Strategické cíle se rozvíjejí na vrcholové úrovni managementu celé nemocnice a postupují až k manažerům jednotlivých klinik a oddělení. Ti je pak dle svých manažerských schopností zařazují do běžného provozu (Madar a kol., 2004).

### *1.3.3 Tři dimenze kvality*

Madar a kol. (2004) určili tři dimenze kvality zdravotních služeb. První z nich je kvalita služeb z pohledu klienta. Vychází z požadavků klientů na poskytovanou zdravotní péči. Druhá je kvalita služeb z profesionálního hlediska. Zda jsou z pohledu

zdravotnického personálu služby naplňovány s maximálním využitím současného stavu poznatků a postupů. Patří sem vhodné techniky a postupy při plnění potřeb pacientů. Třetí dimenzí je kvalita služeb z hlediska řízení. V této oblasti se personál zaměřuje na co nejefektivnější a nejekonomičtější využití zdrojů. Tato část se týká především staničních a vrchních sester. Vždy je potřeba mít na paměti, že hodnocení kvality služeb zahrnuje nejen spokojenost pacientů, ale také audity a zlepšování ekonomické situace snížením nepotřebných nákladů. Kvalitu zdravotní péče je tedy nutné chápat jako komplexní službu, která zahrnuje všechny tři zmíněné dimenze.

Snaha o co nejlepší péči začíná již u příjmu pacienta k hospitalizaci, pokračuje i vytvářením příjemného prostředí, kvalitou stravování, bezpečím pacienta, srozumitelným podáváním informací a především organizací péče tak, aby sestra pacientům co nejvíce zpříjemnila pobyt v nemocnici a ti si nepřipadli přehlíženi (Madar a kol., 2004). Pro správné fungování standardizované ošetrovatelské péče je zapotřebí i dostatečná komunikace s pacientem a jeho rodinou. Měla by se odvíjet ve všech bodech péče o pacienta a to během přijímání pacienta do zdravotnického zařízení, v průběhu hospitalizace a poskytování péče, během dočasného pobytu pacienta v jiném zařízení, než byl přijat, ale také při přípravě pacienta na propuštění a při samotném propuštění ze zdravotnického zařízení (Marx, 2005).

Každá všeobecná sestra by se měla na svém oddělení zajímat o neustálé zlepšování kvality. Ke správné realizaci je vhodné se řídit Damingovým kruhem (viz příloha č. 8) pro zlepšení kvality skládajícím se ze čtyř fází. Prvním krokem je vypracování plánu aktivit zlepšování. Navazuje samotná realizace plánovaných činností. Třetím bodem je analýza a monitoring dosažených výsledků zavedené změny. Konečná fáze spočívá v reakci na dosažené výsledky a provedení vhodných změn v ošetrovatelském procesu (Madar a kol., 2004).

#### *1.3.4 Systémy řízení a zajištění kvality*

Existuje několik systémů řízení a zajištění kvality. Prvním z nich je Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Ta vznikala v USA v roce 1951 a sleduje úroveň a kvalitu zdravotnictví. Nemocnice jsou komisí hodnoceny

podle 500 ukazatelů během čtyř dnů. Komise nahlíží do dokumentací a ptá se pacientů i zdravotnického personálu. Její prioritou jsou práva pacientů, etika, výchova, přenos informací, práce sester a lékařů, ale i celé řízení nemocnice. Příbuznou organizací je Joint Commission International Accreditation (JCIA), která v roce 1999 vydala mezinárodní standardy zaměřené na pacienta a standardy orientované na funkci celé zdravotnické organizace.

V České republice vznikla v roce 1997 Spojená akreditační komise (SAK). Ta postupuje podle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR, který stanovil standardy složené z deseti oblastí. Tato akreditace však není moc využívána vzhledem k tomu, že SAK není akreditována v ČR ani v EU a cena jejího auditu je vysoká.

Většina nemocnic proto přistupuje k certifikaci podle normy ISO. Norma ISO 9000 je postavena na osmi obecných zásadách. Je to orientace na klienta i všechny zaměstnance, moderní management, systémový přístup, zajištění permanentního vylepšování, aplikace procesů, analýza informací a usilování o partnerství.

Dalším systémem pro zlepšování kvality je strategie Total Quality Management (TQM). Hlavní zásady této strategie v oblasti zdravotnictví jsou orientovány na uživatele péče – na pacienty, odstranění profesionálních bariér, týmovou spolupráci a na řízení zaměstnanců. Vše musí směřovat k uspokojení potřeb klienta.

Poslední systém patří Evropské nadaci pro řízení kvality, která byla založená v roce 1998 - European Foundation for Quality Management (EFQM). Tato nadace směřuje instituce ke zvyšování kvality péče, spokojenosti klientů i zaměstnanců a především podporuje management institucí ke zvyšování prestiže celé jejich organizace (Madar a kol., 2004).

### *1.3.5 Kvalita a její hodnocení*

Existuje mnoho definic kvality. Philip B. Crosby (Madar a kol., 2004, s. 33; World Health organization, 2014) řekl, že jakost je shoda s požadavky. Joseph M. Juran (Madar a kol., 2004, s. 33; World Health organization, 2014) určil kvalitu jako způsobilost pro užití. Za nejdůležitější se považuje definice A. V. Feigenbauma. Ten prohlásil (Madar a kol., 2004, s. 33; World Health organization, 2014): Jakost je to, co

za ni považuje zákazník. Každý člověk může mít na jednu konkrétní věc jiné požadavky kvality. Platí to všude a není tomu jinak ani ve zdravotnictví. Každý člověk má jinou stupnici náročnosti (Madar a kol., 2004). World Health Organization (WHO) definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (Madar a kol., 2004, s. 33, World Health organization, 2014).

Jedním ze způsobů, jak může být zdravotní organizace ohodnocena je Cena za kvalitu – Národní cena Malcolma Baldrige. Toto prestižní ocenění získávají zdravotnická zařízení za dobrovolné aktivity, u kterých byla splněna kritéria určená obvykle Organizací pro národní cenu za jakost.

Jako další ocenění mohou zdravotní organizace získat certifikát kvality za dodržení požadavků vyplývajících z ISO 9001:2000. Třetím hodnocením kvality služeb jsou akreditace zdravotních zařízení (Madar a kol., 2004).



## **2 Prvky pro naplnění kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče**

Pod prvky pro naplňování kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče byly v této práci zařazeny: ošetrovatelský proces, standardy, audity, etické kodexy a práva pacientů. V následujících podkapitolách jsou tyto vybrané prvky podrobněji popsány.

### **2.1 Standardy**

Každá nemocnice má vypracované své standardy pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče. Všechna oddělení se těmito standardy musí řídit a dodržovat je. Toto dodržování standardů by pak mělo zajistit spokojenost všech pacientů, kterým zařízení poskytuje ošetrovatelskou péči.

Vašátková a Ulrychová ve svém článku udávají tuto definici: „Standard je odborníky odsouhlasená úroveň poskytované péče, která respektuje dostupné zdroje a vzniká nadefinováním podmínek pro poskytování péče, připojením jednoznačných kritérií / indikátorů kvality. Je to určité jednotné měřítko pro hodnocení kvalitativní úrovně poskytované péče“ (Vašátková, Ulrychová, 2007, s. 21-22).

Obsah ošetrovatelských standardů a postup při jejich naplňování není stanoven žádným právně závazným předpisem. Můžeme však při jejich zpracování v určitých oblastech vycházet ze zákona č.372/2011 Sb. o zdravotních službách. Při jejich vytváření je nutné respektovat systém vnitřních norem jednotlivých pracovišť dle jejich odborného zaměření. Individuální kritéria daných oddělení by měla být stanovena co nejpřesněji. Pomocným vodítkem pak mohou být vytyčené cíle, kterých chce zdravotnické zařízení během péče o pacienta dosáhnout (Marx, 2005).

„Ošetrovatelský standard je platná definice kvalitní ošetrovatelské péče. Určuje závaznou normu, umožňuje objektivní hodnocení, poskytuje pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání sestry před neoprávněným postihem“ (Vašátková, Ulrychová, 2007, s. 21-22).

## 2.2 Audity

Pro kontrolu dodržování platných ošetrovatelských standardů se v nemocnicích se středním a vyšším managementem provádějí kontrolní audity. Jeho definice podle Vašátkové a Ulrychové (2007, s. 21-22) zní: „Audit je systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu a objektivní hodnocení s cílem stanovit rozsah, v němž jsou splněna kritéria.“ Aby management nemocnice mohl plánovat, přehodnocovat a zlepšovat činnost a kvalitu nemocnice jako celku, potřebuje k tomu objektivní údaje o chodu jednotlivých pracovišť.

Audity mohou být vnitřní - interní, prováděné personálem konkrétní nemocnice. Ty probíhají na odděleních za účelem najít chyby a pomoci tak oddělením bezprostředně tyto nalezené chyby odstranit. Jako druhá kontrola se pak provádějí audity z vnějšího prostředí - externí audity, které bývají obvykle přísnější. Jejich účelem je kontrola celého nemocničního komplexu v rámci hospodaření, kvality poskytování služeb a dodržování standardů (Vašátková, Ulrychová, 2007).

Další dělení auditů může být z hlediska provozního plánování. Plánovaný audit se stanoví na určité období a provádí se v celé nemocnici. Pokud je vyhodnocení auditu neuspokojivé, přichází na řadu audit neplánovaný, který zjišťuje úroveň nápravy chyb z předchozí kontroly.

Za třetí se provádí dělení auditů z hlediska průběhu v čase. Retrospektivní audit může být proveden i po propuštění pacienta z nemocnice. Souběžný audit, který se provádí v průběhu ošetrovatelské péče o pacienta, kontroluje jak dokumentaci, tak i péči o pacienta. (Mullerová, 2006).

Pokud se v nemocnici na nějakém oddělení vysloví slovo audit, často vyvolá malou paniku. Bude tomu tak asi vždy, ale auditorům nejde o vystrašení zaměstnanců. Jejich cílem je zhodnotit pokroky oddělení, které se staly mezi jednotlivými audity a popřípadě upozornit na chyby, které se pak snadno napraví. Audit pomáhá ke zvyšování kvality jednotlivých oddělení, ale i celé instituce. Auditori mají předem vypracovaný plán kontroly, podle kterého postupují. Pokud zdravotnická zařízení dodržují standardy a směrnice a řídí se pokyny ředitele, nemusí se takové kontroly obávat (Škrla, 2003).

Složení týmu auditorů může být různé. Vedoucí auditor může být ze zařízení, kde je prováděn audit, ale může se jednat i o externistu. Vždy však musí být proškolen a musí mít platný certifikát auditora. I počet auditorů se může lišit. Záleží na velikosti instituce. Doporučují se však minimálně dva auditori. Jeden z auditorů by pak měl být specialista v daném oboru, pro dané oddělení, kde je kontrola prováděna. Vedoucí auditor vždy zařizuje přípravu potřebné dokumentace a výsledné zpracování závěrečné zprávy. V jeho kompetenci je i sestavení celého týmu auditorů z oblasti specialistů. Každý auditor musí být dokonale informován v oblasti terminologií, standardů a norem. Všechny výsledky auditů na odděleních by měly každou sestru zajímat. Ta by se pak měla řídit doporučeními ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče (Mullerová, 2006).

### **2.3 Etické kodexy**

Jedním ze znaků dobře prováděné ošetrovatelské péče je respektování práv pacientů a etických kodexů sester (Kilíková, 2009).

Již Hippokrates za svého života v letech 460 – 380 př. n. l. definoval základní pravidla, jak se musí chovat lékař k pacientům, podle kterých se lékaři řídí dodnes. Zní následovně: „Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné“ (Kopečná a kol., 2009, s. 20). V minulosti byl vztah lékaře s pacientem spíše nadřazený. Pacient k lékaři přicházel pro pomoc a zcela se svěřil do jeho rukou. V dnešní době je tomu spíše naopak, jejich vztah je rovnocenný (Krajdlová, 2003).

Mezinárodní rada sester (ICN) poprvé přijala Mezinárodní etický kodex sester v roce 1953. Jeho poslední revize byla provedena roku 2005. „Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012 (Etický kodex ICN, 2012).“

Sestry po celém světě mají čtyři základní povinnosti, mezi které patří podpora a navrácení zdraví, předcházení nemocem a zmírňování utrpení. Při poskytování ošetrovatelské péče by každá sestra měla respektovat lidská práva, pod která spadá

i právo na život a možnost volby, kulturní právo a neodmyslitelné právo na důstojnost a úctu. Sestra musí respektovat všechny lidi bez ohledu na věk, pohlaví, sexuální orientaci, barvu pleti, vyznání a kulturní odlišnosti, zdravotní znevýhodnění a nemoc, národnost, politické přesvědčení, rasu či sociální postavení. Sestra též poskytuje svou péči nejen jednotlivci, ale i celým rodinám či komunitám.

### 2.3.1 Části etického kodexu (*Etický kodex ICN, 2012*)

Etický kodex se skládá ze čtyř hlavních částí. První článek kodexu *Sestra a lidé* stanoví povinnost všeobecné sestry poskytnout pomoc všem lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Další oddíl stanovuje, že sestra vytváří vhodné prostředí při ošetrovatelské péči a respektuje při ní lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení pacientů, rodin a komunit. Jedním z nejdůležitějších bodů je dodržování povinné mlčenlivosti. Sestry i společnost mají povinnost uspokojovat zdravotní a sociální potřeby pacientů, veřejnosti i z ohrožených skupin. Sestra se též podílí na zachování kvality životního prostředí.

Tématem druhého článku je *Sestra a ošetrovatelská praxe*. Každá sestra má povinnost udržovat si dostatečnou kvalitu vzdělání a z toho plynoucí odpovědnost za poskytovanou ošetrovatelskou péči. Měla by být schopna posoudit své znalosti a dovednosti vyplývající z jejich povinností. Aby sestra mohla plnit body kodexu, měla by pečovat o své zdraví. Při péči o pacienta sestra vždy dodržuje pravidla slušného chování, dbá na bezpečí, důstojnost a dodržuje práva pacientů.

Třetí článek pod názvem *Sestra a profese* obsahuje tři body. Prvním z nich je dodržování ošetrovatelských standardů a podílení se na jejich vytváření a používání v praxi. Každá sestra se aktivně podílí na rozvoji svých odborných znalostí v daném oboru. Dalším bodem práce sester je podílet se na zachování a vytváření bezpečných pracovních podmínek nejen pro sebe, ale i v rámci celého pracovního kolektivu.

Čtvrtým a posledním článkem je *Sestra a spolupracovníci*. Nejdůležitější podmínka dobrého pracovního výkonu sestry je rozvoj dobrých pracovních vztahů nejen mezi sestrami, ale i s lékaři na jejím oddělení. Respektuje pokyny ošetřujících lékařů, ale nebojí se vyslovit svůj názor (*Etický kodex ICN, 2012*).

## **2.4 Práva pacientů**

Práva pacientů v České republice vycházejí z Ústavy a Listiny základních práv a svobod. Jedním z hlavních zákonů je zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pro pacienta je zde nejdůležitější část čtvrtá, která se zabývá postavením pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Pacient se zde může mimo jiné dočíst o právech a povinnostech svých a jiných osob. Tato část se skládá z následujících úseků: práva pacienta, informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách, poskytování zdravotních služeb se souhlasem, dříve vyslovené přání, utajený porod, hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu, použití omezovacích prostředků a v neposlední řadě povinnosti pacienta a jiných osob (Czechmed, 2008).

Podle Českého statistického úřadu je ročně v České republice hospitalizováno téměř 2 miliony 200 tisíc pacientů (Český statistický úřad, 2012). Každému z nich jsou po příchodu do zdravotnického zařízení a stabilizaci jeho zdravotního stavu předložena k přečtení práva pacientů. Ne všichni však tomu věnují dostatečnou pozornost a je proto otázkou, kolik z nich opravdu ví, na co mají při hospitalizaci právo. I tato otázka je obsahem výzkumné části této práce. Pokud totiž pacient zná svá práva, dají se mnohem lépe řešit potencionální neshody při jeho léčbě v nemocničním zařízení. Má-li pacient pochybnosti o postupu léčby svého zdravotního stavu a zná svá práva, může se s daným problémem obrátit na Českou lékařskou či Českou stomatologickou komoru, popřípadě na patientská sdružení a centra. Než se však uchýlí k těmto krokům, měl by své pochybnosti nejprve řešit s ošetřujícím lékařem či jeho nadřízeným (Czechmed, 2008).

Druhým zákonem, který může pacientům ulehčit hospitalizaci je Zákon č. 1/2015 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který nahradil zákon č.48/1997 Sb.

## **2.5 Etický kodex práv pacientů**

Pro starší pacienty může být soupis práv pacientů hůře přehledný a těžce srozumitelný. Proto Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky navrhla a uvedla v platnost dne 25. 2. 1992 „Etický kodex práv pacientů“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, cit. 2014-04-10). Tento kodex vyplývá z ustanovení Listiny práv

a svobod. Má jedenáct bodů a slouží k lepšímu porozumění a následně lepší spolupráci mezi lékařem a nemocným.

První bod zní. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Druhý bod uvádí. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Třetí bod zní. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

Čtvrtý bod uvádí. Pacient má právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V pátém bodě se uvádí, že v průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Šestý bod uvádí, že pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné.

V sedmém bodě je popsáno právo pacienta očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné

zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí příjem nejprve schválit.

V osmém bodě má pacient právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Předem má právo vědět, jací lékaři jsou mu k dispozici.

Devátý bod uvádí, že má pacient právo na podrobné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení tohoto postupu. Pacient může kdykoliv z experimentu odstoupit, pokud byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

V desátém bodě má nemocný v závěru života právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Jedenáctý bod práv pacientů zní: Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí. Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Cit. 2014-04-10).

### **3 Způsob dokumentování ošetrovatelské péče**

#### **3.1 Dokumentace**

Posledním krokem pro kvalitní naplnění kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče je dobře vedená ošetrovatelská dokumentace pacienta. Ta slouží především k lepšímu přehledu ošetrovatelského personálu o poskytované ošetrovatelské péči, ale také chrání sestry před stížnostmi pacientů na kvalitu péče. Vedení a uchovávání zdravotnické dokumentace je stanoveno zákonem č. 372/2011 Sb. - Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a navazující vyhláškou o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb.

Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné všeobecnou sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Tato dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Musí být vedena čitelně, pravdivě a průkazně. Je pravidelně doplňována dle aktuálních změn léčby a stavu pacienta (Vondráček, Bouška, 2004).

##### *3.1.1 Význam ošetrovatelské dokumentace*

Dobré vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá chránit pacienty tím, že bude zajišťovat standard ošetrovatelské péče a její kontinuitu, lepší komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového zdravotnického týmu, přesný popis plánu péče a poskytované péče a možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta.

Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet a vpisovat jen pověřené osoby. Důkladné a pravdivé vedení zdravotnické dokumentace dokáže zásadním způsobem napomoci při eventuálním řešení soudního sporu s pacientem. Dokumentace může posloužit jako důkazní materiál. Uvedení nepřesných nebo nepravdivých záznamů může naopak zdravotnické zařízení výrazně poškodit (Ščepoňová, 2009).



### 3.1.2 *Formy ošetrovatelské dokumentace*

V současné době existují dvě formy vedení dokumentace. První z nich je dokumentace prostřednictvím online systému, kam zapisují své údaje sestry i lékaři společně dle časového pořadí. Druhá forma odděluje dokumentaci sesterskou od lékařské. Odpůrci této formy však tvrdí, že tento systém je již zastaralý, protože sesterské záznamy kromě sester nikdo jiný nečte.

Podle zákona a navazující vyhlášky musí zdravotnická dokumentace obsahovat osobní údaje daného pacienta, které jsou nutné pro identifikaci pacienta a zjištění jeho anamnézy. Dále poskytuje informace o onemocněních pacienta, o průběhu léčby a výsledcích prodělaných vyšetření. V dokumentaci musí být též zaznamenány i ostatní okolnosti, které se vyskytly během hospitalizace a souvisejí se zdravotním stavem pacienta a s jeho následnou péčí.

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí být označena identifikací pacienta a druhem zařízení, které tuto dokumentaci vytvořilo (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003). V praxi k tomu slouží předtištěné identifikační štítky přiřazené ke každému pacientovi.

Základní složkou sesterské dokumentace je ošetrovatelská anamnéza, která se provádí do 24 hodin u každého pacienta, který je přijat k hospitalizaci. Každý zápis v ošetrovatelské dokumentaci musí být pravdivý, čitelný a průkazný. Každý záznam musí být v daném dni veden pod časovým údajem a vždy musí obsahovat čitelný podpis sestry, která záznam provedla. Též platí, že chybný záznam musí být přeškrtnut jednou čarou, aby zůstal stále čitelný, a u opravy musí být uvedena doba opravy a podpis sestry, která záznam provedla.

V zákoně č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů jsou uvedeny kroky jak zacházet s osobními a citlivými údaji získanými od pacienta. Pro sestru tento zákon znamená, že se může pacienta ptát a zapisovat do anamnézy jen údaje potřebné pro poskytování plnohodnotné ošetrovatelské péče. Veškeré získané osobní údaje o pacientech sestra nesmí zveřejňovat a nijak je zneužívat a musí zachovávat povinnou mlčenlivost o všem, co se dozvěděla v souvislosti se svým zaměstnáním. Pokud ošetrovatelský personál poruší mlčenlivost či zneužije osobní údaje pacienta, může být

potrestán pokutou, zákazem činnosti až odnětím svobody (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Sestry si při střídání svých služeb předávají tzv. hlášení sester. Toto hlášení může probíhat v ústní či písemné formě a mělo by obsahovat momentální stav opiátů v trezoru, který se shoduje se záznamem v tzv. *opiátové knize*, ale především důležité informace o pacientech, o které se sestra starala v průběhu své služby, a jiných závažných událostech, které se během dne staly a mohou mít vliv na chod oddělení (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Zdravotnická dokumentace není majetkem pacienta, ani osoby, která se na její tvorbě podílela. Je majetkem daného zdravotnického zařízení, které dokumentaci pořídilo za účelem jejího vedení.

Dalším důležitým bodem pro správné zacházení se zdravotnickou dokumentací jsou pravidla pro nahlížení do dokumentace pacienta. Dle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet či si pořizovat kopie dokumentace jak samotní pacienti a jejich zákonní zástupci, tak jejich rodinní příslušníci uvedení v informovaném souhlasu s hospitalizací, ale jen pod dohledem člena ošetrovatelského týmu. Dále mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, osoby posuzující zdravotní stav pacienta pro účely sociálního zabezpečení, osoby podílející se na evidenci a kontrole sdělování údajů do Národního zdravotnického informačního systému, soudní znalci, veřejní ochránci práv, členové delegace Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskosti. A v neposlední řadě i osoby získávající způsobilost k výkonu povolání, jako jsou budoucí zdravotní sestry a lékaři (AION, Zákony pro lidi, cit. 2014-04-10).

Protože jsou ve zdravotnické dokumentaci zaznamenány důležité informace o léčbě a zároveň obsahuje citlivá data, musí se chorobopis s celým svým obsahem po ukončení pacientovi hospitalizace pečlivě uschovat a to na dobu 100 let, aby mohly být tyto záznamy v případě nutnosti znovu použity (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

## 3.2 Klasifikační systémy

Ošetřovatelství jako věda se stále rozvíjí. Je známo stále více nových informací a dochází k rozvoji metod ošetřovatelství. Na ošetřovatelský personál jsou kladeny stále větší požadavky na kvalitu, ale i kvantitu ošetřovatelských postupů. Proto se odborníci v teorii i praxi ošetřovatelství rozhodli všechny tyto pojmy správně pojmenovat a kategorizovat. Vznikly proto klasifikační systémy a taxonomie. Ty v letech rozvoje ošetřovatelství velice usnadnily práci a napomohly ke kvalitnímu rozvoji ošetřovatelství jako vědy. V dnešní době existuje v mezinárodním měřítku mnoho klasifikačních systémů. Nejzákladnějším a nejvíce používaným se stala Aliance 3 N, ve které se spojily tři klasifikace: NANDA, NIC a NOC (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

### 3.2.1 NANDA taxonomie I a II

Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostiku – NANDA International vytvořila úplný a především široce uplatnitelný diagnostický systém pro všechny ošetřovatelské specializace, který pomáhá sestřám vyhledávat, hodnotit, zmírňovat a odstraňovat ošetřovatelské problémy, které se u pacientů během péče vyskytnou, a následně naplnit jejich chybějící potřeby. Tento systém specifikuje jednotlivé diagnózy dle diagnostických prvků. Veškerá pojmenování ošetřovatelských diagnóz jsou řazena pod číselnými kódy a jsou vymezena v mezinárodní klasifikaci ošetřovatelských diagnóz NANDA International (Marečková, 2006).

Jedná se o vhodnou pomůcku jak zhodnotit pacientův stav z hlediska ošetřovatelské péče a jak zhodnotit, naplánovat a napravit, či pomoci k nápravě všech chybějících faktorů, které přispívají k naplnění všech potřeb pacienta/klienta.

V předchozím odstavci byl záměrně použit pojem „pacient/klient“. V našich nemocničních zařízeních se ještě ve velké míře setkáváme s pojmenováním ošetřované osoby jako s pacientem. V zahraničí je preferovanější pojem klient. Toto označení pacienta jako klienta se k nám dostalo již v 90. letech 20. století, ale dodnes se toto označení zcela neuchytilo.

Ošetřovatelský problém vzniká z potřeb pacienta, které sestra objeví během

ošetřovatelské péče. Tyto problémy se dají rozdělit dle vážnosti na dysfunkční, potenciálně dysfunkční a na potřebu edukace člověka. Ošetřovatelské problémy sestra označí pomocí standardizovaného názvu jednotlivých ošetřovatelských diagnóz a přiřadí kód podle taxonomie II, která je rozdělená do domén. Diagnostické domény se skládají ze třinácti projevů chování člověka. Pro lepší zařazení konkrétních potřeb jsou domény děleny do tříd (Marečková, 2006; Asklaby a Ladwig, 2011).

NANDA International má za cíl zdokonalovat a rozvíjet terminologie, které odrážejí rozhodovací schopnosti sester v klinické praxi. Zaměřuje se především na bio-psycho-sociální a spirituální oblast. Od vzniku asociace NANDA v roce 1982 došlo k několika změnám. První z nich bylo její rozšíření za hranice USA. Dalším významnou změnou bylo přepracování systému s názvem NANDA II. V roce 2000 se změnilo její zaměření. Marjory Gordonová nahradila termín vzorce lidského chování termínem vzorce zdraví Marjory Gordonové (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

V ČR se začala používat NANDA II od roku 2005. Zasloužila se o to doc. Jana Marečková, proděkanka Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Ta převedla diagnózy z anglického jazyka a přidělila jim číselný kód. Následně vznikla kniha Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. V knize jsou vypsány určující znaky a související rizikové faktory k jednotlivým diagnózám. Stanovené diagnózy se dělí do tří základních skupin. Jsou to aktuální diagnózy, kdy sestra určí nynější dysfunkci z odebrané anamnézy, najde určující znaky vzniklé dysfunkce a vyhledá související faktory a v poslední řadě stanoví cíl, kterého chce u pacienta dosáhnout. Dále potenciální diagnózy, kde sestra předvídá možné riziko vzniku potíží pacienta. U této diagnózy si sestra určí cíl, aby potencionální riziko vzniku obtíží nenastalo. A konečně edukační diagnóza, která slouží jako prevence a podpora zdraví. Zde sestra vymezí určující znaky, související faktory, cíle, intervence a výsledné hodnocení (Ščepončová, 2009).

#### NANDA II taxonomie

Současná struktura sesterských diagnóz NANDA se označuje jako Taxonomie II a má 13 domén.

První doména podpora zdraví vymezuje, jaké povědomí mají pacienti v oblasti podpor zdraví. Co pacient využívá ke zlepšení svých funkcí. Druhou doménou je *výživa*. Do této skupiny patří aktivity při přijímání potravy a živin k doplnění energie organismu. Třetí doména se týká *vylučování odpadních látek* z těla. Ve čtvrté doméně *o aktivitě a odpočinku* se jedná o uchování a rozdělování lidské energie pro správné fungování organismu. Pátá doména *vnímání a poznávání* určuje, jak člověk zvládá pracovat se získanými informacemi, jakou má schopnost pozornosti, poznání, vnímání a komunikace. Šestá doména *vnímání sebe sama* hodnotí povědomí o sobě, o obrazu svého těla a sebeúctě. Domény sedm a osm řeší *vztahy a sexualitu*. Devátá doména se týká *zvládání zátěže a odolnosti vůči stresu*. Desátá doména pojednává o *životních principech*, které tvoří základ pro chování, jednání a myšlení jedince. Jedenáctá doména se věnuje *bezpečnosti a ochraně jedince*, jak člověk zvládá vyvarovat se úrazu či poškození imunitního systému. Dvanáctá doména *komfort* sleduje pocit duševní, tělesné a sociální pohody nebo klidu. Třináctá doména *růst a vývoj* vymezuje růst těla, orgánových systémů a dosažený stupeň vývoje (Marečková, Jarošová, 2005).

Mezinárodní číslování názvů ošetrovatelských diagnóz kódy je celoplošně bráno jako standardní pojmenování ošetrovatelských problémů. Ošetrovatelské problémy, na které upozorní sám pacient, či jsou vyzozorovány sestrou, mohou být aktuální, potenciální či edukační. To znamená, že u pacienta není uspokojena jedna či více základních potřeb (Marečková, 2006; Ackleby a Ladwig, 2011).

### 3.2.2 NIC a NOC

#### *NIC*

Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí *NIC* (Nursing Intervention Classification) poskytuje souhrn standardizované klasifikace intervencí. Pod tímto termínem si můžeme představit činnosti, které sestry během své péče poskytují. Klasifikace *NIC* byla vytvořena roku 1987 a o pět let později byla vydána její první publikace, která do dnešní doby prošla již šestým přepracováním. Toto dílo obsahuje 554 intervencí, které napomáhají sestřím při ošetrovatelské péči (Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

## *NOC*

Klasifikace NOC (Nursing Outcomes Classification) vznikla v roce 1991 a o šest let později byla vydána její první publikace. Poslední přepracované vydání je z roku 2012 a jeho obsahem je 490 očekávaných výsledků ošetrovatelské péče (Bocková, Marečková, 2011).

Klasifikaci *NOC* je vhodné použít pro klasifikaci vhodných ošetrovatelských cílů v péči o pacienta s danou ošetrovatelskou diagnózou. Je brána za standardizovaný ošetrovatelský jazyk této problematiky. Umožňuje vhodné hodnocení vlivů ošetrovatelských intervencí. Můžeme ji též využít jako měřítko stavu pacienta v průběhu celého jeho pobytu v ošetrovatelském zařízení (Bocková, Marečková, 2011).

Autoři publikace *Nursing Outcomes Classification* (NOC) se v rámci konceptuálního modelu výsledků zamýšlejí nad celou řadou otázek souvisejících s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče. Řeší benefity pacienta získané poskytovanou zdravotnickou péčí, zda je poskytovaná péče stejně kvalitní ve všech zdravotnických zařízeních, jaké lze očekávat výsledky péče a pokud nejsou výsledky adekvátní, jaké změny je potřeba realizovat za účelem jejich zlepšení (Bocková, Marečková, 2011).

Při hodnocení výsledků pacienta a stanovení jejich kvality musíme brát v úvahu tři základní složky podílející se na výsledcích ošetrovatelské péče. Jsou to: pacient, systém péče a poskytovatel ošetrovatelské péče.

Jednotlivé výsledky klasifikace musejí obsahovat definici, seznam indikátorů, pětibodovou měřící Likertovu škálu a posledním prvkem je seznam použitých literárních zdrojů.

## *Aliance 3 N*

Propojením NANDA taxonomie, NIC a NOC v roce 2000 vznikla Aliance 3 N. Za zakladatelky jsou považovány Dorothy Jonesová a Joanne Dochermanová. Z mnoha světových výzkumů vyplývá, že toto propojení je velice prospěšné pro plnění ošetrovatelské péče a dosahování kvalitních výsledků. Umožnilo komplexní popis pro vykonávání ošetrovatelské praxe. Souvisí to i s faktem rozvoje využívání

elektronizace dat ve zdravotnictví (Bocková, Marečková, 2011; Pospíšilová, Kyasová, Juřeníková, 2012).

V roce 2009 bylo dotazníkovou metodou zjištěno, že povědomí všeobecných sester o klasifikačních systémech NANDA International, NIC a NOC je poměrně malé, a to i u vysokoškolsky vzdělaných sester.

## **4 Pracovní prostředí**

### **4.1 Sestra a stres**

V dnešním uspěchaném a stále se rozvíjejícím světě je stres běžnou součástí života každého člověka.

Stres je systém reakcí nebo dějů, které se odehrávají v našem těle. Tento stav připravuje tělo na boj či útěk. Stresová reakce může pomoci, ale také ublížit. Pokud je stres trvalý, má neblahé účinky na celý organismus. Je to například vysoký krevní tlak, svalové napětí, které způsobuje bolest hlavy a páteře, či celkové vyčerpání organismu. Působení stresu vytváří civilizační choroby jako je infarkt myokardu či cévní mozková příhoda (Rezková, 2003).

Stres se dělí na psychický a fyzický, ale oba jsou vzájemně propojené, co začíná jako fyzický stres, vyvolá i reakci psychickou, a naopak. Na vzniku stresu se podílí mnoho faktorů. Bývá to především při změně pracovního prostředí, nedostatku času pro vyváženou stravu, neočekávané životní situace, úzkost a strach z pochybení, chaotický životní styl.

Na osobnost sestry jsou kladeny vysoké nároky. Každá sestra musí být velice psychicky odolná, protože je každý den v kontaktu s lidským utrpením. Sestra se tak může dostat do situace, kdy na ní ve velké míře působí emocionální stres vyvolaný stavem jejich pacientů. Dále se musí vyrovnat i s běžnými konflikty v pracovním kolektivu, a to jak s nadřízenými, tak s kolegy na oddělení. Pokud se jedná o konflikt konstruktivní, vede to ke zlepšení pracovních podmínek, zatímco konflikty destruktivní působí jako stres a snižují pracovní schopnost zúčastněných. V boji proti stresu na pracovišti je velmi účinnou zbraní sestry manažerky správná motivace podřízených

sester.

Pro udržení psychického zdraví by sestry měly dodržovat několik pravidel. Především je to dostatečný spánek, doporučuje se optimálně 8 hodin nerušeného spánku. Další nezbytností je zdravá výživa a dostatek tekutin, na které zdravotní sestry velice často zapomínají. Pozitivní náladu vyvolá i vyplavení endorfinů při jakémkoliv sportu (Šusterová, 2009).

V České republice bylo provedeno mnoho výzkumu o spokojenosti všeobecných sester v práci. Bártlová (2006) ve svém výzkumu s názvem *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice* zjistila, že polovina sester je spokojena se svou prací. Sestry ve 44,4 % uvedly, že se svou prací jsou spokojeni jen někdy. Jako nejdůležitější faktor spokojenosti v práci sestry uvedly dobré vztahy na pracovišti. Jako druhý nejdůležitější faktor spokojenosti uvedly různorodost práce.

#### **4.2 Vztah sestra - lékař**

I když mají sestry ve srovnání s minulostí mnohem více kompetencí, z pohledu lékařů není často pohlíženo na sestry jako na součást týmu. Málokterý lékař umí jednat se sestrou jako týmový hráč (Feik, 2010).

O tom pojednává i výzkum s názvem *Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři* od autorek Bártlová a Trešlová (2010). Zde byly zjišťovány zkušenosti sester se vztahy s lékaři v celé České republice. Uvádějí špatné chování lékařů k sestram, nadřazenost a neprofesionální chování. V současné době však můžeme na odděleních pozorovat zlepšení v komunikaci mezi sestrami a lékaři. Vždyť sestry jsou u pacienta téměř neustále a jsou často první, které zaznamenají změnu v jeho zdravotním stavu a dokáží včas a adekvátně zasáhnout pro zlepšení jeho zdraví (Bártlová a kol., 2010).

#### **4.3 Vztahy na pracovišti**

Vztahy na pracovišti jsou ovlivňovány mnoha faktory. Jedním z nejdůležitějších je pracovní prostředí. Pokud na zaměstnance prostředí působí příjemným dojmem, pozitivně ovlivní zdravotnický personál, který následně může přenést spokojenost i na hospitalizované pacienty. A tím jim zpříjemnit pobyt a pozitivním přístupem ukrátit



dobu uzdravování (Baumon, 2007; Bártlová, 2010). Kromě toho necítí potřebu vyvolávat v kolektivu konflikty a vše řeší s větším klidem.

Pozitivní pracovní prostředí lze ovlivnit několika způsoby. Vše začíná u výběru nových zaměstnanců a na způsobu jejich motivace, aby v nové práci vydrželi co nejdéle a s co nejlepšími výsledky. Vedoucí pracovník by měl dát všem svým podřízeným prostor k rozvoji jejich vědomostí v oboru a za jejich snahu by je měl dostatečně finančně ohodnotit. Dalším motivačním krokem je materiální vybavení oddělení a dostatek pomůcek, které pak pozitivně ovlivní bezpečné prostředí na pracovišti.

# Výzkumná část

## 5 Cíl práce, hypotézy

### 5.1 Cíl práce, výzkumná otázka

Prvním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak a za jakých podmínek jsou v praxi naplňována kritéria poskytované ošetrovatelské péče sestrami o pacienta.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, jak je vnímána ošetrovatelská péče a její kvalita samotnými pacienty.

### 5.2 Hypotézy

H 1: K naplňování kritérií ošetrovatelské péče dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích.

H 2: Pacienti hodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry.

H 3: Reakce sestry na specifické požadavky pacientů je dostatečně rychlá.

H 4: Počet všeobecných sester během služby je nedostačující.

H 5: Kvalita poskytované péče závisí také na psychickém rozpoložení sestry.

H 6: Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta.

## 6 Metodika výzkumu

### 6.1 Použité metody a techniky výzkumu

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření. Data byla získána dotazníkovou metodou (viz přílohy č. 1 a 2). Tato metoda byla zvolena s ohledem na její validitu a objektivnost.

Respondenty byli pacienti a všeobecné sestry interních oborů tří odlišných pražských nemocnic. Celkem všeobecné sestry odpovídaly na 25 otázek. Pacienti lůžkových oddělení celkem odpověděli na 15 otázek. Při statistickém hodnocení jednotlivých otázek byli vždy vyřazeni ti respondenti, kteří na danou otázku neodpověděli. Získaná data byla zpracována do grafů pomocí programu Microsoft Excel.

Otázky přímo se vztahující ke stanoveným hypotézám H 1 - H 6 byly statisticky vyhodnoceny pomocí Pearsonova Chí-kvadrát testu.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_i - \hat{f}_i)^2}{\hat{f}_i} = \sum_{i=1}^k \frac{(O-E)^2}{E}$$

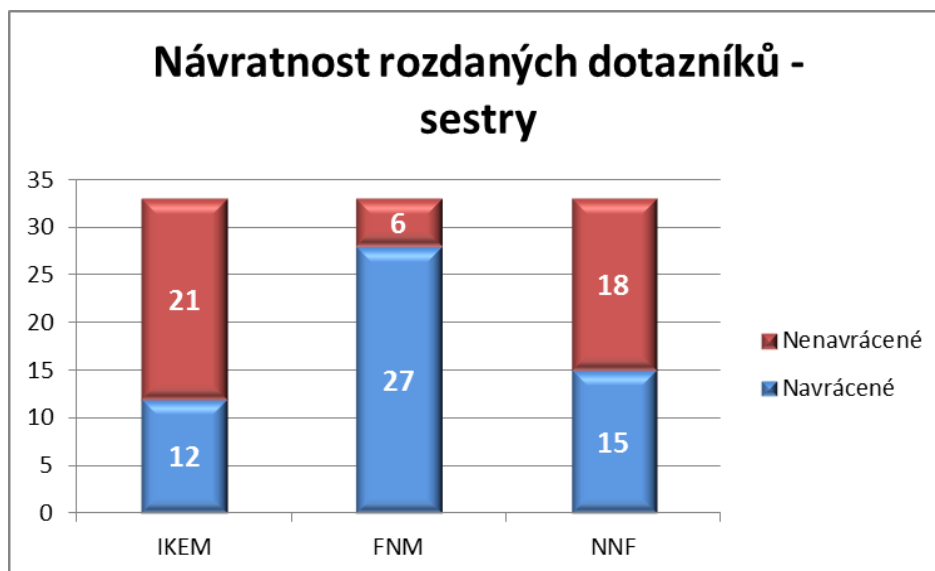
### 6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem bylo rozdáno 198 formulářů - 99 formulářů všeobecným sestřám a 99 dotazníků jejich pacientům. Návratnost dotazníků byla u sester 54,5 % a u pacientů 51,5 %.

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořilo celkem 54 respondentů z řad všeobecných sester (48 žen, 6 mužů) a 51 respondentů z řad pacientů (21 žen, 30 mužů). Šetření probíhalo v rámci tří pražských nemocnic - Fakultní nemocnice v Motole, Institut klinické a experimentální medicíny a nemocnice na Františku, resp. v sedmi odděleních těchto zařízení.

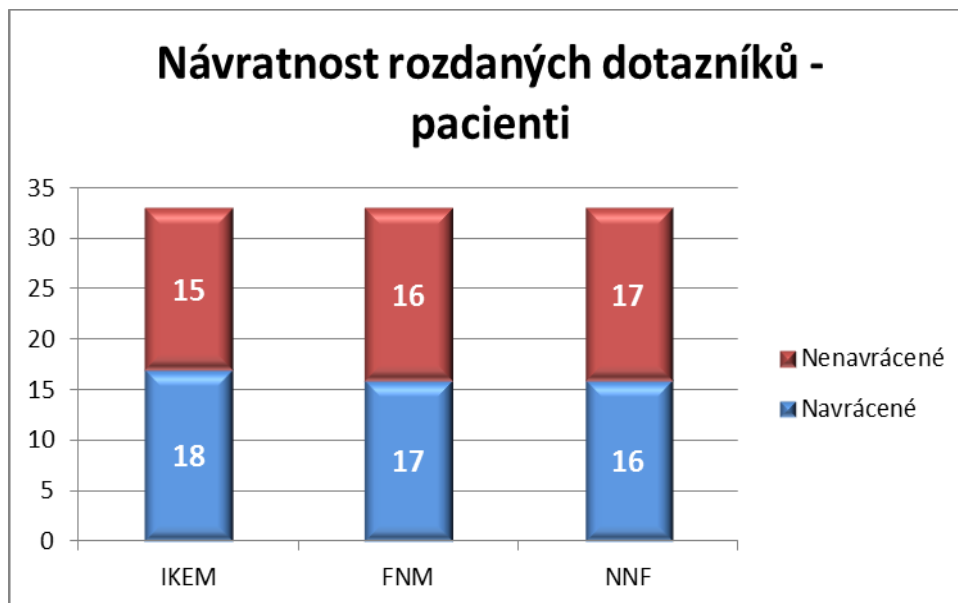
## 7 Výsledky výzkumu

Graf 1:



Celkový počet 99 rozdaných dotazníků pro všeobecné sestry byl rozdělen na třetiny. Každému ze zastoupených zdravotnických zařízení (IKEM, FNM, NNF) bylo rozdáno 33 dotazníků (33,3 %). Z IKEM bylo navráceno 12 dotazníků (36,4 %), nenavráceno 21 dotazníků (63,6 %). Z FNM bylo navráceno 27 dotazníků (81,8 %), nenavráceno 6 dotazníků (18,2 %). Z NNF bylo navráceno 15 dotazníků (45,5 %), nenavráceno 18 dotazníků (54,5 %).

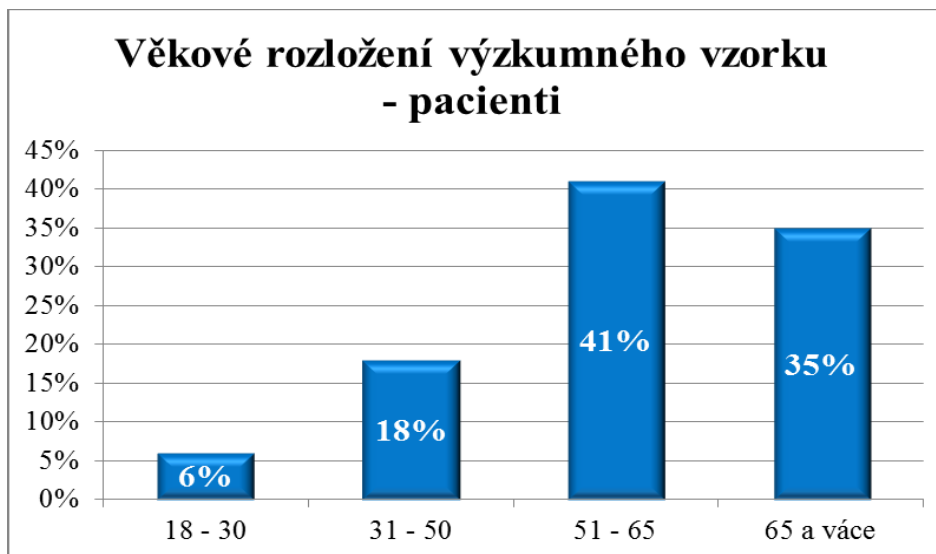
Graf 2:



Celkový počet 99 rozdaných dotazníků pro pacienty byl rozdělen na třetiny.

Každému ze zastoupených zdravotnických zařízení (IKEM, FNM, NNF) bylo rozdáno 33 dotazníků (33,3 %). Z IKEM bylo navráceno 18 dotazníků (54,5 %), nenavráceno 15 dotazníků (45,5 %). Z FNM bylo navráceno 17 dotazníků (51,5 %), nenavráceno 16 dotazníků (48,5 %). Z NNF bylo navráceno 16 dotazníků (48,5 %), nenavráceno 17 dotazníků (51,5 %).

Graf 3:



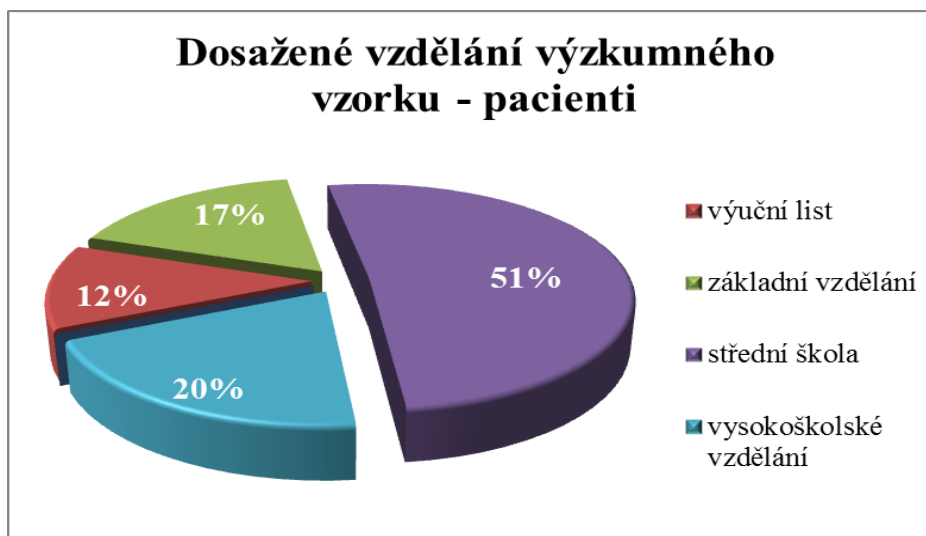
Graf 3 ukázal, že největší věkové zastoupení dotazovaných pacientů bylo ve věku 51 – 65 let (41 %: 21 dotazovaných - 10 mužů a 11 žen). Následovala věková skupina 65 a více let (35%: 18 dotazovaných - 13 mužů a 5 žen). Ve věkové kategorii 31 – 50 let (18 %: 9 dotazovaných - 6 mužů a 3 ženy). Nejméně zastoupená věková kategorie byla ve věku 18 – 30 let (6 %: 3 dotazovaní - 1 muž a 2 ženy).

Graf 4:



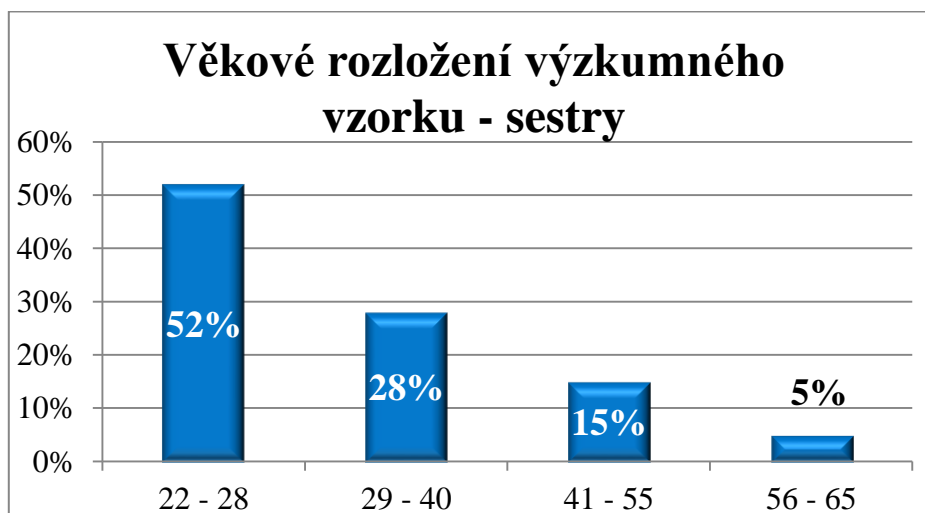
Z celkového počtu 51 navrácených dotazníků odpovídalo 30 mužů (59 %) a 21 žen (41,2 %).

Graf 5:



Z grafu 5 je zřetelné, že největší zastoupení pacientů - 26 respondentů (51 %) - má středoškolské vzdělání, 10 dotazovaných (20 %) vystudovalo vysokou či vyšší školu, 9 pacientů (17 %) absolvovalo základní školu a 6 respondentů (12 %) má výuční list.

Graf 6:



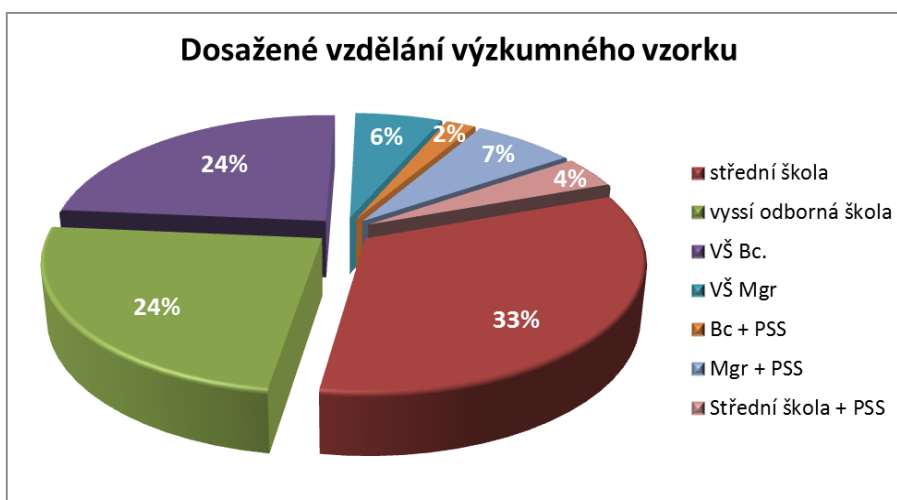
Z grafu 6 vyplynulo, že většina dotazovaných všeobecných sester (28) bylo ve věku 22 – 28 let (52 %), následovalo věkové rozmezí 29 – 40 let s počtem 15 všeobecných sester (28 %). 8 všeobecných sester (15%) bylo ve věku 41 – 55 a zbylé 3 všeobecné sestry (5 %) bylo ve věku 56 – 65 let.

Graf 7:



Z grafu 7 je patrné 89% zastoupení všeobecných sester žen (48 respondentek) a jen 6 respondentů (11 %) všeobecných sester mužského pohlaví.

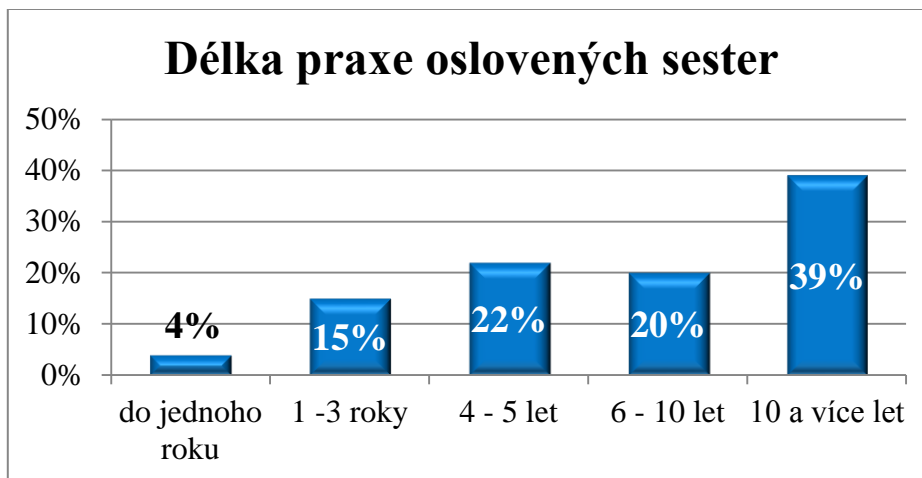
Graf 8:



Největší zastoupení všeobecných sester je ve 33 % (18 respondentu) se středoškolským vzděláním. Následuje 13 všeobecných sester (24 %) s vyšším odborným vzděláním a stejný počet sester 13 (24 %) jsou sestry s bakalářským vzděláním. 4 všeobecné sestry (7 %) jsou sestry s magisterským vzděláním a specializací. 3 všeobecné sestry (6 %) mají jen magisterské studium bez specializace. Střední školu a specializaci absolvovaly 2 všeobecné sestry (4 %). A jen jedna z dotazovaných (2 %) vystudovala bakalářské a specializační stadium.

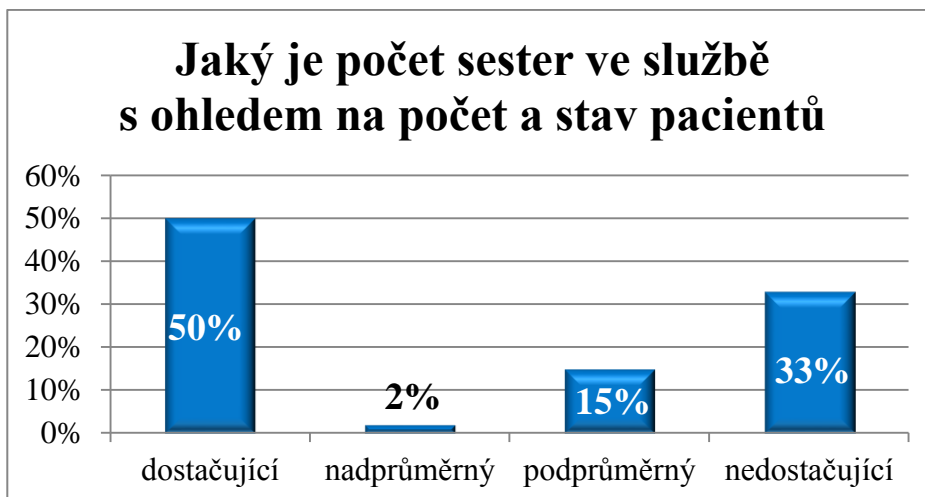


Graf 9:



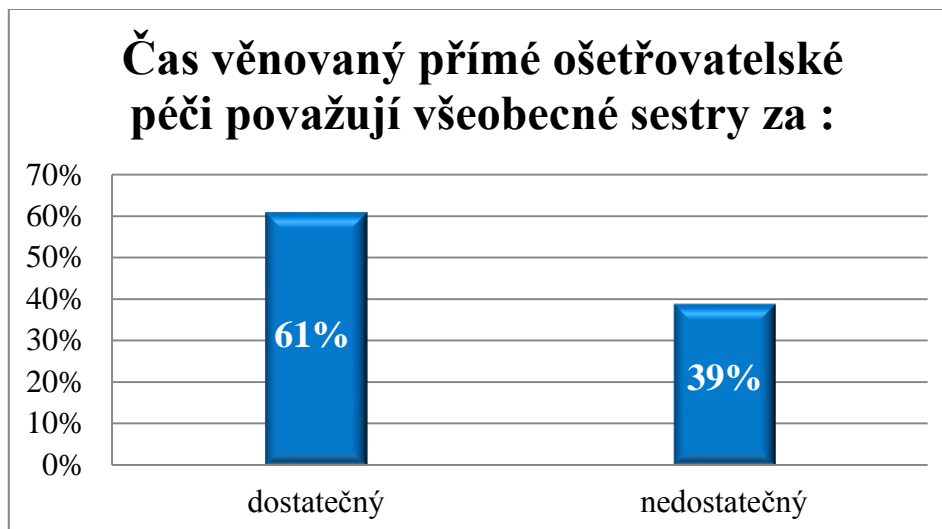
Největší zastoupení sester bylo s praxí 10 a více let (39 %, 21 respondentů), následovalo rozmezí 4-5 let (22%, 12 respondentů), dále rozmezí 6-10 let (20%, 11 respondentů), 1 – 3 roky praxe bylo v zastoupení (15 %, 8 respondentů), na posledním místě s praxí do jednoho roku (4 %, 2 respondenti).

Graf 10:



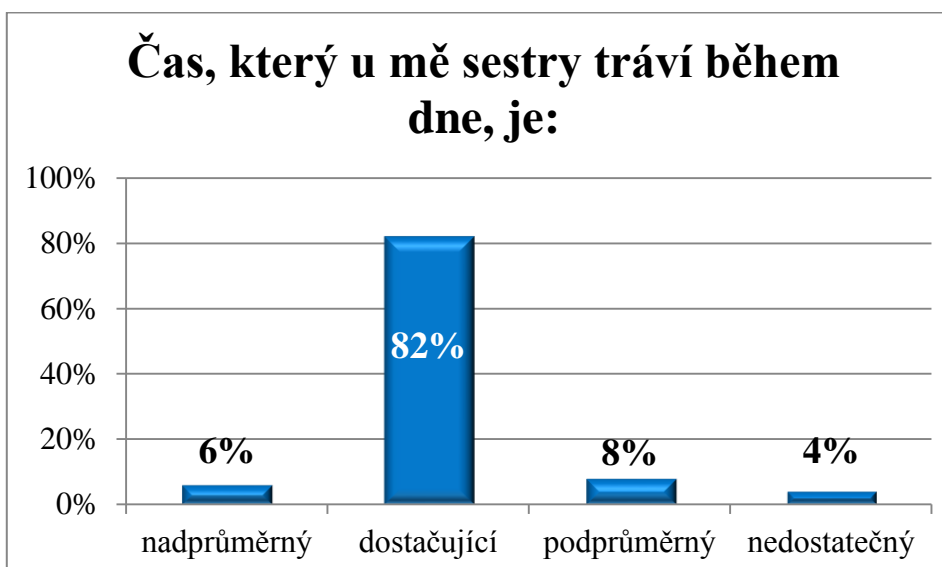
Graf 10 ukázal, že 50% (27 respondentů) odpovědělo, že počet sester s ohledem na počet a stav pacientů je dostatečný, 33 % (18 respondentů) odpovědělo, že počet sestert je nedostčující. Jako podprůměrný stav sester ve službě hodnotilo 15 % (8 respondentů). Na posledním místě bylo označován nadprůměrný počet sester ve službě ve 2 % (1 respondent).

Graf 11:



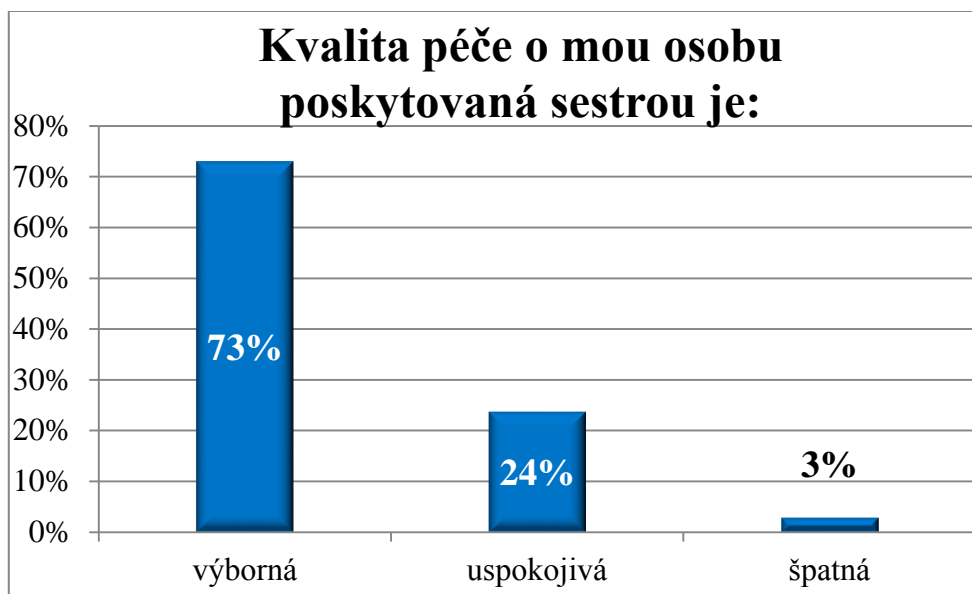
Čas věnovaný přímé ošetrovatelské péči považuje jako dostatečný 61 % (33 respondentů) a jako nedostatečný 39 % (21 respondentů).

Graf 12:



Pacienti odpovídali že čas, který u nich sestra tráví je dostatečný v 82 % (42 respondentů), jako nadprůměrný čas, který sestra tráví u pacienta odpovědělo 6 % (3 respondenti). 8 % (4 respondenti) odpovědělo, že čas, který u nich sestra tráví během dne, je podprůměrný. A jen 4 % (2 respondenti) označili čas strávený se sestrou během dne jako nedostatečný.

Graf 13:



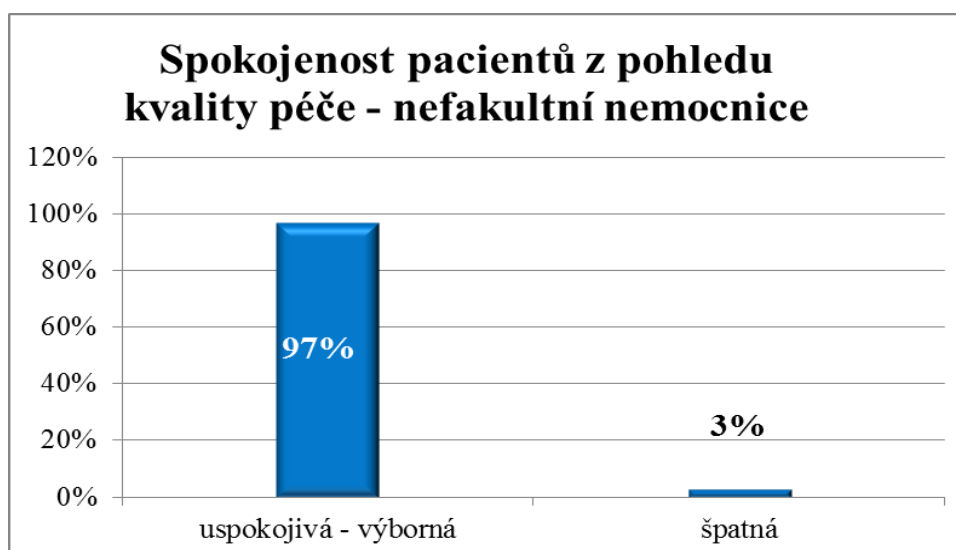
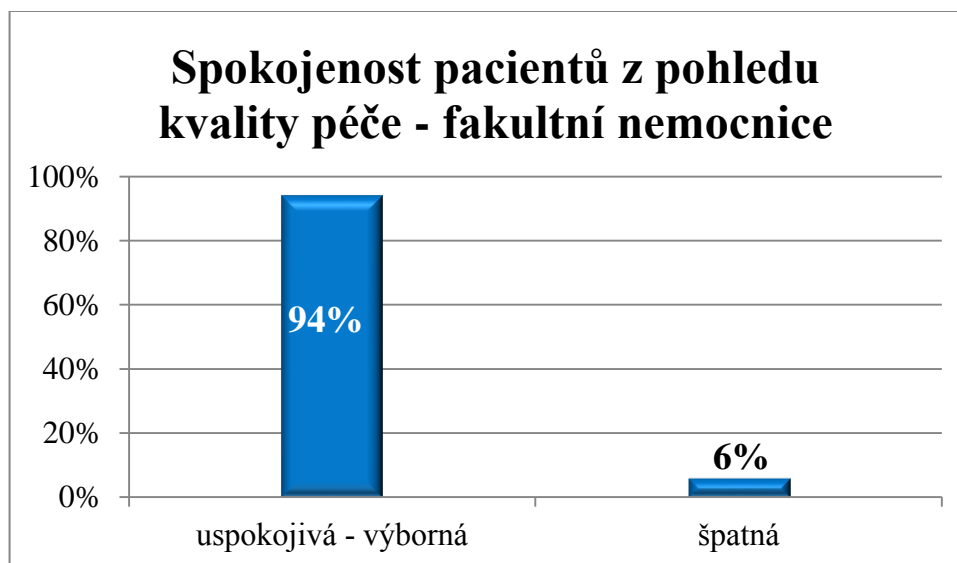
Výsledky hodnocení spokojenosti s kvalitou péče a času stráveného se sestrou je možné vyčíst z výše uvedených grafů. Většina pacientů byla spokojena jak s kvalitou, tak s časem, který u nich sestry strávily. 37 pacientů (73 %) hodnotilo kvalitu péče o jejich osobu jako výbornou, 12 pacientů (24 %) hodnotilo dobu, kterou u nich sestra strávila, jako uspokojivou, 2 pacienti (3 %) jako špatnou

Graf 14:



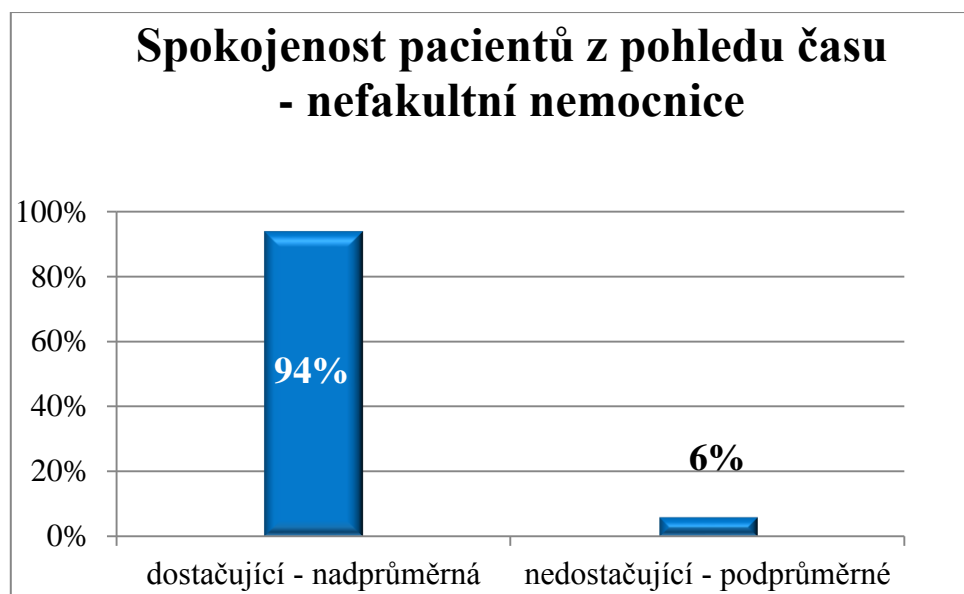
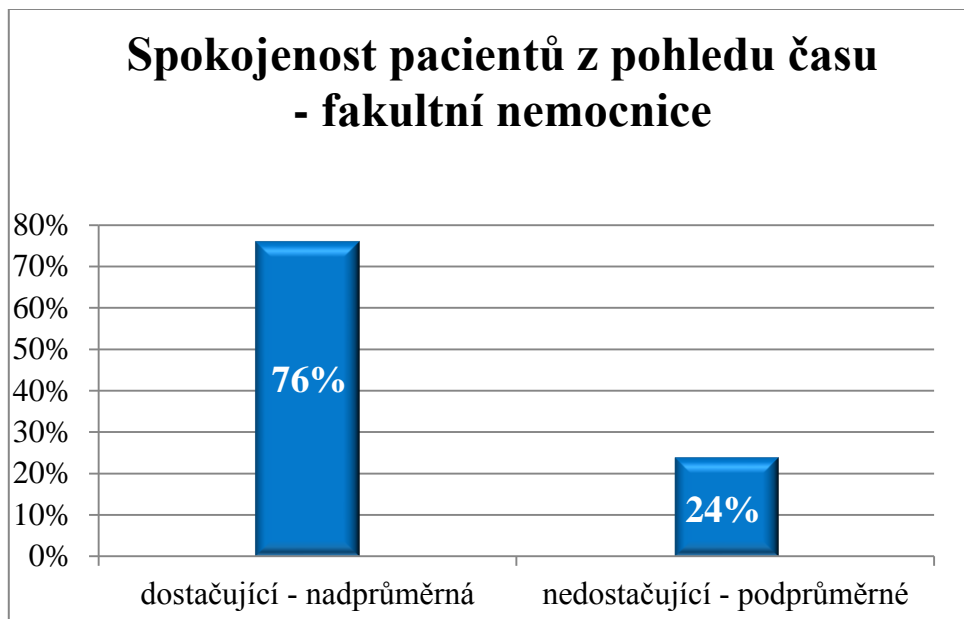
Z grafu je zřejmé, že všeobecné sestry udávají jako nejdůležitější kritérium spokojeného pacienta 44 % (24 respondentů), následuje 30 % (16 respondentů), kteří preferují spokojenou sestru, 20 % (11 respondentů) označilo na prvním místě komunikaci sestry s lékařem a zbylých 6 % (4 respondenti) upřednostňují komunikaci lékaře s pacientem.

Graf 15 a 16:



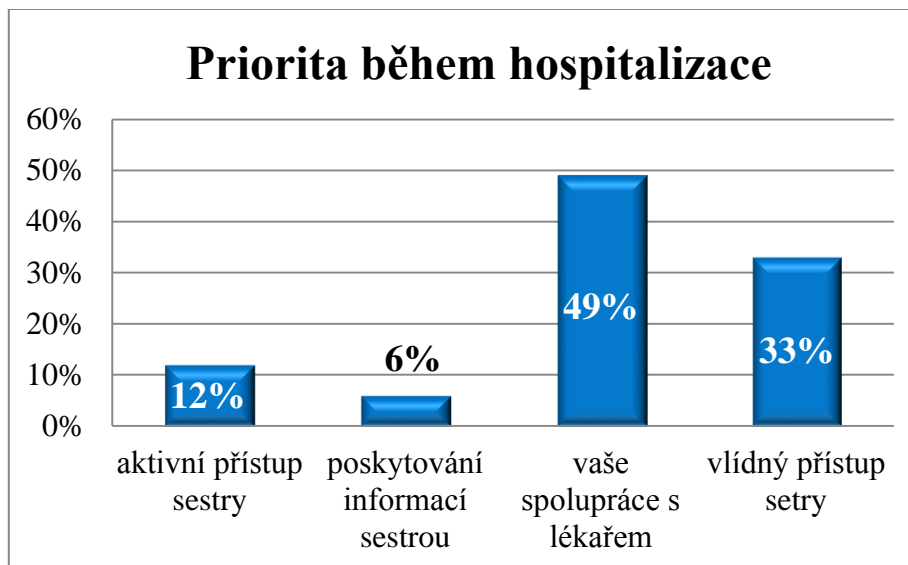
Větší spokojenost pacientů s kvalitou péče průzkum odhalil v nefakultních nemocnicích. Kvalita péče poskytovaná sestrou ve fakultních nemocnicích byla pacienty téměř v polovině případů (47 %) hodnocena jako výborná. V nefakultních nemocnicích označilo kvalitu poskytované péče za výbornou 82 % pacientů.

Graf 17 a 18:



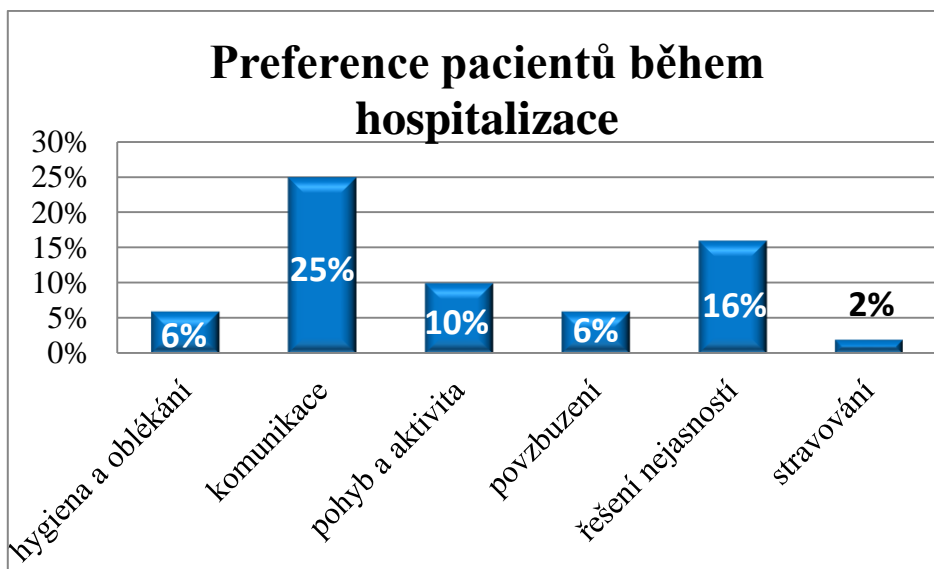
Spokojenost pacientů z pohledu času stráveného během dne se sestrou ve fakultních nemocnicích byla 76 % (13 respondentů), v nefakultních nemocnicích 94 % (32 respondentů).

Graf 19:



Jako prioritní považují pacienti během hospitalizace spolupráci s lékařem ve 49 % (25 respondentů). Následuje vlídný přístup sestry ve 33 % (17 respondentů). Aktivní přístup sestry pacienti preferují ve 12 % (6 respondentů). Na posledním místě se 6 % (3 respondenti) preferují poskytování informací sestrou.

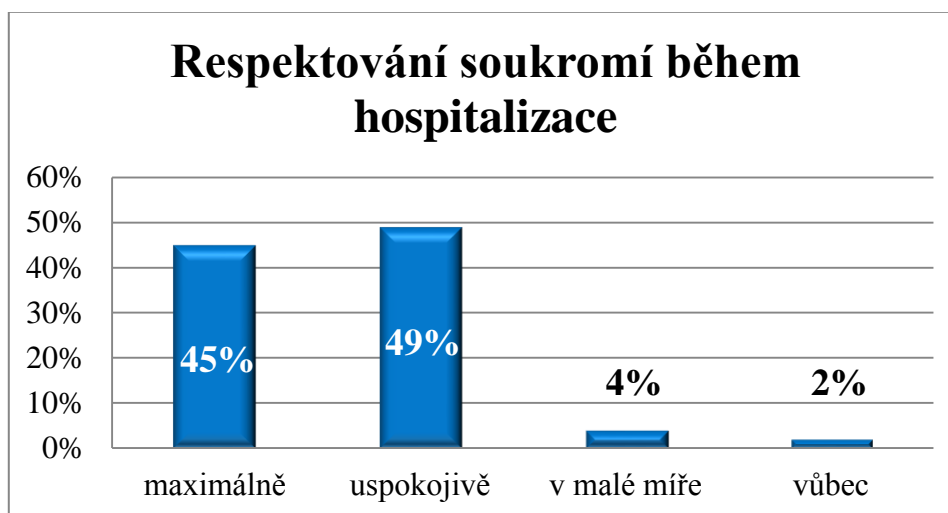
Graf 20:



Více času se sestrou během hospitalizace pacienti preferují v komunikaci ve 25 % (13 respondentů). Následuje v 16 % (8 respondentů) řešení nejasností

a problémů. 10 % (5 respondentů) preferuje pohyb a aktivitu. 6 % (3 respondenti) shodně preferují povzbuzení a hygienu s oblékáním. A na posledním místě 2 % (1 respondent) preferuje více času se sestrou u stravování.

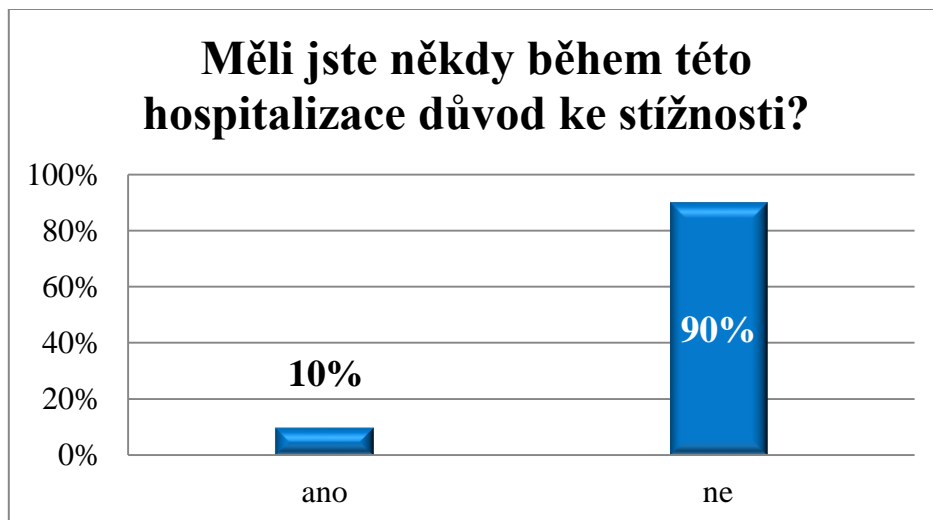
Graf 21:



Na otázku, jak je respektováno soukromí pacientů během hospitalizace, bylo odpovídáno následovně. 49 % (25 respondentů) hodnotí respektování soukromí jako uspokojivé. Následuje 45 % (23 respondentů), kteří hodnotí dodržování soukromí jako maximální. Ve 4 % (2 respondenti) tvrdí, že soukromí je dodržováno jen v malé míře. A 2 % (1 respondent) uvedla, že soukromí nebylo respektováno vůbec.

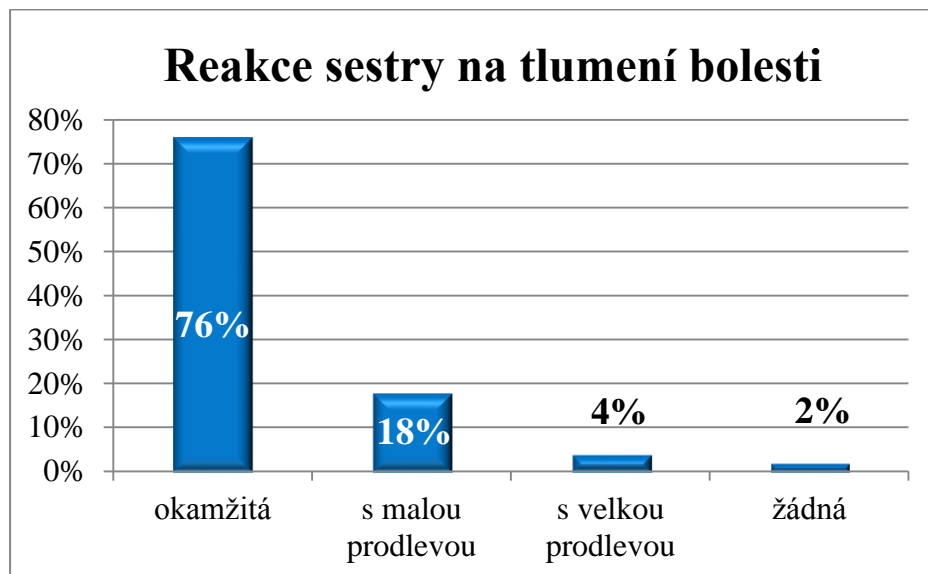


Graf 22:



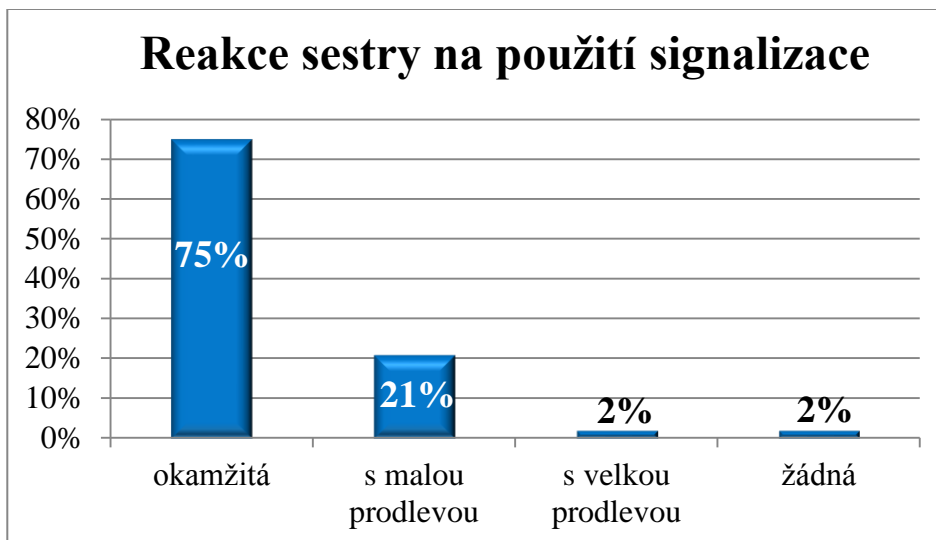
Důvod ke stížnosti během hospitalizace udalo 10 % (5 respondentů). 90 % (46 respondentů) důvod ke stížnosti nemělo.

Graf 23 :



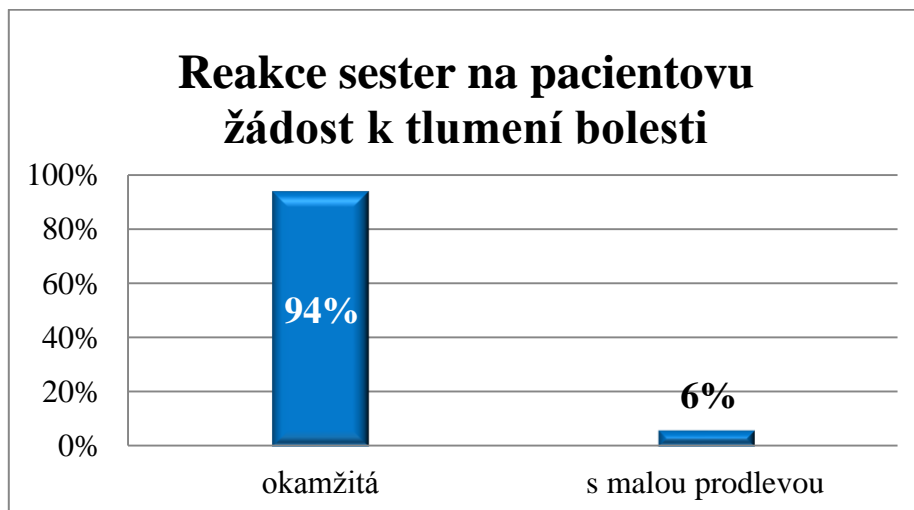
Pacienti hodnotí reakci sester na žádost o tlumení bolesti v 76 % (39 respondentů) jako okamžitou, v 18 % (9 respondentů) reagovala sestra s malou prodlevou, ve 4 % (2 respondenti) byla reakce sestry s velkou prodlevou. A ve 2 % (jeden respondent) uvedl, že reakce sestry na tlumení bolesti nebyla žádná.

Graf 24:



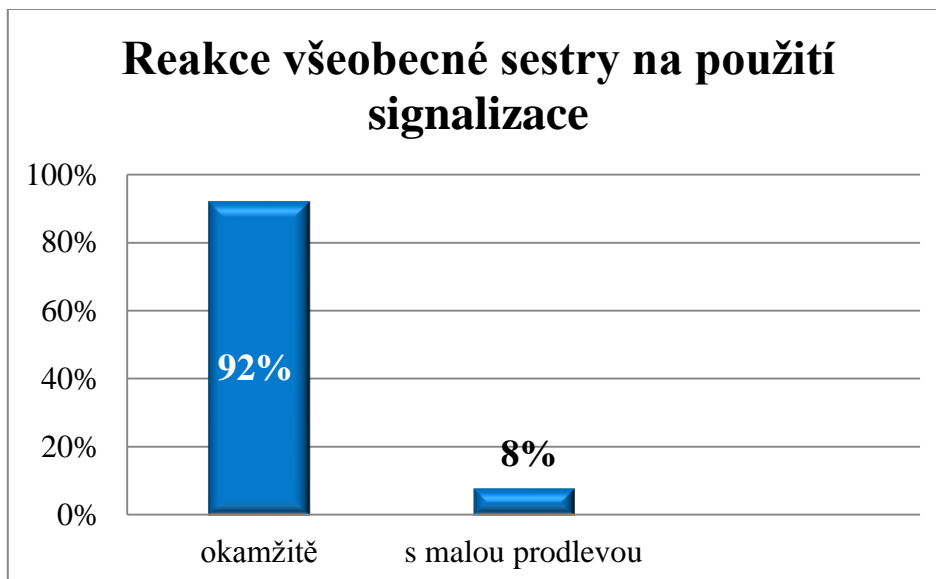
Reakce sester na použití signalizačního zařízení hodnotí pacienti v 75 % (38 respondentů) jako okamžitou. Reakci sester s malou prodlevou hodnotí 21 % (11 respondentů). Srovnatelně dopadla odpověď, že reakce sestry byla s velkou prodlevou 2 % (1 respondent) a také odpověď, že reakce sestry na použití signalizace nebyla žádná (2 %, 1 respondent).

Graf 25:



Sestry reagují dle jejich názoru na žádost o tlumení bolesti v 94 % (45 respondentů) okamžitě. Jen 6 % (3 respondenti) označili, že reagují s malou prodlevou.

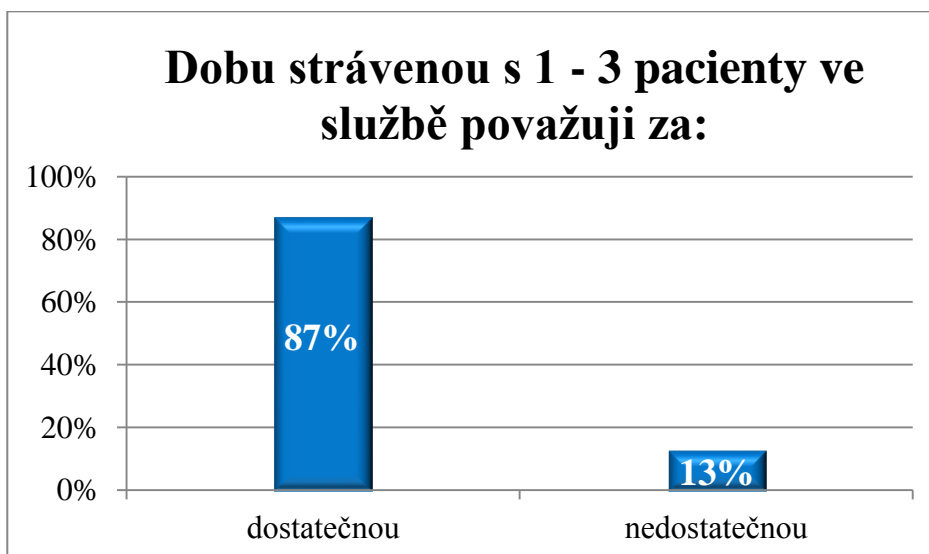
Graf 26:



Jako okamžitou označilo svou reakci na použití signalizace od pacienta 92 % sester (44 respondentů), reakci s malou prodlevou uvedlo 8 % sester (4 respondenti).

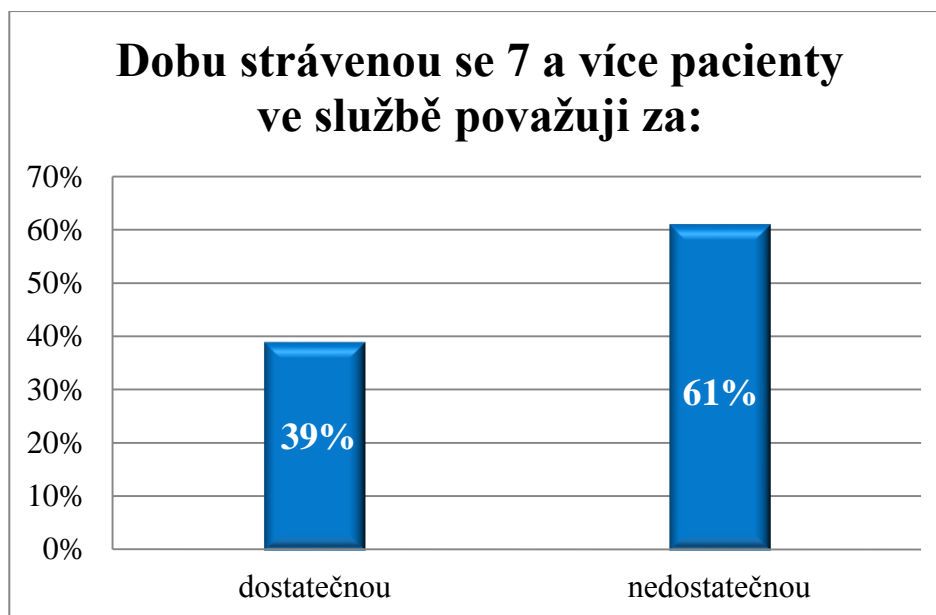
Grafy 10 a 11 jsou vyčísleny v úvodu – vyjádření celkové spokojenosti sester – spokojenost s počtem sester ve službě a s časem stráveným u pacientů. Zde je vyčíslení s ohledem na druh oddělení a počet pacientů. (JIP a standardní oddělení).

Graf 27:



Všeobecné sestry, které pečují během služby o 1-3 pacienty považují dobu strávenou u pacientů v 87 % (20 dotazovaných z celkového počtu dotazovaných na JIP) za dostatečnou. Jen 13 % (3 dotazovaní) považují čas, který tráví během služby u pacienta za nedostatečný.

Graf 28:

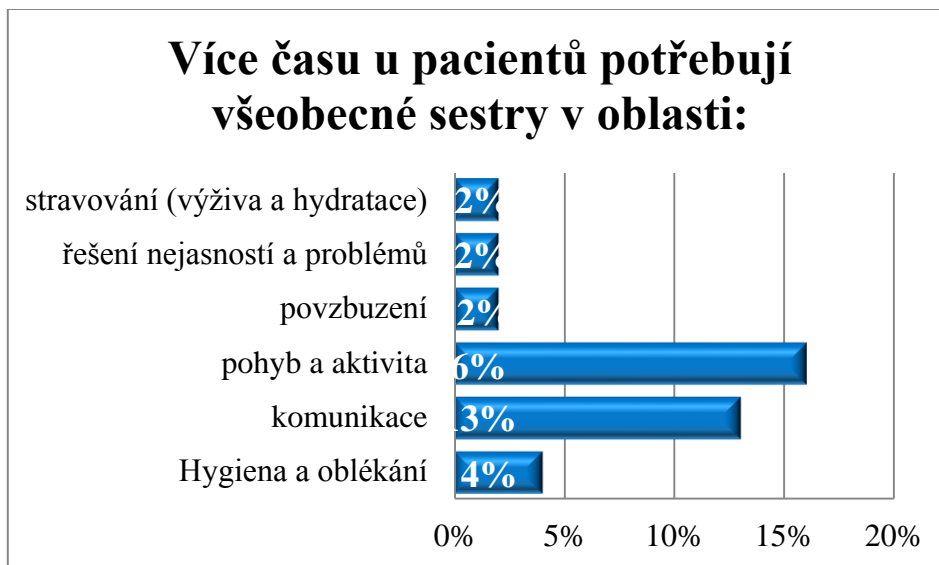


Všeobecné sestry, které pečují během služby o 7 a více pacientů považují dobu strávenou u pacientů v 39 % (12 dotazovaných z celkového počtu 31 dotazovaných na standartních lůžcích) za dostatečnou. A 61 % (19 dotazovaní) považuje čas, který tráví během služby u pacienta, za nedostatečný.

Méně spokojeny s dobou strávenou u pacienta jsou tedy sestry, které mají během služby na starost 7 a více pacientů.

Všeobecným sestrám, které odpověděly, že čas strávený u pacientů je nedostatečný byla položena doplňující otázka a to, na jakou činnost by potřebovaly více času.

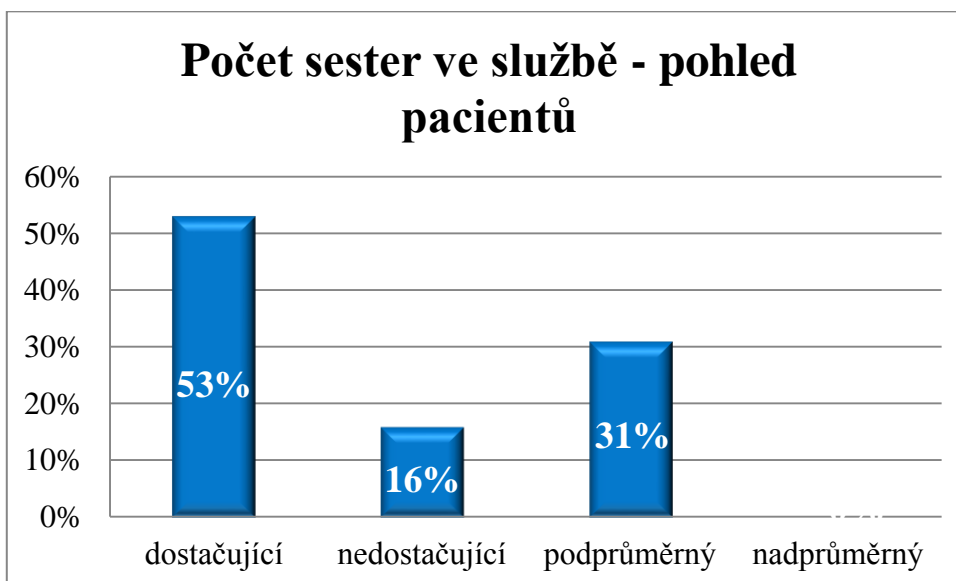
Graf 29:



Nejvíce dotazovaných odpovědělo, že více času by bylo potřeba na pohyb a aktivitu s pacientem 16 % (9 dotazovaných) a na komunikaci s ním 13 % (7 dotazovaných).

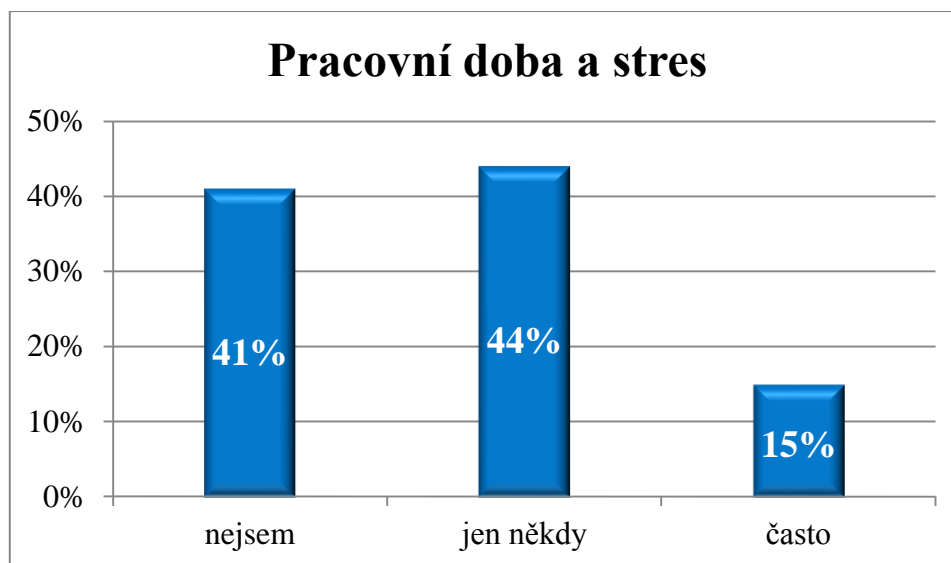
Následovala nedostatek času na hygienu a oblékání 4 % (2 dotazovaní). Na posledním místě skončilo vyrovnaně stravování 2 % (1 dotazovaný), povzbuzení 2 % (1 dotazovaný) a řešení nejasností a problémů 2 % (1 dotazovaný).

Graf 30:



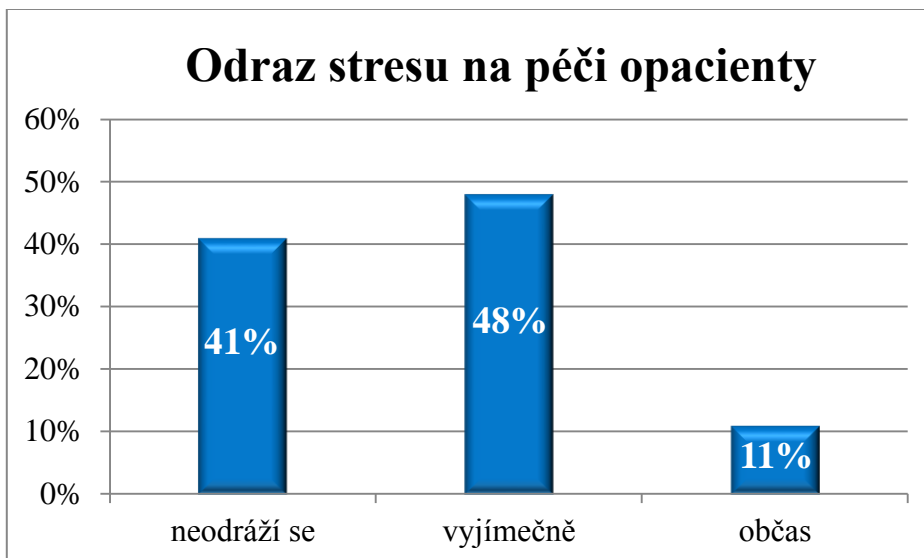
Pacienti hodnotí počet sester ve službě v 53 % (27 respondentů) jako dostačující. V 31 % (16 respondentů) hodnotí počet sester jako podprůměrný. Jako nedostačující počet sester hodnotí pacienti v 16 % (8 respondentů). Poslední možnost, že počet sester je nadprůměrný, nevybral nikdo z respondentů.

Graf 31:



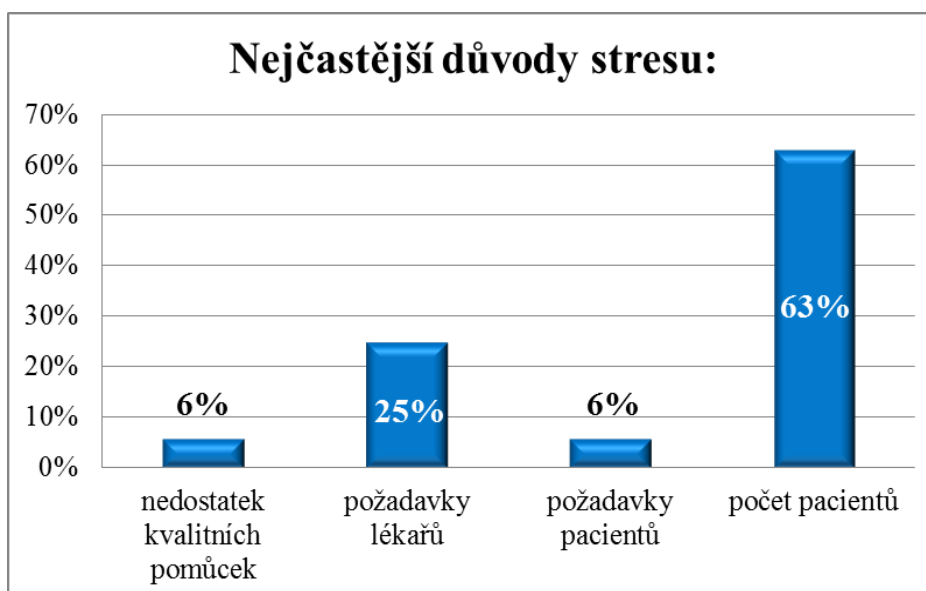
Stres v pracovní době přizalo celkem 59% dotazovaných všeobecných sester. Častý stres uvedlo 15% (8 respondentů). Občasný stres uvedlo 44% (24 respondentů). A práci bez stresu uvedlo 41% (22 respondentů).

Graf 32:



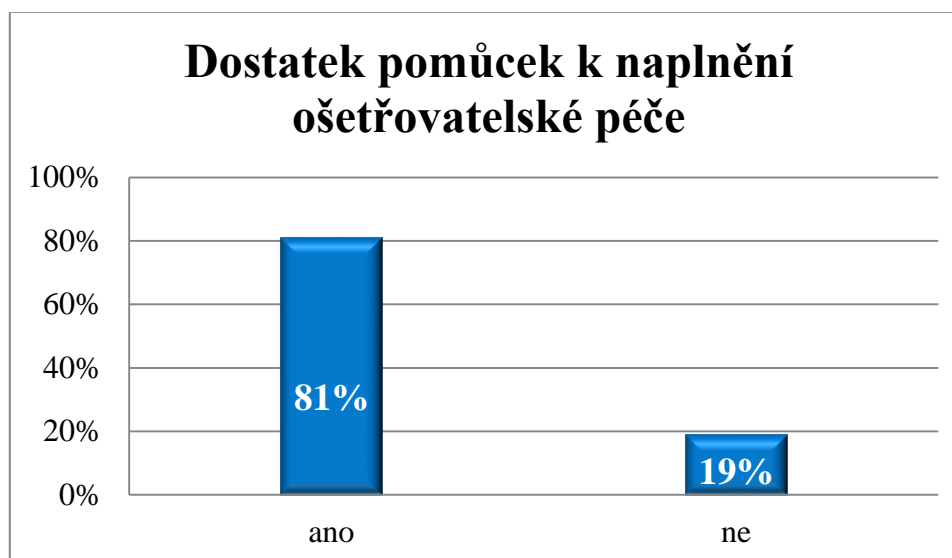
Jak lze vyčíst z výše uvedených grafů, 41 % sester uvedlo, že na ně stres nepůsobí vůbec, 44% že někdy a 15 % připouští častý stres. U sester, které stres přiznaly, se tento aspekt u 41 % (22 respondentů) v práci neodráží vůbec a občas se odráží v péči o pacienty v 11 % (6 dotazovaných) a výjimečně se odráží u 48 % (26 respondentů).

Graf 33:



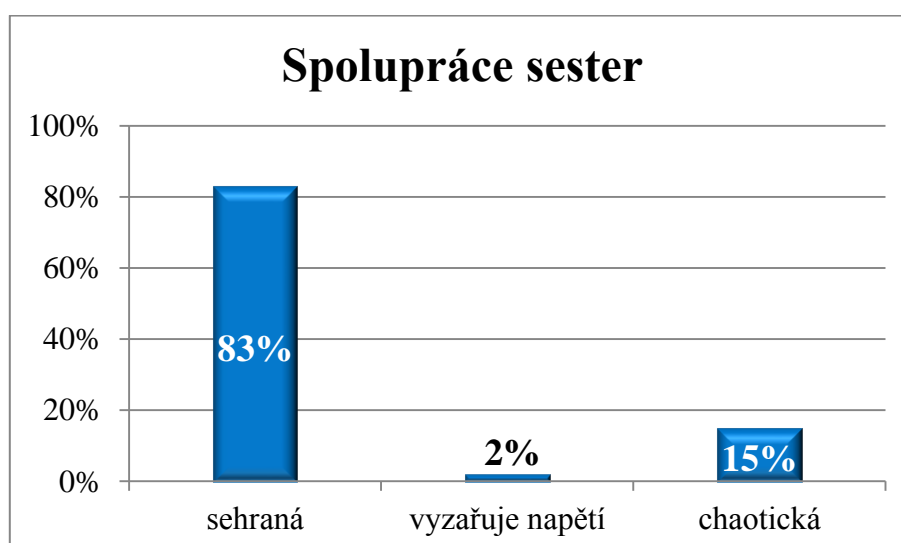
Jako nejčastější důvod stresu uvedlo 6 % sester (2 respondenti) požadavky pacientů, 25 % (8 respondentů) požadavky lékařů, 6 % (2 respondenti) nedostatek kvalitních pomůcek a 63 % (20 respondentů) počet pacientů.

Graf 34:



81 % sester (44 respondentů) odpovědělo, že mají dostatek pomůcek, 19 % (10 respondentů) uvedlo, že dostatek pomůcek k plnění kvalitní ošetrovatelské péče nemají.

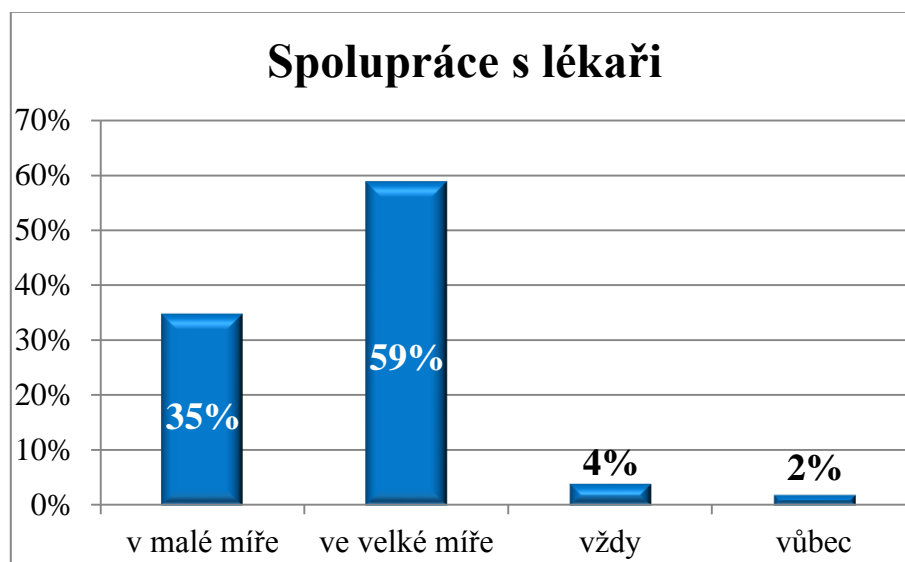
Graf 35:





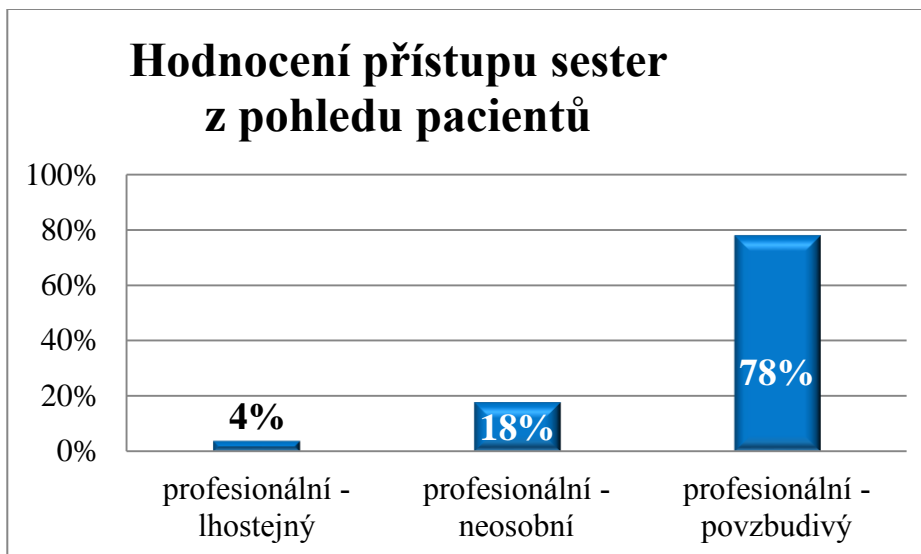
Jako sehranou popisují sestry svou spolupráci v 83 % (45 respondentů), Ve 2 % (jeden dotazovaný) uvádí, že při spolupráci sester vyzařuje napětí a v 15 % (8 respondentů) sester udává, že spolupráce v týmu je chaotická.

Graf 36:



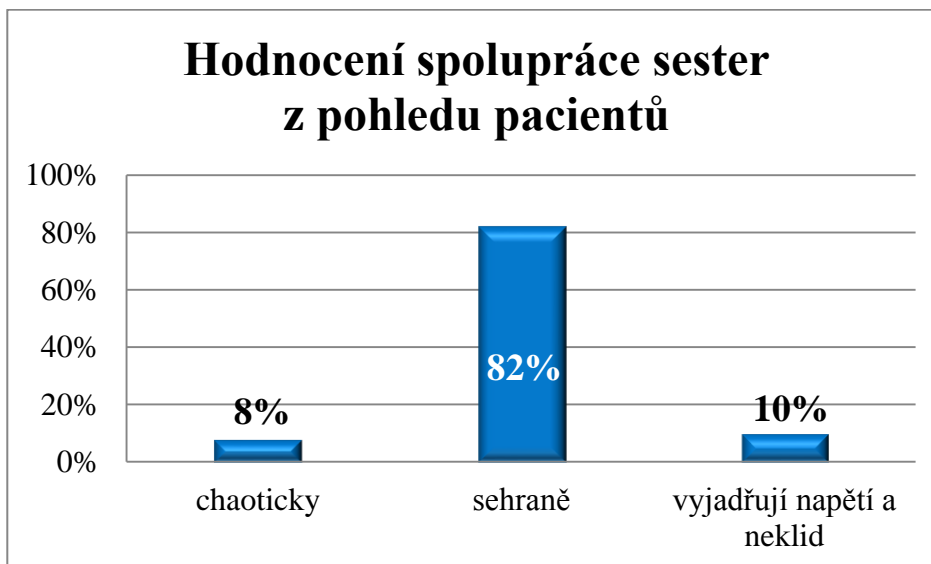
V rámci hodnocení spolupráce s lékaři byly výsledky podobné. Na otázku, zda lékaři pracují se sestrami jako s členy týmu, odpověděly 4 % sester vždy, spolupráci ve velké míře uvedlo 59 %, v malé míře 35 % a žádnou spolupráci 2 % sester.

Graf 37:



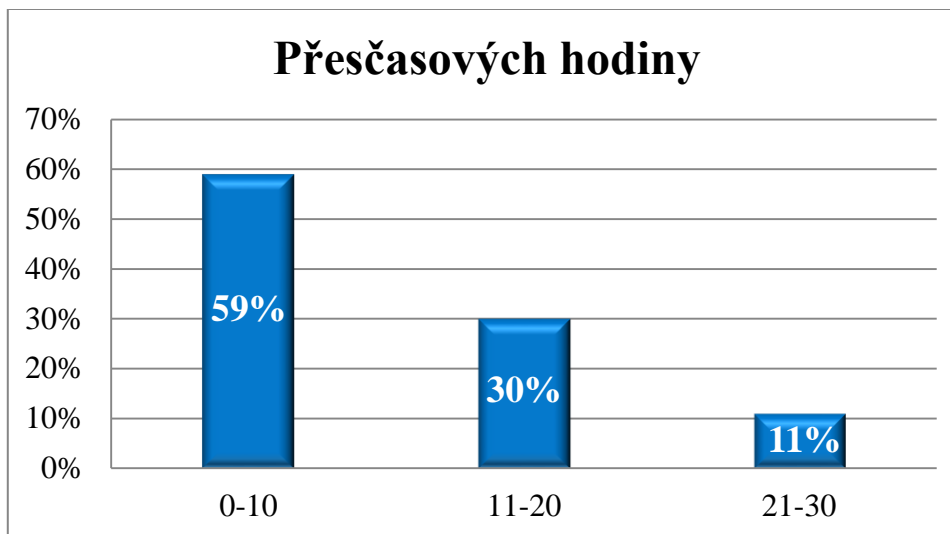
Pacienti hodnotí přístup sester v 78 % (40 dotazovaných) jako profesionální a povzbudivý, v 18 % (9 respondentů) popisují přístup sester jako profesionální a neosobní. Ve 4 % (2 dotazovaní) hodnotí přístup sester jako profesionální a lhostejný.

Graf 38:



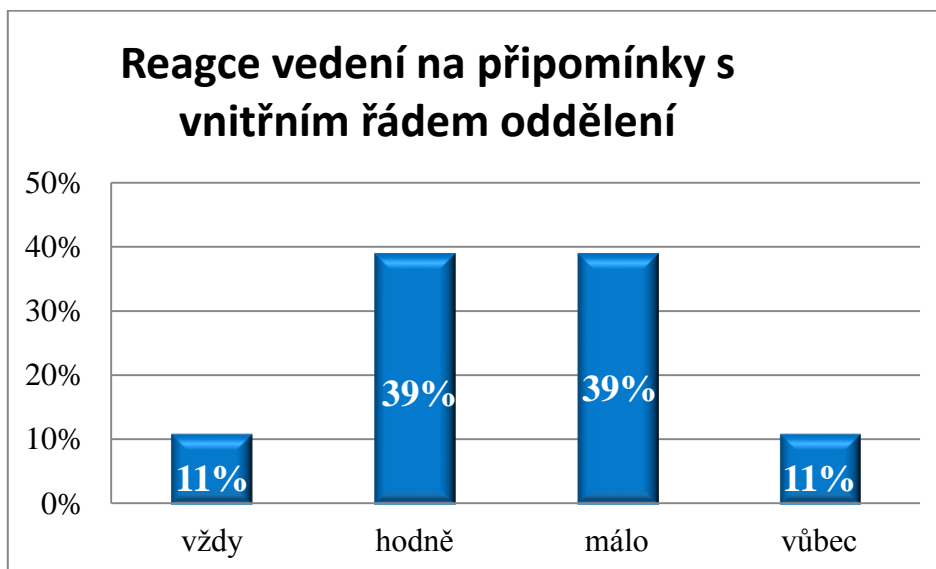
Pacienti hodnotí spolupráci sesterského týmu v 82 % (42 respondentů) jako sehranou. 10 % (5 respondentů) uvedlo, že sesterský tým vyžaduje při práci napětí a neklid a 8 % (4 dotazovaní) považují spolupráci sester jako chaotickou.

Graf 39:



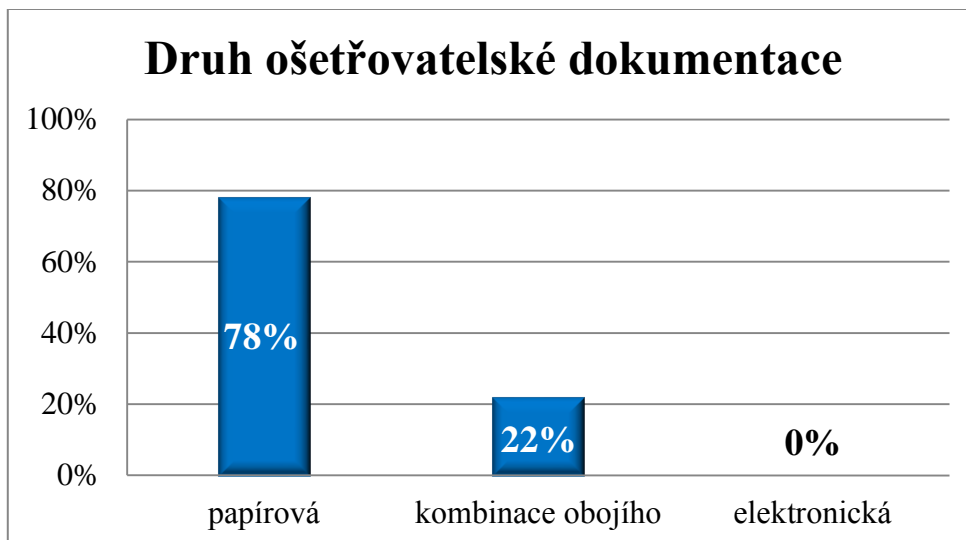
59 % sester (32 respondentů) udalo, že počet přesčasových hodin se pohybuje měsíčně v rozmezí 0 – 10 hodin, 30 % (16 respondentů) má měsíčně 11 – 20 přesčasových hodin a pouhých 11 % (6 respondentů) uvedlo 21 – 30 přesčasových hodin měsíčně.

Graf 40:



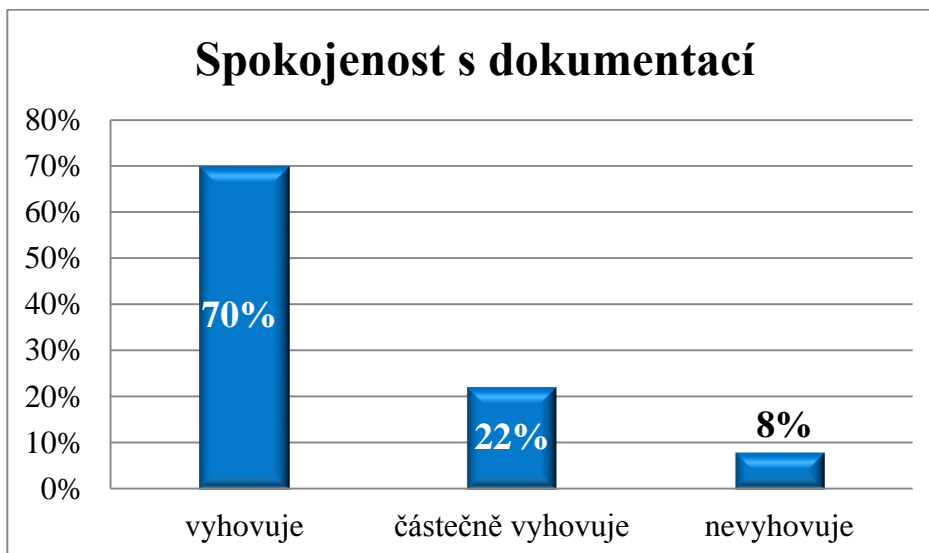
Zda reaguje vedení na připomínky k vnitřnímu řádu uvedlo 11 % sester (6 respondentů), odpověď vždy, 39 % (21 respondentů) hodně, 39 % (21 respondentů) málo, 11 % (6 respondentů) vůbec.

Graf 41:



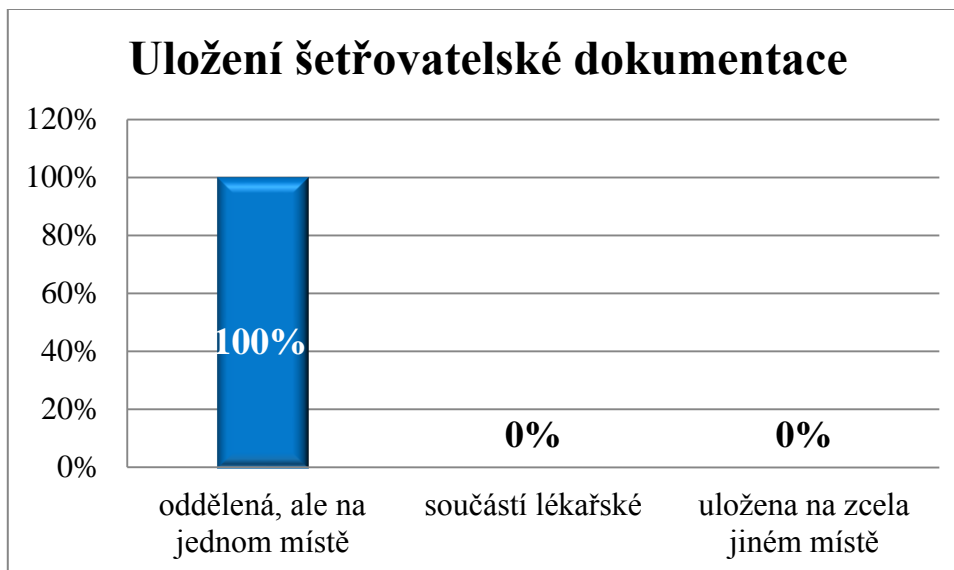
Na otázku, jaký druh ošetrovatelské dokumentace používáte, odpovědělo 78 % sester (42 respondentů), že užívá dokumentaci papírovou, 22 % (12 respondentů) kombinaci obojího, a jen elektronickou formu nepoužívá žádná z dotazovaných sester.

Graf 42:



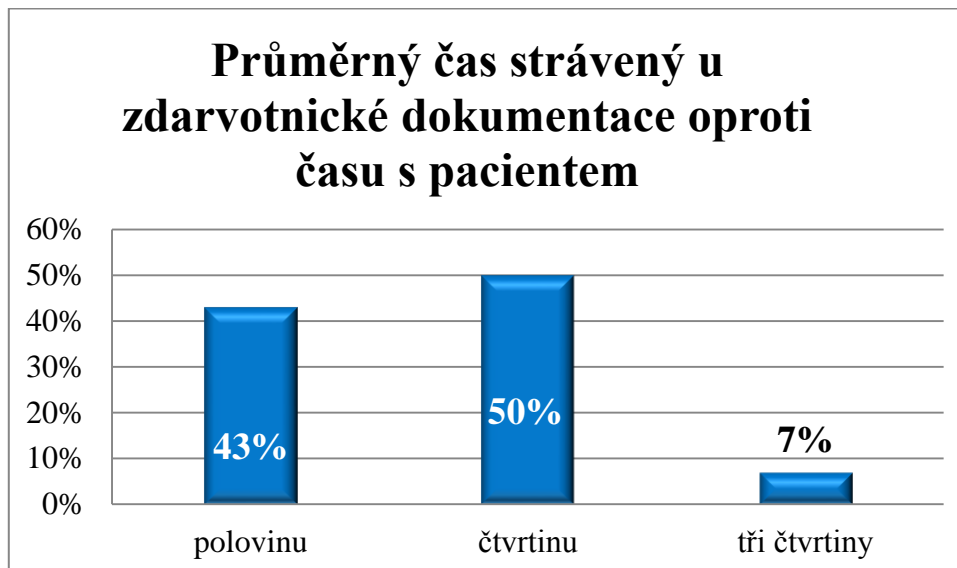
Zda sestřám vyhovuje daný způsob vedení ošetrovatelské dokumentace, odpovědělo 70 % z nich (38 dotazovaných), že vyhovuje, 22 % (12 respondentů), že jim částečně vyhovuje, a 8 % (4 dotazovaní) uvedlo, že jim určený způsob vedení dokumentace nevyhovuje.

Graf 43:



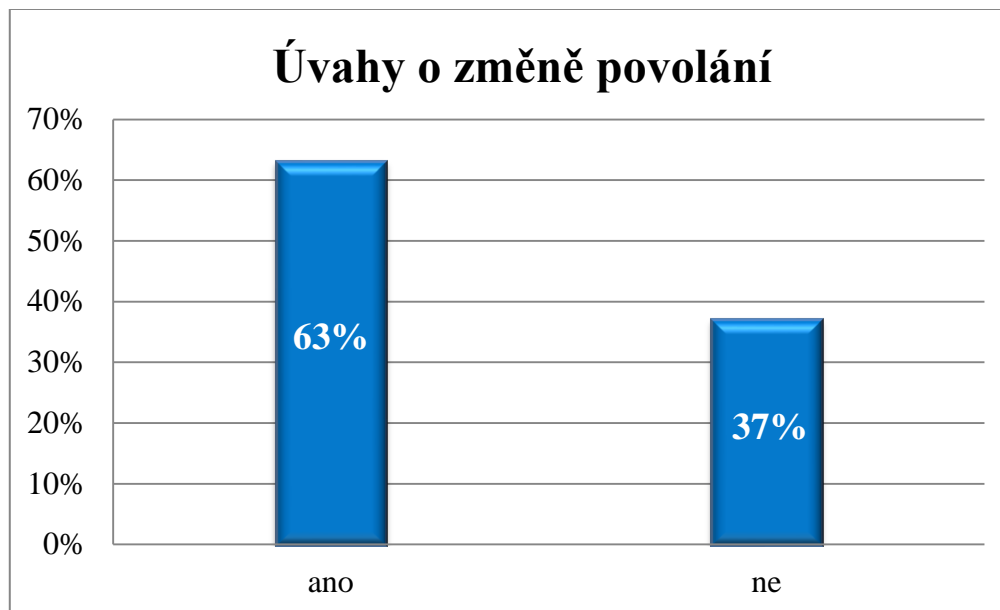
100% (54 respondentů) má oddělenou ošetrovatelskou dokumentaci od lékařské, ale mají ji uloženou na jednom místě.

Graf 44:



Kolik času sestry věnují práci se zdravotnickou dokumentací (oproti času u pacientů) odpovědělo 43 % sester (23 respondentů), že polovinu, 50 % (27 respondentů), že čtvrtinu času, a 7 % (4 respondenti) tři čtvrtiny času.

Graf 45:



V 63% (34 respondentů) sestry odpověděly, že uvažovaly o změně povolání, 37 % (20 respondentů) o změně povolání neuvažovalo.

## 7.1 Testování hypotéz

**H1:** *K naplnění kritérií ošetrovatelské péče dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích.*

**H0:** Kvalita ošetrovatelské péče (naplnění kritérií: kvalita poskytované péče a čas věnovaný pacientovi) je stejná ve fakultních i nefakultních nemocnicích.

**H1a:** (Kvalita poskytované péče FAKULTNÍ NEMOCNICE): K naplnění kritérií ošetrovatelské péče (kvalita poskytované péče) dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích.

**H1b:** (Čas věnovaný pacientovi FAKULTNÍ NEMOCNICE): K naplnění kritérií ošetrovatelské péče (čas věnovaný pacientovi) dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích.

V celé výzkumné práci bylo vycházeno ze tří dimenzí kvality. Pro tuto hypotézu byla zvolena první dimenze a to, kvalita služeb z pohledu klienta/pacienta. Ta vychází ze dvou dotazníkových položek: 4 a 5:

Čtvrtá dotazovaná položka zní: Kvalita péče, kterou vám všeobecné sestry poskytují je: výborná, uspokojivá, špatná.

Pátá dotazovaná položka zní: Čas, který u vás všeobecné sestry tráví během dne, je pro vás: nedostačující, podprůměrný, dostačující, nadprůměrný.

Tabulka 1:

<i>Kvalita poskytované péče</i>	Četnost		Procenta		Chí kvadrát test
	fakultní	nefakultní	fakultní	nefakultní	
uspokojivá - výborná	16	33	94 %	97 %	61 %
Špatná	1	1	6 %	3 %	
<b>CELKEM</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku: Kvalita péče (fakultní a nefakultní nemocnice), kterou u vás všeobecné sestry poskytují je: uspokojivá –

výborná, špatná.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0a:** (Kvalita poskytované péče FAKULTNÍ A NEFAKULTNÍ NEMOCNICE): K naplňování kritérií ošetrovatelské péče (kvalita poskytované péče) nedochází častěji ve fakultních nemocnicích, než v nefakultních nemocnicích. Nebyl nalezen statistický rozdíl. Tato část hypotézy nemohla být zamítnuta.

Stanovenou **H1a:** (Kvalita poskytované péče FAKULTNÍ A NEFAKULTNÍ NEMOCNICE): K naplňování kritérií ošetrovatelské péče (kvalita poskytované péče) dochází častěji ve fakultních nemocnicích, než v nefakultních nemocnicích. Tato část hypotézy je tímto zamítnuta.

Tabulka 2:

<b>Čas věnovaný pacientům</b>	<b>Četnost</b>		<b>Procenta</b>		<b>Chí kvadrát test</b>
	fakultní	nefakultní	fakultní	nefakultní	
<b>dostačující - nadprůměrný</b>	13	32	76 %	94 %	6 %
<b>nedostačující - podprůměrný</b>	4	2	24 %	6 %	
<b>CELKEM</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku: Čas (fakultní a nefakultní nemocnice), který u Vás všeobecné sestry tráví během dne, je: dostačující – nadprůměrný, nedostačující – podprůměrný.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0b:** (Čas věnovaný pacientovi FAKULTNÍ A NEFAKULTNÍ NEMOCNICE): K naplňování kritérií ošetrovatelské péče (čas věnovaný pacientovi) dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích. Nebyl nalezen statistický rozdíl. Tato část hypotézy nemohla být zamítnuta.

Stanovenou **H1b:** (Čas věnovaný pacientovi FAKULTNÍ A NEFAKULTNÍ



NEMOCNICE): K naplňování kritérií ošetrovatelské péče (čas věnovaný pacientovi) dochází častěji ve fakulních nemocnicích než v nefakulních nemocnicích. Nebyl nalezen statistický rozdíl. Tato část hypotézy je tímto zamítnuta.

**H0:** Kvalita ošetrovatelské péče (naplnění kritérií: kvalita poskytované péče a čas věnovaný pacientovi) je stejná ve fakulních i nefakulních nemocnicích. Nebyl nalezen statistický rozdíl. Tuto hypotézu nemohla být zamítnuta.

**Stanovená H1:** K naplňování kritérií ošetrovatelské péče dochází častěji ve fakulních nemocnicích než v nefakulních nemocnicích. Tato hypotéza je tímto zamítnuta.

**H2: Pacienti hodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry.**

**H0:** Pacienti nehodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry.

Hypotézou byla testována otázka 13. Ta zní: Co je pro vaši spokojenost během hospitalizace nejdůležitější? Respondenti (pacienti) měli na výběr z těchto možností: aktivní přístup sester, vaše spolupráce s lékařem, poskytování informací sestrou, vlídný přístup sestry. Z těchto možností měli respondenti označit jen jednu prioritní možnost.

Tabulka 3:

<i>Priorita ve spokojenosti pacientů během hospitalizace</i>	<b>Pozorované</b>		<b>Očekávané</b>		<b>Chí kvadrát test</b>
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
<b>aktivní a vlídný přístup sester</b>	23	45 %	25	51 %	40 %
<b>ostatní</b>	28	55 %	26	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka 3 uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku: co je pro vaši spokojenost během hospitalizace nejdůležitější? Pacienti mohli vybírat z několika možností. Pro statistické vyjádření se možnosti spojily na: Aktivní a vlídný přístup sestry a ostatní.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0:** Pacienti nehodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry.

Tato hypotéza je tímto potvrzena.

**Stanovená H2:** Pacienti hodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry. Tato hypotéza je tímto zamítnuta.

**H3:** *Reakce sestry na specifické požadavky pacientů (tzn. tlumení bolesti a použití signalizace) je z pohledu pacientů dostatečně rychlá (tzn. okamžitá či s malou prodlevou).*

**H0:** Reakce sestry na specifické požadavky pacientů není z pohledu pacientů dostatečně rychlá (tzn. okamžitá či s malou prodlevou).

Hypotéza byla testována položkou 10 a 11. Tyto otázky zněly: Jaká byla reakce sester na vaši žádost k tlumení bolesti? V případě, že používáte signalizační zařízení, jaká byla reakce ošetrovatelského personálu na použití signalizace?

Tabulka 4:

<i>Reakce sestry na tlumení bolesti</i>	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
<b>okamžitá - s malou prodlevou</b>	48	94 %	26	51 %	0 %
<b>s velkou prodlevou - žádná</b>	3	6 %	25	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka 4 uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku, zda je reakce sester na tlumení bolesti dostatečně rychlá (okamžitá či s malou prodlevou). Z celkového počtu 51 respondentů se předpokládalo, že nadpoloviční většina (51 %) odpoví, že reakce sestry je okamžitá či s malou prodlevou.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je méně než 5 %.

**H0a:** Reakce sestry na tlumení bolesti není z pohledu pacientů dostatečně rychlá. Tato část hypotézy je tímto zmítnuta.

**H3a:** Reakce sestry na tlumení bolesti je z pohledu pacientů dostatečně rychlá (okamžitá či s malou prodlevou). Tato část hypotézy je tímto potvrzena.

Tabulka 5:

<i>Reakce sestry na signalizační zařízení</i>	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
<b>okamžitá - s malou prodlevou</b>	49	96 %	26	51 %	0 %
<b>s velkou prodlevou - žádná</b>	2	4 %	25	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka 5 uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku, zda je reakce sester na použití signalizace dostatečně rychlá (okamžitá či s malou prodlevou).

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je méně než 5 %.

**H0b:** Reakce sestry na použití signalizace není dostatečně rychlá (okamžitá či s malou prodlevou). Tato část hypotézy je tímto zamítnuta.

**SH3b:** Reakce sestry na použití signalizace je dostatečně rychlá (okamžitá či s malou prodlevou). Tato část hypotézy je tímto potvrzena.

**H0:** Reakce sestry na specifické požadavky pacientů (tzn. tlumení bolesti a použití signalizace) není z pohledu pacientů dostatečně rychlá (tzn. okamžitá či s malou prodlevou). Tato hypotéza je tímto zamítnuta.

**Stanovená H3:** Reakce sestry na specifické požadavky pacientů (tzn. tlumení bolesti a použití signalizace) je z pohledu pacientů dostatečně rychlá (tzn. okamžitá či s malou prodlevou). Tato hypotéza je tímto potvrzena.

**H4: Počet všeobecných sester během služby je dle názoru všeobecných sester nedostačující.**

**H0:** Počet všeobecných sester během služby je dle názoru všeobecných sester dostačující.

Hypotézou byla testována položka 7. Ta zní: Jaký je počet všeobecných sester ve službě s ohledem na počet a stav pacientů. Respondenti (všeobecné sestry) mohli odpovědět: dostačující, podprůměrný, nadprůměrný, nedostačující.

Tabulka 6:

<b>Počet všeobecných sester ve službě</b>	<b>Pozorované</b>		<b>Očekávané</b>		<b>Chí kvadrát test</b>
	<b>Četnost</b>	<b>Procenta</b>	<b>Četnost</b>	<b>Procenta</b>	
<b>nadprůměrný - dostačující</b>	28	52 %	27,5	51 %	89,1 %
<b>podprůměrný - nedostačující</b>	26	48 %	26,5	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku, jaký je počet všeobecných sester ve službě s ohledem na počet a stav pacientů.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0:** Počet všeobecných sester během služby je dle názoru všeobecných sester nedostačující. Tato hypotéza je tímto potvrzena.

**Stanovená H4:** Počet všeobecných sester během služby je dle názoru všeobecných sester nedostačující. Tato hypotéza je tímto zamítnuta.

**H5: Kvalita poskytované péče z pohledu všeobecných sester závisí na psychickém rozpoložení všeobecné sestry.**

**H0:** U všeobecných sester, které jsou v pracovní době ve stresu, se stres neodráží na kvalitě poskytované péče.

Hypotézou byla testována položka 19, tedy zda se odráží pracovní stres na výkonu sester v péči o pacienty. Odpovědět mohli: neodráží, výjimečně, občas.

Tabulka 7:

<i>Vliv působení stresu při péči o pacienty</i>	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
<b>neodráží</b>	22	41 %	27,5	51 %	13,4 %
<b>výjimečně - občas</b>	32	59 %	26,5	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0:** U sester, které jsou v pracovní době ve stresu, se stres neodráží na výkonu v péči o pacienty. Tato hypotéza je tímto potvrzena.

**Stanovenou H5:** Kvalita poskytované péče z pohledu všeobecných sester závisí na psychickém rozpoložení všeobecné sestry. Tato hypotéza je tímto zamítnuta.

**H6: Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta.**

**H0:** Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci nezabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta.

Hypotézou byla testována položka 15, tedy kolik času v průměru trávíte u zdravotnické dokumentace oproti času stráveného u pacientů. Odpovědět mohli:  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$  času z pracovní doby.

Tabulka 8:

Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
čtvrtinu - polovinu	50	93 %	45	51 %	6,8 %
tři čtvrtiny	4	7 %	9	49 %	
<b>CELKEM</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku, kolik času v průměru trávíte u zdravotnické dokumentace oproti času stráveného u pacientů.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je více než 5 %.

**H0:** Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci nezabere více času z pracovní doby sester, než samotná péče o pacienta. Tato hypotéza je tímto potvrzena.

**Stanovenou H6: Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta. Tato hypotéza je tímto zamítnuta.**

## 8 Diskuse

Diplomová práce se zabývá problematikou naplňování kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče, zejména kvalitou poskytované péče a časem, který tráví všeobecná sestra s pacientem. Možný výběr kritérií udává tabulka č. 1 v příloze. Výzkumné šetření bylo realizováno jak z pohledu sester, tak jejich pacientů ve třech pražských nemocnicích.

Naplňování kritérií kvalitního ošetrovatelského procesu je velice důležité. Tento proces ovlivňuje celá řada faktorů vnějších i vnitřních. Vnější faktory představují především potřeby pacientů, dodavatelé materiálů a služeb či získávání nových výkonných pracovníků, kteří mohou pozitivně ovlivnit chod oddělení. Vnitřní faktor představuje zejména působení managementu, který by měl zajistit plynulý chod oddělení. Nesmí se však zapomínat na podmínky, za kterých sestry tento proces musejí uskutečňovat. Nedávný výzkum České asociace sester se v červnu a červenci roku 2013 zaměřil na téma „Problematika pracovních podmínek zdravotníků v České republice“. Celý výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření u téměř 16 000 respondentů. Dotazník byl rozdělen do jedenácti částí: Počet klientů na jednoho zdravotníka, Přesčas, Čerpání přestávky, Vyčerpanost zdravotníka, Odměny, Pomůcky a vybavení, Čas na klienty, Komunikace s nadřízenými, Administrativa, Využití zdravotních služeb pro své blízké a Jiné problémy. Návratnost byla třetinová, ale i tak byl vzorek respondentů dostatečně velký pro následující zjištění. Ve zdravotnických zařízeních je málo sester na mnoho pacientů a na velké spektrum ošetrovatelské činnosti. Sestry jsou vyčerpané, nestíhají vyčerpat třicetiminutovou pauzu na oběd, zůstávají v práci déle, aby dokončily záznamy v dokumentaci a ani tak se nemohou stoprocentně věnovat všem svým pacientům. Finanční ohodnocení této jejich časové ztráty není žádné. To vše je ze strany nadřízených většinou bagatelizováno či zcela přehlíženo (Zpravodaj České asociace sester 6/2013; Ackleby, a Ladwig, 2011; Alfaro-Lefever, 2006).

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak jsou naplňována kritéria ošetrovatelské péče o pacienta poskytované všeobecnou sestrou. Pro získání odpovědi byly použity tři dimenze kvality, podle definice Madara a kol. (2004), které jsou popsány v teoretické

částí této práce. Prvním z nich je kvalita služeb z pohledu klienta. Druhá je kvalita služeb z profesionálního hlediska zdravotnického personálu. Třetí je kvalita služeb z hlediska řízení. Tento výzkum se zaměřil na první dvě dimenze - názory sester a pacientů. Zajímavým zjištěním bylo, že zájem o vyplnění dotazníků, i odpovědi respondentů byly ve všech vybraných institucích velice podobné.

Klíčovým parametrem byla zvolena kvalita poskytované péče. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou. Výzkumný soubor tvořilo celkem 54 respondentů z řad všeobecných sester a 51 respondentů z řad pacientů, kteří kompletně vyplnili připravený dotazník. Všeobecné sestry odpovídaly na 24 otázek a pacienti na 15 otázek. V obou případech byla návratnost zhruba poloviční. Ochota k vyplnění dotazníku byla mnohem větší u hospitalizovaných pacientů, než u všeobecných sester, u kterých se zřejmě projevil nedostatek času.

Celé výzkumné šetření probíhalo v rámci tří pražských nemocnic - Fakultní nemocnice v Motole (FNM), Institut Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM) a Nemocnice Na Františku (NNF). V těchto nemocnicích byly vybrány interní kliniky. V rámci těchto klinik byly dotazníky rozdány na šesti odděleních. Vrátilo se 7 dotazníků IKEM oddělení A (13%), 5 dotazníků IKEM oddělení B (9 %), 5 dotazníků NNF oddělení F1 (9 %), 10 dotazníků NNF oddělení F2 (19 %), 11 dotazníků FNM oddělení KOKJ (20%), 5 dotazníků FNM oddělení KOS1 (9%), 11 dotazníků FNM oddělení KOS2 (21 %).

Pro analýzu dat z vybraných dotazníků a kvantitativní zhodnocení výzkumu byl použit program Microsoft Excel.

U pacientů bylo nejvíce zastoupeno věkové rozhraní 51 až 63 let, dotazník vyplnilo více mužů (59 %) než žen (41 %) a lehce převažovali pacienti hospitalizovaní více než týden. Dosažené vzdělání výzkumného vzorku pacientů bylo v převažující většině středoškolské (51 %), základní vzdělání či výuční list uvedlo 29 %, vysokoškolské vzdělání 20%.

U výzkumného souboru všeobecných sester převažovalo věkové rozhraní 22 až 28 let (52 %), 29 až 40 let (28 %) 41 až 55 (15 %) a nad 56 let 5 %. Výzkumný vzorek představovalo 48 žen a 6 mužů. Vzdělání sester bylo různorodé s převažujícím



zastoupením vzdělání na středních školách (37 %), na vyšších odborných školách 24 %, bakalářské studium absolvovalo 26 % a magisterské studium 13 %. Největší zastoupení měly sestry s délkou praxe větší než 10 let (39 %), následuje délka 4-5 let (22 %), 6-10 let (20 %), 1-3 roky (15 %) a méně než rok 4 %.

Pro potřeby výzkumu bylo stanoveno šest hypotéz, které měly zhodnotit míru naplňování vybraných kritérií ošetrovatelské práce z hlediska pacientů i všeobecných sester.

První stanovená hypotéza zní následovně: K naplňování kritérií ošetrovatelské péče dochází častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích.

Výzkumný vzorek tvořily tři nemocnice v Praze. Jedna nemocnice (resp. tři vybraná oddělení) je fakultní (FN Motol). Druhé dvě nemocnice jsou nefakultního typu, tvoří je šest oddělení (IKEM, Nemocnice Na Františku). 34 odpovědí pocházelo z oddělení nefakultních nemocnic a 17 odpovědí z oddělení 1 fakultní nemocnice.

Pro vyhodnocení této hypotézy byly použity odpovědi pacientů na dvě klíčové otázky – kvalita ošetrovatelské péče a čas strávený se sestrou.

Kvalitu ošetrovatelské péče ve fakultních, resp. nefakultních nemocnicích hodnotí jako výbornou či uspokojivou 94 %, resp. 97 % pacientů a pouze 6 %, resp. 3 % ji považují za špatnou. Špatné hodnocení uváděli častěji starší pacienti.

Čas strávený se sestrou naprostá většina pacientů fakultních, resp. nefakultních nemocnic považuje za dostačující – nadprůměrný (76 %, resp. 94 %), za nedostačující – podprůměrný ho považuje 24 %, resp. 6 % pacientů. I v tomto případě nedostatek času pociťují častěji starší pacienti.

Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť pozitivní i negativní odpovědi na tyto otázky byly rovnoměrně rozloženy mezi všechna nemocniční zařízení.

Podle druhé hypotézy měli pacienti ve většině případů hodnotit jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry.

Na otázku, co je pro spokojenost během hospitalizace nejdůležitější (otázka č. 13), polovina dotázaných uvádí jako nejdůležitější přístup sestry, druhá polovina naopak spolupráci s lékařem.

Tato hypotéza se tedy nepotvrdila. Z další otázky vyplynulo, že pacienti hodnotí přístup všeobecných sester jako povzbudivý ze 78 %, z 18 % jako neosobní a 4 % ho považují za lhostejný.

Samotné všeobecné sestry jako klíčové kritérium ze čtyř možností - spokojený pacient, spokojená sestra, komunikace sestra - lékař a komunikace lékař - pacient (otázka č. 6) uvedly jako hlavní kritérium ve 44 % případů spokojeného pacienta, v 30 % spokojenou sestru, ve 20 % komunikaci sestra - lékař a v 6 % komunikaci pacient - lékař.

Třetí hypotéza měla zjistit, zda reakce sestry na specifické požadavky pacienta je dostatečně rychlá. Většina pacientů byla spokojena jak s reakcí sestry na žádost o tlumení bolesti, tak s reakcí na použití signalizace (otázky 10 a 11).

Tři čtvrtiny pacientů (76 %) ohodnotily reakci sestry na žádost o tlumení bolesti jako okamžitou, 18 % ji označilo jako „s malou prodlevou“. Reakce sestry na použití zvonečku byla třemi čtvrtinami respondentů (75 %) zhodnocena jako okamžitá, 11 dotázaných (22 %) ji popsalo jako „s malou prodlevou“. Dá se tedy říci, že většina pacientů označila tyto aspekty jako uspokojivé. Jako pomalou označili reakci v obou případech starší pacienti.

Všeobecné sestry uvádějí svoji reakci na žádost o tlumení bolesti i na signalizaci zvonečku shodně jako okamžitou v 91 % a s malou prodlevou v 9 % případů.

Hypotéza „Reakce sestry na specifické požadavky pacienta je rychlá“ tak byla potvrzena jak samotnými pacienty, tak všeobecnými sestrami.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že počet sester během služby je dle názoru sester nedostatečný. Pro ověření této hypotézy byly využity odpovědi všeobecných sester. Tato hypotéza byla vyvrácena.

Podle páté hypotézy by kvalita poskytované péče měla záviset na psychickém rozpoložení sestry. Na všeobecné sestry do značné míry působí stres a napětí. Tyto aspekty mohou výrazně ovlivnit výkon sestry během služby. Zda tomu tak je, se snažila

zjistit série otázek v dotazníku pro všeobecné sestry.

Občasný stres uvádí 44 % sester, 15 % stres častý a 41 % stres nepocit'uje. Nejčastějším důvodem stresu je velký počet pacientů, na druhém místě je komunikace s lékaři. Stresem trpí většinou sestry mladší. U sester, které stres přiznaly, tento aspekt u 82 % práci neovlivňuje vůbec a v malé míře ovlivňuje jen 18 %.

Pro spokojenost všeobecných sester na pracovišti je také důležitá jejich vzájemná spolupráce a spolupráce sester s lékaři. Z tohoto důvodu byly do dotazníku zařazeny i otázky hodnotící tuto oblast.

Nadpoloviční většina sester (83 %) hodnotí spolupráci ve svém kolektivu jako sehranou. 15 % dotazovaných označilo práci jako chaotickou a jen 2 % uvedla, že vyjadřuje napětí mezi sestrami.

V České republice bylo provedeno mnoho výzkumu o spokojenosti všeobecných sester v práci. Bártlová (2006) ve svém výzkumu s názvem *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice* zjistila, že polovina sester je spokojena se svou prací. Sestry ve 44,4 % uvedly, že se svou prací jsou spokojeni jen někdy. Jako nejdůležitější faktor spokojenosti v práci sestry uvedly dobré vztahy na pracovišti. Jako druhý nejdůležitější faktor spokojenosti uvedly různorodost práce.

V rámci hodnocení spolupráce s lékaři byly výsledky podobné. Na otázku, zda lékaři pracují se sestrami jako s členy týmu, odpověděly 4 % sester vždy, spolupráci ve velké míře uvedlo 59 %, v malé míře 35 % a žádnou spolupráci 2 %.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Část sester sice stresové stavy připustila, uváděly ale, že stres na kvalitu jejich práce vliv nemá.

Z pohledu pacientů působil tým sester sehraně v 82 % a v 18 % vyjadřoval napětí. To znamená, že podle pacientů většina sester ve stresu není.

Zajímavá byla odpověď sester na otázku, zda někdy uvažovaly o změně povolání, 63 % z nich odpovědělo, že ano. Z toho bylo 19 ve věku 22 - 28 let, 8 ve věku 29-40, 4 ve věku 42-50 a 3 nad 50 let.

To svědčí o tom, že kromě stresu na sestry působí negativně i jiné okolnosti, např. finanční ohodnocení či množství přesčasů. Práci přes čas v rozsahu 0-10 hodin uvádí 59 % sester, 11-20 uvádí 30 %, 21- 30 hodin zbývajících 11 %.

Šestá hypotéza předpokládala, že čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester, než samotná péče o pacienta.

Čas, který věnují sestry ošetrovatelské dokumentaci, zabírá podle 43 % sester polovinu pracovní doby, 50 % sester uvádí čtvrtinu a 7 % tři čtvrtiny pracovní doby. Tato hypotéza se tedy potvrdila.

Pokud jde o formu dokumentace, 78 % sester uvádí, že používají papírovou formu a 22 % kombinovanou formu papírové a elektronické dokumentace. Ve všech případech je sesterská a lékařská dokumentace oddělená, ale uložená na jednom místě.

Používaná forma plně vyhovuje 70 % procentům všeobecných sester, 22 % vyhovuje částečně a 8 % nevyhovuje.

Mastiliaková provedla výzkum mezi sestrami, aby zjistila, jak v praxi sestry hodnotí práci s ošetrovatelskými diagnózami. Výzkumu se zúčastnilo 41 sester. Prokázalo se, že většina sester pracuje na svém pracovišti formou ošetrovatelského procesu. Více jak polovina dotazovaných uvedla, že metodu ošetrovatelských diagnóz považuje za potřebnou. Z tohoto výzkumu se dá předpokládat, že většina sester považuje ošetrovatelskou dokumentaci s používáním ošetrovatelských diagnóz jako přínosnou a v rámci ošetrovatelského procesu jako potřebnou (Mastiliaková, 2001).

Z dotazníků mimo jiné vyplynula další zajímavá zjištění. Na dotaz, zda bylo dostatečně respektováno soukromí pacient, odpovědělo 45% pacientů, že v maximální možné míře, 49 % bylo respektování soukromí uspokojivě, u 4 % v malé míře a u 2 % vůbec. Na dotaz, zda měli pacienti během hospitalizace důvod ke stížnosti, odpovědělo 90 % pacient, že nikoliv, 10 % odpovědělo, že ano. Důvod ke stížnosti však neuvedli.

Jedna z otázek zkoumala i spokojenost všeobecných sester s materiálním vybavením oddělení. Dostatek pomůcek uvedlo 81 % sester, nedostatek 19 %.

Na dotaz, zda je vedení schopno pružně reagovat na připomínky v souvislosti s vnitřním řádem odpovědělo 11 % sester, že vždy, 39 % často, 39% někdy a 11%, že vedení není vůbec schopno pružně reagovat na připomínky v souvislosti s vnitřním řádem.

## 9 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak jsou naplňována kritéria pro poskytování ošetrovatelské péče. Výstup z této práce by mohl sloužit k obeznámení zdravotnického personálu s touto problematikou i jejím vnímáním od samotných pacientů.

Bylo stanoveno šest hypotéz.

První z nich měla za úkol zjistit, zda dochází k naplňování kritérií ošetrovatelské péče častěji ve fakultních nemocnicích než v nefakultních nemocnicích. Jen mírně větší spokojenost pacientů s kvalitou péče průzkum odhalil v nefakultních nemocnicích. Z výsledků šetření dále vyplynulo, že s kvalitou ošetrovatelské péče je většina pacientů spokojena a hodnotí ji jako výbornou bez ohledu na typ nemocničního zařízení. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti hodnotí jako klíčové kritérium ošetrovatelské péče přístup sestry. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť polovina dotázaných uvádí jako nejdůležitější přístup sestry, druhá polovina naopak spolupráci s lékařem. Výzkum současně ukázal, že naprostá většina pacientů hodnotí přístup všeobecných sester velmi pozitivně. Samotné všeobecné sestry jako klíčové kritérium uvedly spokojeného pacienta i spokojenou sestru.

Třetí hypotéza měla zjistit, zda reakce sestry na specifické požadavky pacienta je dostatečně rychlá. Tato hypotéza se potvrdila, většina pacientů byla spokojena jak s reakcí sestry na žádost o tlumení bolesti, tak s reakcí na použití signalizace. I odpovědi sester tuto hypotézu potvrdily.

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že počet všeobecných sester během služby je dle názoru všeobecných sester nedostačující. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Podle páté hypotézy by kvalita poskytované péče měla záviset také na psychickém rozpoložení sestry. Tato hypotéza se nepotvrdila, přestože část sester stres připustila. Uváděli ale, že stres na kvalitu jejich práce vliv nemá. Nejčastějším důvodem stresu je velký počet pacientů, na druhém místě je komunikace s lékaři. Stresem trpí většinou sestry mladší. Pro spokojenost všeobecných sester na pracovišti je také důležitá jejich vzájemná spolupráce a spolupráce sester s lékaři. Nadpoloviční

většina sester hodnotí spolupráci ve svém kolektivu jako sebranou a bez stresu.

Šestá hypotéza předpokládala, že čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta. Tato hypotéza se nepotvrdila. Z odpovědí všeobecných sester vyplývá, že doba strávená vyplňováním ošetrovatelské dokumentace ve většině případů (93 %) zabere polovinu nebo méně než polovinu pracovní doby.

Pokud má být ošetrovatelský proces kvalitní, měly by být spokojené všechny tři subjekty, které se na ošetrovatelské péči podílejí, tj. pacienti, ošetrovatelský personál a management (ten ale předmětem výzkumu nebyl). Přesto, že v dnešní době zdravotnictví trpí nedostatkem financí i zdravotnických pracovníků, z výzkumu vyplynulo, že kvalita ošetrovatelské péče je velmi dobrá a pacienti jsou s ní spokojeni. Výzkum dále ukázal, že rezervy jsou ve vztazích lékař - sestra, pružnějších reakcích managementu na připomínky sester, materiálovém vybavení, nedostatku všeobecných sester a z toho plynoucí jejich velké vytíženosti.

## 10 Seznam literatury

ACKLEY, B. J. a G. B. LADWIG. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 9. vyd. St. Louis: Mosby-Elsevier. 2011. ISBN 978-0-323-07150-5.

AION. *Zákony pro lidi. Postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb*. [online] Praha. 2010 – 2015. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>.

ALFARO-LEFEVRE, R.. *Applying nursing process: a tool critical thinking*. 6. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2006. ISBN 0781-5378-3.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ, M. TREŠLOVÁ. *Vztah sestry – lékař*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.

BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2009. ISBN 978-80-7013-467-2.

BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 2006. roč. 9, č. 3. S. 126-128. ISSN 1213-6050.

BÁRTLOVÁ, S. a M. TREŠLOVÁ. *Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři*. Kontakt - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2010. Str. 7 – 19. ISSN 1212-4117.

BAUMANN, A. *Positive practice environments: Quality workplaces – Quality patient care*. ICN. 2007. Geneva.

BOCKOVÁ, S., J. MAREČKOVÁ. *Přehled poznatků o hodnocení ošetrovatelské péče klasifikací NOC*. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta. 2011. S. 11-17. ISBN: 978-80-89544-00-4.

CECHMED. *Příručka pacienta: průvodce patientskými právy*. Praha. 2008.

CRAWFORD, P., BROWN, B., BOHNAN, P. *Communication in Clinical Settings*. Cengage Learning EMEA. United Kingdom. 2006. ISBN-10: 0-7487-9716-5.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Pracovní podmínky zdravotníků v ČR*. Zpravodaj české asociace sester 6/2013 [online]. Praha. [cit. 2014-02-18] Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zpravodaj\\_cas\\_2013\\_6.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zpravodaj_cas_2013_6.pdf).

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zdravotnictví v České republice – vybrané ukazatele*. [online] Praha. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/cz/cr\\_1989\\_ts/1301.pdf](http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1301.pdf).

DOENGES, M. E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha. Grada Publishing. 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FEIK, Š. *Mezi lékaři a sestrami chybí týmová práce*. [online] Praha. Medical Tribune: 2010 [cit. 2014-08-5]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/19483-mezi-lekari-a-sestrami-chybi-tymova-prace>.

FRIČOVÁ, S. *Úloha manažera v motivaci ošetrovatelského týmu*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta. 2012. - Roč. 22, č. 4 (2012), s. 30-32. ISSN 1210-0404.



HOLUBOVÁ, A. a A. PÁLKOVÁ. *Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci.* [online] Praha. Sestra: 2012. [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-vnimaji-sestry-oseetrovatelskou-dokumentaci-463100>.

HUBOVÁ, V. a H. MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělání všeobecných sester.* Sestra. Praha: Mladá fronta a.s., 2012, roč. 22, č. 2, str. 20-21. ISSN 1210-0404.

CHARVÁTOVÁ, P., V. DI CARA., PETR, T. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.*[online] Praha. [cit. 2014-07-3]. Dostupné z:[http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf).

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* Praha: ISV. 2000. ISBN: 80-85866-55-2.

KILÍKOVÁ, M. *Kvalita vedení ošetrovateľskej dokumentácie v praxi.* Kontakt: vědecký časopis. 2009. Roč. 11, č. 1, s. 232-238. ISSN 1212- 4117.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník.* 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z.* 1. české vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.

KOPEČNÁ, E., J. PASEKA a A. JEDLIČKOVÁ. *Monitorace, audit a inspekce v klinickém hodnocení: praktická příručka nejen pro zkoušející tým a monitory, kteří se účastní nebo chtějí účastnit klinických hodnocení.* Vyd.1. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-602-1.

KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ A R. OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRAJDLOVÁ, E. *Práva pacientů z pohledu historie*. Stěžeň, 2003. Roč. 14, č 3, s 10 – 12. ISSN 1210 – 0153.

MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREČKOV, J. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava 2006, 80 s. ISBN 80-7368-109-9.

MARX, D. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1001-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva pacientů ČR* [online]. Praha. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

MLÝNKOVÁ, J. *Významné ženy ošetrovatelství*. Florence. Praha: Galen. 2006, roč. II,č. 7-8, str. 25-26. ISSN 1801-464X.

MULLEROVÁ, N. *Sestra v roli auditorky*. Florence. Praha: Galen. 2006, roč. II,č. 7-8, str. 25-26. ISSN 1801-464X.

MZV: Zákon č. 96/2001 Sb. SDĚLENÍ MINISTERSTVA ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: úmluva o lidských právech a biomedicině*. Oviedo 4. 4. 1997 (PŘEKLAD) [online] Praha. [cit. 2014-04-10] Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf](http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf).

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006,150 s. ISBN 80-247-1211-3.

POSPÍŠILOVÁ, A., M. KYASOVÁ a P. JUŘENÍKOVÁ. *Znalost pojmů NANDA international, nic a noc s ohledem na vzdělání všeobecných sester*. Kontakt - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 2012. Roč. 14, č. 4, s. 421-433. ISSN 1212-4117.

ŠČEPOŇCOVÁ, S. *NANDA taxonomie II*. Sestra. Praha: Mladá fronta. 2009, roč. 19-II, č. 11. S. 20-21. ISSN 1210-0404.

ŠČEPOŇCOVÁ, S. *Zdravotnická dokumentace*. Sestra. Praha: Mladá fronta. 2009, roč. 19-II, č. 11. S. 28-29. ISSN 1210-0404.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠUSTEROVÁ, D. *Stres v práci sestry*. Sestra. Praha: Mladá fronta. 2009, roč. 19-II, č. 11. S. 24. ISSN 1210-0404.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd.1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, E a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: 2008, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VAŠÁTKOVÁ, I. a H. ULRYCHOVÁ. *Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace*. Sestra: Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2007. Roč. 17, č. 2, s. 21 – 22. ISSN 1210-0404.

VOKURKA, M. a J. HUGO. *Praktický slovník medicíny* 6., rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2000, 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

VONDRÁČEK, L.; BOUŠKA, I. *Základy zdravotnického práva*. Praha 2004. ISBN 80-246-0882-0.

VONDRÁČEK, L., M. LUDVÍK a J. NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. WIRTHOÁ, V. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEBER, J. and J. KELLEY, 2003. *Health assessment in nursing*. 2. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 0-7817-3207-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Constitution of the World health organization* [online]. 201. [2014-04-20]. Dostupné z: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [online] Praha. [cit. 2014-04-12] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6dne>.

## 11 Seznam grafů

- Graf 1: Návratnost rozdaných dotazníků – sestry
- Graf 2: Návratnost rozdaných dotazníků - pacienti
- Graf 3: Věkové rozložení výzkumného vzorku – pacienti
- Graf 4: Genderové rozložení výzkumného vzorku - pacienti
- Graf 5: Dosažené vzdělání výzkumného vzorku - pacienti
- Graf 6: Věkové rozložení výzkumného vzorku - sestry
- Graf 7: Genderové rozložení výzkumného vzorku - sestry
- Graf 8: Dosažené vzdělání výzkumného vzorku
- Graf 9: Délka praxe oslovených sester
- Graf 10: Jaký je počet sester ve službě s ohledem na počet a stav pacientů
- Graf 11: Čas věnovaný přímé ošetrovatelské péči považují všeobecné sestry za:
- Graf 12: Čas, který u mě sestry tráví během dne, je:
- Graf 13: Kvalita péče o mou osobu poskytovaná sestrou je:
- Graf 14: Důležitost kritérií ošetrovatelské péče dle všeobecných sester
- Graf 15: Spokojenost pacientů z pohledu kvality péče - fakultní nemocnice
- Graf 16: Spokojenost pacientů z pohledu kvality péče - nefakultní nemocnice
- Graf 17: Spokojenost pacientů z pohledu času – fakultní nemocnice
- Graf 18: Spokojenost pacientů z pohledu času – nefakultní nemocnice
- Graf 19: Priorita během hospitalizace
- Graf 20: Preference pacientů během hospitalizace
- Graf 21: Respektování soukromí během hospitalizace
- Graf 22: Měli jste někdy během této hospitalizace důvod ke stížnosti?
- Graf 23: Reakce sestry na o tlumení bolesti
- Graf 24: Reakce sestry na použití signalizace
- Graf 25: Reakce sester na pacientovu žádost k tlumení bolesti
- Graf 26: Reakce všeobecné sestry na použití signalizace
- Graf 27: Dobu strávenou s 1 - 3 pacienty ve službě považují za
- Graf 28: Dobu strávenou se 7 a více pacienty ve službě považují za
- Graf 29: Více času u pacientů potřebují všeobecné sestry v oblasti:

- Graf 30: Počet sester ve službě – pohled pacientů
- Graf 31: Pracovní doba a stres
- Graf 32: Odraz stresu na péči o pacienty
- Graf 33: Nejčastější důvody stresu:
- Graf 34: Dostatek pomůcek k naplnění ošetrovatelské péče
- Graf 35: Spolupráce sester
- Graf 36: Spolupráce s lékaři
- Graf 37: Hodnocení přístupu sester z pohledu pacientů
- Graf 38: Hodnocení spolupráce sester z pohledu pacientů
- Graf 39: Přesčasové hodiny
- Graf 40: Reakce vedení na připomínky s vnitřním řádem oddělení
- Graf 41: Druh ošetrovatelské dokumentace
- Graf 42: Spokojenost s dokumentací
- Graf 43: Uložení ošetrovatelské dokumentace
- Graf 44: Průměrný čas strávíte u zdravotnické dokumentace oproti času s pacientem
- Graf 45: Úvahy o změně povolání

## **12 Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník pro pacienty

Příloha 2: Dotazník pro zdravotní sestry

Příloha 3: Tabulka kritérií

Příloha 4: GCS - Glasgow Coma Scale

Příloha 5: BMI - Body Mass Index

Příloha 6: Barthelův test základních všedních činností

Příloha 7: Stupnice dle Nortonové

Příloha 8: Maslowova pyramida

### **13 Seznam tabulek**

Tabulka 1: Kvalita poskytované péče

Tabulka 2: Čas věnovaný pacientům

Tabulka 3: Priorita ve spokojenosti pacientů během hospitalizace

Tabulka 4: Reakce sestry na tlumení bolesti

Tabulka 5: Reakce sestry na signalizační zařízení

Tabulka 6: Počet všeobecných sester ve službě

Tabulka 7: Vliv působení stresu při péči o pacienty

Tabulka 8: Čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci

Tabulka 9: Tabulka kritérií



## 14 Přílohy

### Příloha 1:

#### DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážený pane/paní,

jmenuji se Tereza Řezáčová a jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude použit v rámci mé diplomové práce na téma: *Naplňování kritérií pro poskytování ošetřovatelské péče*. Výsledky výzkumu budou použity v praxi pro zkvalitnění ošetřovatelské péče a zvýšení spokojenosti pacientů při hospitalizaci.

Předem Vám děkuji za čas a úsilí, které věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Tereza Řezáčová

#### 1. Věk (zaškrtněte):

- a. 18 – 30 let
- b. 31 – 50 let
- c. 51 – 65 let
- d. 65 a více

#### 2. Pohlaví (zaškrtněte):

- a. Žena
- b. Muž

#### 3. Dosažené vzdělání (zaškrtněte):

- a. Základní vzdělání
- b. Vyučen/a
- c. Střední škola s maturitou
- d. Vysokoškolské/vyšší odborné vzdělání

**4. Kvalita péče, kterou Vám všeobecné sestry poskytují je (zaškrtněte):**

- a. Výborná
- b. Špatná

**5. Čas, který u Vás sestra tráví během dne, je pro Vás (zaškrtněte):**

- a. Dostačující
- b. Podprůměrný
- c. Nadprůměrný
- d. Nedostačující

**6. V jaké situaci byste potřeboval/a, aby u Vás sestra trávila více času (můžete označit více možností) dát číslování?**

- a. Stravování (výživa a hydratace)
- b. Hygiena a oblékání
- c. Pohyb a aktivita
- d. Komunikace
- e. Povzbuzení
- f. Řešení nejasností a problémů

**7. Myslíte si, že je počet sester ve službě s ohledem na počet a stav pacientů (zaškrtněte):**

- a. Dostačující
- b. Podprůměrný
- c. Nadprůměrný
- d. Nedostačující

**8. Jak byste z Vašeho pohledu zhodnotil/a přístup sester (zaškrtněte):**

- a. Profesionální – povzbudivý
- b. Profesionální – neosobní
- c. Lhostejný

**9. Jak na Vás působí úroveň spolupráce sesterského týmu na tomto oddělení (zaškrtněte):**

- a. Sehraně
- b. Vyjadřuje napětí a neklid
- c. Chaoticky

**10. Jaká byla reakce sester na Vaší žádost k tlumení bolesti (zaškrtněte):**

- a. Okamžitá
- b. S malou prodlevou
- c. S velkou prodlevou
- d. Žádná

**11. V případě, že používáte signalizační zařízení. Jaká je reakce ošetrovatelského personálu na použití signalizace (zvonečku)?**

- a. Okamžitá
- b. S malou prodlevou
- c. S velkou prodlevou
- d. Žádná

**12. Do jaké míry je respektováno Vaše soukromí během hospitalizace?**

- a. Vůbec
- b. V malé míře
- c. Uspokojivě
- d. Maximálně

Pokud jste uvedl A či B, uveďte důvod:

.....

**13. Co je pro Vaši spokojenost během hospitalizace nejdůležitější (označte jen jednu možnost):**

- a. Vaše spolupráce s lékařem
- b. Poskytování informací sestrou
- c. Aktivní přístup sestry
- d. Vlídny přístup sestry

Jiné: .....

**14. Měl/a jste někdy během této hospitalizace důvod ke stížnosti?**

- a. Ano
- b. Ne

Pokud jste odpověděl/a Ano pokračujte na otázku číslo 15

**15. Jaký byl důvod ke stížnosti?**

.....

## **Příloha 2:**

### **DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY**

Vážený pane/paní,

jmenuji se Tereza Řezáčová a jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude použit v rámci mé diplomové práce na téma: *Naplňování kritérií pro poskytování ošetřovatelské péče*. Výsledky výzkumu budou použity v praxi pro zkvalitnění ošetřovatelské péče a zvýšení spokojenosti pacientů při hospitalizaci.

Předem Vám děkuji za čas a úsilí, které věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Tereza Řezáčová

#### **1. Věk (zaškrtněte):**

- a. 22 – 28 let
- b. 29 – 40 let
- c. 41 – 55 let
- d. 56 – 65 let

#### **2. Pohlaví (zaškrtněte):**

- a. Žena
- b. Muž

#### **3. Dosažené vzdělání (zaškrtněte):**

- a. Střední škola
- b. Vyšší odborná škola
- c. Vysoká škola Bc.
- d. Vysoká škola Mgr.
- e. PSS - specializace

**4. Délka Vaší praxe celkem (zaškrtněte):**

- a. Do jednoho roku
- b. 1 - 3 roky
- c. 4 – 5 let
- d. 6 – 10 let
- e. 10 a více let

**5. Druh kliniky / oddělení Vašeho současného zaměstnání / průměrný počet pacientů ve službě (doplňte):**

.....

**6. Očíslujte podle důležitosti kritéria ošetrovatelské péče (1-4):**

- a. ... spokojený pacient
- b. ... spokojená sestra
- c. ... komunikace sestra – lékař
- d. .... komunikace lékař -pacient

**7. Jaký je počet sester ve službě s ohledem na počet a stav pacientů (zaškrtněte):**

- a. Dostačující
- b. Podprůměrný
- c. Nadprůměrný
- d. Nedostačující

**8. Čas věnovaný přímé ošetrovatelské péči považujete za (zaškrtněte):**

- a. Dostatečný
- b. Nedostatečný

**9. Pokud jste odpověděl/a nedostatečný potřeboval/a, byste více času na (můžete označit více možností)**

- a. Stravování (výživa a hydratace)
- b. Hygiena a oblékání
- c. Pohyb a aktivita
- d. Komunikace
- e. Povzbuzení
- f. Řešení nejasností a problémů

**10. Vaše reakce na žádost pacienta k tlumení bolesti je (zaškrtněte):**

- a. Okamžitá
- b. S malou prodlevou
- c. S velkou prodlevou

**11. Na signál pacienta mohu reagovat většinou (zaškrtněte):**

- a. Okamžitě
- b. S malou prodlevou
- c. S velkou prodlevou

**12. Jaký druh ošetrovatelské dokumentace používáte na Vašem oddělení (zaškrtněte):**

- a. Papírovou
- b. Elektronickou
- c. Kombinaci obojího

**13. Ošetrovatelská dokumentace je (zaškrtněte):**

- a. Součástí lékařské
- b. Je oddělená, ale na jednom místě
- c. Je uložena na zcela jiném místě než lékařská

**14. Vámi používaný způsob Vám (zaškrtněte):**

- a. Vyhovuje
- b. Částečně vyhovuje
- c. Nevyhovuje

Pokud jste uvedl/a C, uveďte proč:.....

**15. Kolik času v průměru trávíte u zpracovávání dokumentace oproti času stráveného u pacientů (zaškrtněte):**

- a.  $\frac{1}{4}$
- b.  $\frac{1}{2}$
- c.  $\frac{3}{4}$

**16. Máte dostatek pomůcek pro naplňování kvalitní ošetrovatelské péče (zaškrtněte):**

- a. Ano
- b. Ne

**17. Jste v pracovní době ve stresu (zaškrtněte):**

- a. Nejsem
- b. Jen někdy
- c. Často

Pokud jste odpověděl/a *nejsem*, pokračujte otázkou číslo 20.

**18. Důvod stresu vyplývá z:**

- a. Počtu pacientů
- b. Požadavků pacientů
- c. Požadavků lékařů
- d. Nedostatku kvalitních pomůcek



**19. Odráží se pracovní stres na Vašem výkonu v péči o pacienty (zaškrtněte):**

- a. Neodráží
- b. Výjimečně
- c. Občas

**20. Jak byste ohodnotil/a spolupráci sester na Vašem oddělení (zaškrtněte):**

- a. Sehraná
- b. Vyjadřuje napětí a neklid
- c. Chaotická

**21. Pracují s Vámi lékaři jako s členy týmu (zaškrtněte):**

- a. Vůbec
- b. V malé míře
- c. Ve velké míře
- d. Vždy

**22. Kolik přesčasových hodin měsíčně odsloužíte (zaškrtněte):**

- a. 0 – 10
- b. 11 – 20
- c. 21 – 30
- d. 31 a více

**23. Je Vaše vedení schopno pružně reagovat na připomínky v souvislosti s vnitřním řádem (zaškrtněte):**

- a. Vůbec
- b. V malé míře
- c. Ve velké míře
- d. Maximálně

**24. Uvažoval/a jste někdy vzhledem k náročnosti vaší práce o změně povolání**

**(zaškrtněte):**

a. Ano

b. Ne

**Příloha 3:**

<b>Tabulka kritérií</b>	
<b>SESTRA</b>	<b>PACIENT</b>
MANAGEMENT	HOTELOVÉ SLUŽBY
Spolupráce s nadřízeným	Prostředí (pokoj, soc. zařízení)
Vnitřní řád	Počet hospitalizovaných (na pokoji)
Odměny, pochvaly	Stravování
KVALITA	KVALITA
Počet pacientů	Práva pacientů
Čas – pacient/dokumentace	Soukromí
Dokumentace, administrativa	Domácí řád-budíček, včerka, návštěvy
Spolupráce s lékaři	Spirituální péče
Standardy	Kvalita ošetrovatelské péče
Počet služeb	Čas – sestra při ose péči
Množství a kvalita pomůcek	Chování sester - komunikace
Kolektiv	Čekání na výkon
Stres	
Supervize	

**Příloha 4: GCS - Glasgow Coma Scale**

	<b>DOSPĚLÍ A VĚTŠÍ DĚTI</b>	<b>MALE DĚTI</b>
<b>Otevření očí</b>		
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
<b>Nejlepší hlasový projev</b>		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	neadekvátní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekvátní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
<b>Nejlepší motorická odpověď</b>		
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
<b>Vyhodnocení</b>		
nad 13	žádná nebo lehká porucha	
9–12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

**Příloha 5: BMI - Body Mass Index**

<b>140 cm</b>	<b>145 cm</b>	<b>150 cm</b>	<b>155 cm</b>	<b>160 cm</b>	<b>165 cm</b>	<b>170 cm</b>	<b>175 cm</b>	<b>180 cm</b>	<b>185 cm</b>	<b>190 cm</b>	<b>195 cm</b>	<b>200 cm</b>	<b>205 cm</b>
<b>42kg</b>	21.4	20.0	18.7	17.5	16.4	15.4	14.5	13.7	13.0	12.3	11.6	11.0	10.5
<b>45kg</b>	23.0	21.4	20.0	18.7	17.6	16.5	15.6	14.7	13.9	13.1	12.5	11.8	11.3
<b>48kg</b>	24.5	22.8	21.3	20.0	18.8	17.6	16.6	15.7	14.8	14.0	13.3	12.6	12.0
<b>51kg</b>	26.0	24.3	22.7	21.2	19.9	18.7	17.6	16.7	15.7	14.9	14.1	13.4	12.8
<b>54kg</b>	27.6	25.7	24.0	22.5	21.1	19.8	18.7	17.6	16.7	15.8	15.0	14.2	13.5
<b>57kg</b>	29.1	27.1	25.3	23.7	22.3	20.9	19.7	18.6	17.6	16.7	15.8	15.0	14.3
<b>60kg</b>	30.6	28.5	26.7	25.0	23.4	22.0	20.8	19.6	18.5	17.5	16.6	15.8	15.0
<b>63kg</b>	32.1	30.0	28.0	26.2	24.6	23.1	21.8	20.6	19.4	18.4	17.5	16.6	15.8
<b>66kg</b>	33.7	31.4	29.3	27.5	25.8	24.2	22.8	21.6	20.4	19.3	18.3	17.4	16.5
<b>69kg</b>	35.2	32.8	30.7	28.7	27.0	25.3	23.9	22.5	21.3	20.2	19.1	18.1	17.3
<b>72kg</b>	36.7	34.2	32.0	30.0	28.1	26.4	24.9	23.5	22.2	21.0	19.9	18.9	18.0
<b>75kg</b>	38.3	35.7	33.3	31.2	29.3	27.5	26.0	24.5	23.1	21.9	20.8	19.7	18.8
<b>78kg</b>	39.8	37.1	34.7	32.5	30.5	28.7	27.0	25.5	24.1	22.8	21.6	20.5	19.5
<b>81kg</b>	41.3	38.5	36.0	33.7	31.6	29.8	28.0	26.4	25.0	23.7	22.4	21.3	20.3
<b>84kg</b>	42.9	40.0	37.3	35.0	32.8	30.9	29.1	27.4	25.9	24.5	23.3	22.1	21.0
<b>87kg</b>	44.4	41.4	38.7	36.2	34.0	32.0	30.1	28.4	26.9	25.4	24.1	22.9	21.8
<b>90kg</b>	45.9	42.8	40.0	37.5	35.2	33.1	31.1	29.4	27.8	26.3	24.9	23.7	22.5
<b>93kg</b>	47.4	44.2	41.3	38.7	36.3	34.2	32.2	30.4	28.7	27.2	25.8	24.5	23.3
<b>96kg</b>	49.0	45.7	42.7	40.0	37.5	35.3	33.2	31.3	29.6	28.0	26.6	25.2	24.0
<b>99kg</b>	50.5	47.1	44.0	41.2	38.7	36.4	34.3	32.3	30.6	28.9	27.4	26.0	24.8
<b>102kg</b>	52.0	48.5	45.3	42.5	39.8	37.5	35.3	33.3	31.5	29.8	28.3	26.8	25.5
<b>105kg</b>	53.6	49.9	46.7	43.7	41.0	38.6	36.3	34.3	32.4	30.7	29.1	27.6	26.3
<b>108kg</b>	55.1	51.4	48.0	45.0	42.2	39.7	37.4	35.3	33.3	31.6	29.9	28.4	27.0
<b>111kg</b>	56.6	52.8	49.3	46.2	43.4	40.8	38.4	36.2	34.3	32.4	30.7	29.2	27.8
<b>114kg</b>	58.2	54.2	50.7	47.5	44.5	41.9	39.4	37.2	35.2	33.3	31.6	30.0	28.5
<b>117kg</b>	59.7	55.6	52.0	48.7	45.7	43.0	40.5	38.2	36.1	34.2	32.4	30.8	29.3
<b>120kg</b>	61.2	57.1	53.3	49.9	46.9	44.1	41.5	39.2	37.0	35.1	33.2	31.6	30.0
<b>123kg</b>	62.8	58.5	54.7	51.2	48.0	45.2	42.6	40.2	38.0	35.9	34.1	32.3	30.8
<b>126kg</b>	64.3	59.9	56.0	52.4	49.2	46.3	43.6	41.1	38.9	36.8	34.9	33.1	31.5

**Příloha 6:**

## Barthelův test základních všedních činností

	<b>činnost</b>	<b>provedení činnosti</b>	<b>bodové skóre</b>
1	najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2	oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3	koupání	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
	<b>Hodnocení</b>		
	<b>0 - 40 bodů</b>	<b>vysoce závislý</b>	
	<b>45 - 60 bodů</b>	<b>závislost středního stupně</b>	
	<b>65 - 95 bodů</b>	<b>lehká závislost</b>	
	<b>100 bodů</b>	<b>nezávislý</b>	

## Příloha 7: Stupnice dle Nortonové

<b>Schopnost spolupráce</b>	
úplná	4
malá	3
částečná	2
žádná	1
<b>Věk</b>	
< 10	4
< 30	3
< 60	2
> 60	1
<b>Stav pokožky</b>	
normální	4
alergie	3
vlhká	2
suchá	1
<b>Každé další onemocnění</b>	
žádné	4
DM, anemie	3
kachexie, ucpávání tepen	2
obezita, karcinom	1
<b>Fyzický stav</b>	
dobrý	4
zhoršený	3
špatný	2
velmi špatný	1



<b>Stav vědomí</b>	
Dobrý	4
apatický	3
zmatený	2
bezvědomí	1
<b>Aktivita</b>	
Chodí	4
doprovod	3
sedačka	2
Leží	1
<b>Pohyblivost</b>	
Úplná	4
částečně omezená	3
velmi omezená	2
Žádná	1
<b>Inkontinence</b>	
Není	4
Občas	3
převážně moč	2
moč + stolice	1

***NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ***

## Příloha 8: Maslowova pyramida

