



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Vendula Dlouhá

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D. za cenné rady při vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala, za trpělivost a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat sestřám z nemocnice České Budějovice a.s., které byly ochotny podílet se na výzkumném šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a důvěru po celou dobu studia.

# Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta

## Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou dokumentaci a administrativu versus přímou péči o pacienta. Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno kolik času tráví sestra u dokumentace a kolik u lůžka pacienta.

V bakalářské práci bylo cíle dosaženo pomocí kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. V první části kvantitativního výzkumu byl využit nestandardizovaný dotazník, který byl distribuován v elektronické podobě. Dotazníky vyplnilo 200 sester, které pracují v nemocnicích jihočeského kraje. První hypotézou předpokládáme, že sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou než nad přímou péčí o pacienta. Druhou hypotézou tvrdíme, že sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení.

V druhé části kvalitativního výzkumu bylo aplikováno skryté zúčastněné pozorování. Toto výzkumné šetření probíhalo v nemocnici České Budějovice a.s. na standardním oddělení a na oddělení jednotky intenzivní péče, kde se pozorování zúčastnilo 6 sester. Toto skryté pozorování bylo zapsáno do pozorovacího archu.

Tato práce poskytuje informační materiál o vedení dokumentace a přímé péči o pacienta a s ohledem na výše popsané je přínosná pro laickou i odbornou veřejnost. Z kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření vyplývá, že sestry stráví více času v přímé péči o pacienta než u vedení dokumentace.

Doporučuji, aby se téma dále zkoumalo, zjednodušila se dokumentace a tím ubyl čas strávený papírováním. Sestry by byly spokojenější a mohly se věnovat pacientům, zaměřily by se například i na vyšší potřeby nemocných.

## Klíčová slova

Sestra; pacient; dokumentace; přímá péče; ošetrovatelská péče

# **Nursing documentation and administration versus direct patient care**

## **Abstract**

The aim of this bachelor thesis was to map nursing documentation and administration versus direct patients' care. Research part of this work was focused on finding out how much time the nurses spent filling out nursing documentation and how much time they spent with the patients.

In this bachelor thesis quantitative and qualitative research was used to achieve the aim. In the first part of the research non-standardized questionnaires were used. In the first part of quantitative research a non-standardized questionnaire was used and it was distributed via internet. These questionnaires were filled by 200 nurses working in hospitals in South Bohemia. The first hypothesis assumes that nurse spends more time on nursing documentation and administration then on direct patients' care. Second hypothesis says that nurse working in intensive care unit spends more time on direct patients' care then nurse in standard department.

In second part of research a hidden observation was applied. And it took place in hospital České Budějovice a.s. in standard department and intensive care unit, where 6 nurses were observed. This observation was described in observation sheet.

This thesis provides information material about filling nursing documentation and direct patients' care and considering what was written in this thesis as beneficial to both professionals and general public. From quantitative and qualitative research is obvious that nurses spend more time with patients then on filling out nursing documentation.

Further research of this topic is recommended, also simplification of documentation, which would reduce time spend with administration. Nurses would be satisfied and have more time for patients and could focus on their higher needs.

## **Key words**

Nurse; patient; documentation; direct patients' care; nursing care

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	9
<b>1.1 Přímá péče o pacienta</b> .....	9
1.1.1 Pojem ošetrovatelství .....	9
1.1.2 Pojem všeobecná sestra .....	10
1.1.3 Vzdělávání sester .....	10
1.1.4 Organizace práce sestry .....	11
1.1.5 Kompetence a základní činnosti sester .....	13
1.1.6 Denní harmonogram sestry .....	15
1.1.7 Pojem pacient .....	18
<b>1.2 Nepřímá péče o pacienta</b> .....	19
1.2.1 Zdravotnická dokumentace .....	19
1.2.2 Dělení zdravotnické dokumentace .....	21
1.2.3 Dokumentace a její využití .....	21
1.2.4 Ošetrovatelská dokumentace .....	22
1.2.5 Formy ošetrovatelské dokumentace .....	23
1.2.6 Zásady vedení dokumentace .....	24
1.2.7 Tvorba dokumentace .....	25
1.2.8 Nahlížení do dokumentace a povinná mlčenlivost .....	28
1.2.9 Uchování a skartace .....	28
<b>2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY</b> .....	30
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
2.3 Hypotézy .....	30
2.4 Operacionalizace pojmů .....	30
<b>3 METODIKA</b> .....	31
3.1 Použité metody sběru dat .....	31
3.2 Design kvantitativní části výzkumného šetření .....	31
3.3 Statistická analýza kvantitativních dat .....	31
3.4 Charakteristika výzkumného souboru A .....	32
3.5 Design kvalitativní části výzkumného šetření .....	32
3.6 Charakteristika výzkumného souboru B .....	32

<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	33
<b>4.1</b>	<b>Kvantitativní část výzkumu – výsledky popisné statistiky</b> .....	33
<b>4.2</b>	<b>Statistické zpracování hypotéz</b> .....	56
4.2.1	Ověření hypotézy 1 .....	56
4.2.2	Ověření hypotézy 2 .....	57
<b>4.3</b>	<b>Kvalitativní část výzkumu-výsledky pozorování</b> .....	59
4.3.1	Výzkumný soubor A .....	60
4.3.2	Výzkumný soubor B .....	62
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	64
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	72
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	74
<b>8</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	80
<b>9</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	81

## ÚVOD

Nepostradatelnou složkou zdravotnické dokumentace je ošetrovatelská dokumentace, která je nedílnou, a především povinnou součástí každodenní práce sester. Zdravotnická dokumentace je psána individuálně u každého pacienta po celou dobu hospitalizace a je dokladem o poskytnutí zdravotnické péče jako celku, která byla poskytnuta zákonným způsobem tedy lege artis. Hlavní význam má zdravotnická dokumentace pro pacienta, kterému slouží jako zdroj informací, ale také shrnuje proměny pacientova zdraví a poskytuje přehled o provedených výkonech. Z hlediska samotné praxe nachází nejvýznamnější využití u zdravotnického personálu, kterému usnadňuje komunikaci mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Zdravotnickou dokumentaci mají povinnost vést všechna zdravotnická zařízení podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o zdravotnické dokumentaci. V praxi je rozlišována přímá a nepřímá ošetrovatelská péče. Mezi nepřímou péčí o pacienta řadíme vedení zdravotnické dokumentace a pod pojmem přímá péče o pacienta rozumíme všechny činnosti vykonávané v rámci ošetrovatelské péče, při kterých je zdravotní personál v přímém kontaktu s pacientem. Do přímé péče o pacienta zařazujeme například hodnocení pacienta včetně měření jeho fyziologických funkcí, podávání léků a aplikace injekcí, zajišťování převazů či jiné přímé ošetrovatelské výkony. Mimo jiné bychom sem zařadili i edukaci pacienta, jeho seznámení s příslušným domácím řádem oddělení nebo pomoc s osvojováním návyků a správného chování, které má za cíl podporovat jeho zdraví.

V mé bakalářské práci se budu zabývat, kolik času sestra skutečně tráví u vedení ošetrovatelské dokumentace a kolik času tráví u přímé péče o pacienta. Téma, které jsem si vybrala je v dnešní době velmi diskutované a často slycháváme, že práce s dokumentací je velmi časově náročná a informace v dokumentaci se musejí zaznamenávat i několikrát a čas věnovaný dokumentaci není efektivně využit. Jeden z hlavních důvodů, proč jsem se chtěla věnovat této problematice je, že zdravotnický personál tvrdí, že tráví málo času u pacienta a více se věnuje vedení dokumentace. Zjištění pravdy o těchto diskutovaných tvrzeních mě velice inspirovalo, ke zkoumání této problematiky. Věřím, že má bakalářská práce vnese poznatky a bude, alespoň z malé části přínosem pro zdravotnické zařízení, kde byl výzkum realizován.



# 1 SOUČASNÝ STAV

Pro uvedení do tématu a objasnění zkoumané problematiky si nejdříve vysvětlíme pojem ošetřovatelství, sestra, pacient a následně pojem dokumentace. Vymezení těchto základních pojmů je podstatné pro správné pochopení textu práce jako celku.

## 1.1 *Přímá péče o pacienta*

Kudlová (2015) uvádí, že v praxi je rozlišována ošetřovatelská péče přímá a nepřímá. Jak samotný název napovídá, všeobecně za přímou péči považujeme všechny činnosti vykonávané v rámci ošetřovatelské péče, při kterých je zdravotní personál v přímém kontaktu s pacientem. Zároveň, s ohledem na vztah mezi klientem a pracovníkem ošetřovatelské péče, je pak přímá péče nazývána jako face to face péče (Jarošová, 2007).

Do přímé péče o pacienta tedy v praxi řadíme například hodnocení pacienta včetně měření jeho fyziologických funkcí. Činnostmi v přímé péči o pacienta je bezesporu také podávání léků a inzulínu, zajišťování převazů, aplikace injekcí nebo zavádění a péče o katétrů či jiné přímé ošetřovatelské výkony. Dále bychom sem zařadili mimo jiné i edukaci pacienta, jeho seznámení s příslušným domácím řádem oddělení nebo pomoc s osvojováním návyků a správného chování, které má za cíl podporovat zdraví pacienta. Jednotlivé úkony realizované v rámci přímé péče jsou samozřejmě zaznamenávány do ošetřovatelské dokumentace pacienta (Hanzlíková, 2007).

### 1.1.1 *Pojem ošetřovatelství*

Ošetřovatelství bývá definováno nejrůznějšími způsoby. Sovová et al. (2014) uvádí, že ošetřovatelství jako obor patří svým charakterem mezi zdravotnické nelékařské vědní obory. Plevová et al. (2011) vymezuje ošetřovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování psychických, biologických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta, ale i zdravého jedince v péči o jeho zdraví. Také Farkašová et al. (2006) konstatuje, že se jedná o humanitní vědu, kde se praxe a činnosti řídí dle vědeckých poznatků. Dále Kutnohorská (2010) dodává, že jde také o vědu multidisciplinární, tedy takovou, která využívá poznatků jiných vědních oborů. Jedná se v první řadě o medicínu, zároveň však využívá také humanitní vědy, psychologii, pedagogiku, statistiku, sociologii, nebo etiku. Komplexní definici pak nabízí například International Council of Nurses, který zmiňuje, že ošetřovatelství představuje nedílnou součást systému zdravotní péče, a zahrnuje jak autonomní,

tak i společnou péči o jednotlivce veškerých věkových kategorií v různých prostředích. Samozřejmostí je pak, že se ošetrovatelství neomezuje pouze na jednotlivce, ale zároveň na rodiny, skupiny nebo celé komunity, a zahrnuje nejen péči o již nemocné, zdravotně postižené nebo umírající pacienty, ale soustředí se také na podporu zdraví, nebo prevenci nemocí (International Council Of Nurses, 2017).

### ***1.1.2 Pojem všeobecná sestra***

International Council of Nurses definuje sestru jako osobu, která má příslušné vzdělání v oboru ošetrovatelství, a má oprávnění od příslušného regulačního orgánu k výkonu této činnosti ošetrovatelské péče v dané zemi. Toto vzdělání by mělo poskytovat základní poznatky v oblasti behaviorální, ale i v oblastech životních věd a ošetrovatelských věd pro obecnou praxi v ošetrovatelství (International Council Of Nurses, 2017). Práce sestry je poskytování přímé ošetrovatelské péče (Vytejčková et al., 2011). Hall a Gillis (2005) sdělují, že cílem práce sestry je provést vhodnou péči co nejúčinnějším a nejefektivnějším způsobem nejvyššímu počtu nemocných v souladu s požadavky pacientů, stejně jako s výsledky vyšetření a osobními potřebami, které musí být uspokojovány. Liker a Meier (2016) následně doplňují, že práce, kterou sestry vykonávají, vyžaduje jednak flexibilitu, zároveň ale také organizovanost, a samozřejmostí je jejich schopnost pohotově reagovat na neustále se měnící situace na pracovišti. V neposlední řadě jsou pro práci sestry potřeba jisté mezilidské charakteristiky, jako je například schopnost komunikace nebo dostatečná míra empatie, což jsou zřejmé a všeobecné předpoklady pro samotnou práci s lidmi, pacienty nevyjímaje.

### ***1.1.3 Vzdělávání sester***

Vzdělávání sester patří k často diskutovaným tématům od vstupu České republiky do Evropské unie. Především pak v závislosti na zavedení standardů vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, které je upravováno v zákoně č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který platil od března 2004 do srpna 2017. Tento legislativní dokument pojednává především o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání či k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, stejně jako o celoživotním vzděláváním zdravotnických pracovníků, nebo jiných odborných pracovníků (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Z hlediska zákonem dané způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka zákon zmiňuje tři základní podmínky. Jednak musí mít tato osoba odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání či výkonu povolání jiného odborného pracovníka danou zákonem, dále musí být i zdravotně způsobilá a současně i bezúhonná (Zákon č. 96/2004 Sb.). Zároveň se zastavíme u celoživotního vzdělávání. Beneš (2014) zmiňuje, že tato myšlenka není nová, ale politická snaha ji realizovat se projevuje především v posledních letech, a stalo se cílem a koncepcí vzdělávací politiky národní i mezinárodní úrovně, například v rámci Evropské unie nebo Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Celoživotní vzdělávání je pak vnímáno jako permanentní, neustálé vzdělávání na základě komplexních možností vzdělávání a učení se v tradičních vzdělávacích institucích, ale také mimo ně (Zormanová, 2017). Novela zákona č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče udává nový pojem Praktická sestra, dříve Zdravotnický asistent, který musel absolvovat Střední zdravotnickou školu ukončenou maturitní zkouškou. Tímto má praktická sestra nižší kompetence, ale může vykonávat činnost bez odborného dohledu. Dále se mění vzdělávání všeobecných sester, takzvaný model 4+1, který je další z možností. Tedy po absolvování střední zdravotnické školy následuje rok studia na vyšší odborné škole a tím získají kvalifikaci Všeobecné sestry (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Ohledně celoživotního vzdělávání sester musíme zmínit, že se jednalo o kreditní systém, kdy bylo kontrolováno vydávání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Cílem bylo, aby byla sestra schopna vykonávat své povolání *lege artis*. Jednalo se především o prohlubování kvalifikace ve smyslu zákoníku práce, pokud je to v zájmu zaměstnavatele a jedná-li se o součást specializačních, certifikovaných, inovačních kurzů, případně odborných stáží, konferencí, kongresů a sympozií (Vévoda, 2013). Dle novely zákona č. 201/2017 Sb. se registrace a kreditní systém ruší (Zákon 201/2017 Sb.).

#### ***1.1.4 Organizace práce sestry***

Vytejčková et al. (2011) sděluje, že organizovanost práce pro sestry je velice důležitá a rozmanitá. Nabízí pestrou škálu činností v oblastech zdravotně sociální sféry. Časový harmonogram sestry může být dvanáctihodinový, který uplatňujeme v lůžkových zařízeních, ale naopak většina ambulancí pracuje na směny osmihodinové.

Jednou z nejzákladnějších dovedností sestry by měla být řádná organizace práce, pro kterou využíváme organizační systémy poskytované ošetrovatelské péče. Pro dosažení kvality a efektivnosti, musí každý člen ošetrovatelského týmu plnit jasně vymezené a definované úkoly. V tomto ohledu je tedy podstatné objasnění struktury zdravotnického týmu jako celku, vysvětlení náplně práce ošetrovatelského týmu, stejně jako definice přesného postavení jednotlivých členů v týmu (Kelarová et al., 2009). Proto se využívají různé formy poskytování ošetrovatelské péče, které zajišťují plynulý chod oddělení, vyhovující uspokojování potřeb a přání nemocných a zajištění všech ordinací lékaře, avšak musí mít vždy stejný cíl. K modernímu ošetrovatelství patří poskytovaná, individuální a komplexní ošetrovatelská péče.

Mezi nejčastěji používané systémy poskytované ošetrovatelské péče patří systém skupinové péče zaměřující se na skupinu konkrétních pacientů, za kterou nese sestra zvýšenou zodpovědnost, avšak musí být ošetrovací jednotka rozdělena do několika pracovních úseků. Výhodou skupinové péče je, že se sestra věnuje dlouhodobé péči u skupiny nemocných a po celou dobu služby zajišťuje vykonávání ordinací lékaře a ošetrovatelské výkony. V tomto systému vznikají pevnější vztahy mezi pacientem a sestrou, poněvadž sestra lépe pozná a vcítí se do problému pacienta (Vytejková et al., 2011).

Jedním z nich je také systém funkční, který je odvozen od jednotlivých výkonů, takzvaný výkonový systém. Patří ke starším formám a dnes se už příliš nepoužívá. Tento systém funguje tak, že jsou sestram příděleny různé výkony po příchodu do služby. Tyto jsou pak pověřeny sestrami plněny u většiny pacientů na ošetrovací jednotce. Marková et al. (2006) uvádějí, že nevýhodou je minimální kontakt mezi sestrami a pacientem, výhodou pak naopak například nízká náročnost na počet pracovníků ošetrovatelského týmu.

Dalším častým systémem je pokojový systém péče, při němž je ošetrovací jednotka rozdělena na pracovní úseky dle pokojů a sestra má na starost nemocné na „svých pokojích“.

Posledním systémem je systém primárních sester, kdy je po přijetí pacientovi přídělena primární sestra, která za něj zodpovídá po celou dobu hospitalizace až do propuštění. Výhodou je dokonalá informovanost sestry o svěřeném pacientovi, kterou předává mezi ostatní členy zdravotnického týmu (Marková et al., 2006).

### ***1.1.5 Kompetence a základní činnosti sester***

Petr a Marková (2014) uvádějí, že v oblasti lidských zdrojů bývají všeobecně rozlišovány jednak kompetence lidí, a zároveň jejich kvality. Kompetence představují schopnosti a dovednosti dotyčných. Případně pak v modernějším pojetí jsou kompetence chápány jako soubor určitých činností a funkcí v rámci dané profese nebo pozice. Lze tedy tvrdit, že kompetencím se můžeme učit, zvyšovat je, zkvalitňovat je. Mastiliaková (2014) tvrdí, že klíčové kompetence u sester, tedy ty, které přesahují nabyté odborné znalosti, jsou rozvíjeny pomocí dalšího vzdělávání a osvojováním nových znalostí a dovedností. Petr a Marková (2014) zároveň zmiňují, že na kompetence sester je možné v praxi nahlížet dvěma způsoby, a to jako na odborné znalosti a dovednosti, které sestra získává příslušným vzděláním a odbornou praxí, nebo jako na oprávnění k výkonu činností, které jsou definovány a vymezeny legislativou, právní normou.

Co se týče základních činností sestry v rámci pracovní doby, tuto problematiku upravuje vyhláška č. 391/2017 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Vyhláška č. 391/2017 Sb.). S ohledem na pracovní oddělení se pak jednotlivé základní činnosti prováděné v pracovní době mohou samozřejmě lišit. Budeme se jimi tedy zabývat z globálního hlediska, jak jsou definovány platnou legislativou. V rámci analýzy tohoto legislativního předpisu se zaměřují na všeobecnou sestru.

Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou, kterou stanovil lékař, může provádět základní a specializovanou ošetrovatelskou péči. Všeobecná sestra tedy vykonává následující níže popsané činnosti. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, přičemž používá měřicí techniky používané v ošetrovatelské praxi. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů - dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry, stav pacienta a zaznamenává toto sledování a hodnocení. Dále pak zajišťuje vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve. Získává informace pro osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu. Také může provádět odsávání sekretů z horních dýchacích cest tedy zajišťovat jejich průchodnost, polohovat pacienty a provádět dechová cvičení. Sestra také hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, stomie. Ošetřuje a hodnotí centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti, pečuje o zavedené močové katetry pacientů.

Spolupracuje s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem na rehabilitačním ošetřování, zejména polohování, posazování, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy jejichž cílem je zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch vyplývajících z imobility. Také nadále edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a používání zdravotnických prostředků a připravuje pro pacienty informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovává pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Nadále zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Přejímá, kontroluje, ukládá léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu, zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci. V neposlední řadě analyzuje, zajišťuje a hodnotí kvalitu a bezpečnost poskytované ošetřovatelské péče, a zajišťuje stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace v souladu s diagnózou, kterou stanovil lékař může provádět základní a specializovanou ošetřovatelskou péči. Všeobecná sestra tedy vykonává tyto činnosti. Zavádí periferní žilní katetry pacientům starším 3 let, podává léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, zavádí a udržuje inhalační a kyslíkovou terapii, provádí screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírá krev a jiný biologický materiál a hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické, provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií, odstraňuje stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy, provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí gastrické sondy pacientům starším 10 let při vědomí, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikuje enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií, výplach žaludku u pacientů starších 10 let při vědomí, asistuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékařem může aplikovat nitrožilně krevní deriváty (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

### **1.1.6 Denní harmonogram sestry**

Dalším bodem, o čem by neměla v práci chybět zmínka, je denní harmonogram sestry. Pravděpodobně nebude překvapením, že denní harmonogram sester se do jisté míry liší s ohledem na oddělení, na kterém pracují, stejně jako v závislosti na zdravotnickém zařízení, které je zaměstnává. Dalším významným ukazatelem, který má na průběh pracovní doby sestry vliv, je také směnnost na oddělení, a tedy rozdíly mohou být identifikovány i v rámci harmonogramu denní a noční služby. V rámci této kapitoly mi poskytla rozhovor staniční sestra ze standardního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., která mi poskytla informace o harmonogramu sester na standardním oddělení i na jednotce intenzivní péče.

Všeobecné sestry standardního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. pracují na základě dvousměnného provozu, tedy dvanáctihodinových směn. Denní harmonogram sestry v rámci denní směny začíná předáváním služby a hlášením (06:30 – 07:00) na pracovišti sester. V rámci předávání služby je nutné informovat další směnu o průběhu noční směny, předat dokumentaci pacientů, ale povinností je například také převzetí a kontrola opiátů za využití opiátové knihy.

Následně, předtím, než proběhne ranní vizita (07:00 – 09:00), patří do denního harmonogramu sestry jednak kontrola fyziologických funkcí pacientů podle ordinace lékaře, podávání léků vždy připravovaných před pacientem, podávání inzulínu, injekcí nebo odběr biologického materiálu. Ačkoliv jsou pacienti zpravidla předáváni na základě dokumentace, v některých případech není výjimkou kontrola pacienta u lůžka formou sesterské vizity. Sestry současně provádějí dohled nad ranní toaletou, nebo úpravou lůžek, které jsou prováděny ošetrovatelským personálem. V tomto čase jsou pacientům také podávány snídaně. Zde je nutno podotknout, že na některých odděleních a v některých zařízeních je toto náplní práce ošetřujícího personálu či sanitářů. Na tomto oddělení sestra dohlíží na správnost podávání diet pacientovi.

Posléze je prováděna lékařská vizita (09:00-11:00), kterou vždy doprovází sestra. Mezi činnosti sester patří především asistence lékařům při výkonech. Probíhá objednávání vyšetření a příprava pacientů k dalším diagnostickým nebo léčebným výkonům, a jejich předávání ošetřujícímu personálu za účelem doprovodu (konzilia). V této době také sestra aktivizuje pacienty a provádí práce spjaté s příjmem, překladem a propuštěním pacienta. Samozřejmostí je vedení zdravotnické dokumentace. V období

kolem oběda a v brzkém odpoledni (11:00-16:30) probíhá zpravidla další podávání léků a inzulínu podle ordinace, stejně jako dohled u podávání oběda. Zpravidla po poledni se sestry věnují současně také zpracování příslušné dokumentace, stejně jako plnění ordinací, dále třídí a zakládají výsledky z vyšetření.

Následně, v době pozdního odpoledne (16:30-19:00), probíhá opětovné podávání léků a inzulínu podle ordinace lékařů a podávání večere, kterou zajišťuje sestra. Poté probíhá měření fyziologických funkcí. Kolem 18. hodiny probíhá vizita, kdy sestry opět asistují sloužícímu lékaři při výkonech. V 19. hodin nastupuje noční směna, je tedy nutné také zajistit předání zkompletované dokumentace, předání služby ústně a písemně na sesterně. Opět probíhá kontrola opiátů podle opiátové knihy, předání dokumentace a informování další směny a případná kontrola pacientů u lůžka. Každá sestra ručí za naprostý pořádek na svém pracovišti.

Noční směna (od 19:00) převezme ústní a písemné hlášení od denní služby. Poté se podávají léky a inzulín podle ordinace lékaře, a zajišťují individuální potřeby pacientů, tedy činnosti k zajištění plnění stanoveného ošetrovatelského plánu. Současně se provádí mimořádné práce dle rozpisu na oddělení. V rámci noční směny je nutné, aby sestra ve 24:00 uzavřela stav na oddělení. Při noční službě není ošetrovatelský personál přítomen, do harmonogramu sestry proto patří kromě podávání léků podle ordinace lékaře také například polohování pacientů v případě potřeby a obcházení jednotlivých pokojů každou hodinu. Není výjimkou, že sestra i v rámci noční směny musí přijmout nebo propustit pacienta. V případě jeho přijímání patří mezi její činnosti nejen zajištění ošetrovatelské dokumentace, ale také seznámení pacienta s domácím řádem oddělení. Samozřejmě, že léky jako takové jsou podávány v průběhu celkového dne podle ordinace lékaře všem pacientům i mimo výše zmíněné časové intervaly. Nakonec je pravidlem, že v rámci nočních služeb probíhá také plánovaný úklid prováděný sestrami. Tímto je myšlen například úklid inspekčního pokoje, tedy zařazování výsledků, kontrola pomůcek a lékáren, stejně jako doplňování infuzních roztoků nebo vyřazování léků, které již nejsou používány, či léků určených pro pacienty, kteří již byli propuštěni. Průběžnou činností nočního harmonogramu sestry je pak také průběžná dezinfekce a kontaminace pomůcek a používaného materiálu. Před ukončením směny sestra napíše hlášení a předá ústně denní směně (Kočerová, 2018).



Všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice a.s. pracují ve dvousměnném provozu tedy od 7:00 do 19:00 a od 19:00 do 7:00 hodin. Denní směna začíná v 6:00 předáním služby od noční směny, předáním opiátů, peněžní hotovosti a dokumentace. Dále se přidělují skupiny pacientů jednotlivým sestram, rozdělují se úkoly stanovené staniční sestrou a následně dochází k seznámení s intranetem.

V 6:30 - 8:30 sestry budí pacienty, provádí odběry biologického materiálu, upravují lůžka pacientů, provádí ranní hygienu pacientům a měří fyziologické funkce. Následně se podílí na podávání snídaní, se kterou souvisí krmení nesoběstačných pacientů. Poté sestry podávají ranní léky. V dopoledních hodinách také sestry asistují při lékařské vizitě, převazují rány, plní ordinace lékaře z lékařské vizity a připravují pacienty k následujícím vyšetřením nebo propuštěním, také aktivizují pacienty a polohují je. V 11:15 až 13:00 probíhá podávání oběda a krmení pacientů, plnění ordinací lékaře včetně rozdáání polední medikace. Následně v odpoledních hodinách probíhají konziliární vyšetření, při nichž sestry asistují, polohují a aktivizují pacienty, dále plní ordinace z odpolední vizity, zařazují výsledky do dokumentace a připravují materiál ke sterilizaci.

Ve večerních hodinách mimo jiné sestry plní mimořádné práce dle rozpisu. Opětovně je podávána strava ve formě večeře, kdy sestra krmí imobilní pacienty. Nadále připravuje a podává večerní medikaci a měří fyziologické funkce. Na konci denní směny sestra sepisuje hlášení, předává ústně službu noční směně, s tím samozřejmě souvisí i předání opiátů a peněžní hotovosti.

Noční směna začíná v 19 :00 a končí v 7:00. Sestra převezme ústní a písemné hlášení od denní služby. Poté sestry podávají léky a inzulin dle ordinace lékaře, a zajišťují individuální potřeby pacientů, tedy činnosti k zajištění plnění stanoveného ošetrovatelského plánu. Ve volné době se provádí mimořádné práce dle rozpisu na oddělení. Dále sestra provádí večerní toaletu nemocných, upravuje lůžka a aplikuje léky na noc. Ve 24 :00 sestra uzavře stav oddělení. Při noční službě není ošetrovatelský personál přítomen, a tak sestra musí polohovat pacienty v případě potřeby a také obchází jednotlivé pacienty. Není výjimkou, že sestra i v rámci noční směny musí přijmout nebo propustit pacienta. V případě jeho přijímání patří mezi její činnosti nejen zajištění ošetrovatelské dokumentace, ale také seznámení pacienta s domácím řádem oddělení. Samozřejmě, že léky jako takové jsou podávány v průběhu noci podle ordinace lékaře všem pacientům i mimo výše zmíněné časové intervaly. Nakonec je pravidlem, že v rámci

nočních služeb probíhá také plánovaný úklid prováděný sestrami. Před ukončením směny sestra napíše hlášení a předá ústně denní směně (Kočerová, 2018).

Nedílnou součástí práce sestry je vedení zdravotnické dokumentace a plnění specifických prací, na JIP například odsávání z tracheostomické kanyly, podávání léků do centrálního žilního katetru nebo také ošetřování nasogastrické sondy a další jiné po celou dobu směny.

### ***1.1.7 Pojem pacient***

Collinsův slovník definuje pacienta jako osobu, které se dostává ošetření od lékaře nebo od nemocnice (collinsdictionary, 2018). Slovo pacient pochází z latinského slovesa "patior" tedy "trpět" ve smyslu pocitu bolesti a její tolerance (Medicine Net, 2018). Legal Information Institute tvrdí, že pacientem je ten, kdo přijímá licencované služby od lékaře, které mají za cíl udržování a zlepšení stavu a které slouží k ochraně zdraví či zmírnění nemoci, zdravotního postižení nebo bolesti (LII, 2018). Další zdroj zdůrazňuje pořadí, kdy je za pacienta označována osoba, která teprve čeká na ošetření, která je právě ošetřována, nebo osoba, která již ošetřena byla (Medicine Net, 2018). Všeobecná zdravotní pojišťovna pak na stránkách publikuje rozdělení pacientů do pěti skupin (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015). V první kategorii nalezneme soběstačného pacienta, který je nezávislý na základní ošetrovatelské péči, nebo obdobně soběstačné dítě starší 10 let, případně pak novorozenec na novorozeneckém oddělení. Ve druhé kategorii je pacient částečně soběstačný, případně dítě od 6-10 let, pacient, který je schopen sebeobsluhy s dopomocí či pacient schopen pohybu pouze s dopomocí, či samostatně na invalidním vozíku. Třetí kategorie udává pacienta, který vyžaduje zvýšený dohled, případně také dítě v rozmezí 2-6 let, lucidní pacient, který není schopen pohybu ani s dopomocí či na invalidním vozíku a vyžaduje téměř úplnou obsluhu. Do této kategorie spadá také psychicky alternovaný pacient, kdy je nutný zvýšený dohled, přechodné omezení pohybu, či farmakologické sedace. Do čtvrté kategorie umístíme pacienta imobilního a nesoběstačného, případně dítě do dvou let, s výjimkou novorozenců na novorozeneckém oddělení, lucidního pacienta zcela imobilního, inkontinentního vyžadujícího ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech. Poslední kategorií je pacient, který je v bezvědomí.

## **1.2 Nepřímá péče o pacienta**

Nepřímou péčí o pacienta rozumíme všechny činnosti, které sestra neprovádí u pacienta. Jelikož, činností, které sestra provádí mimo pacienta je velmi mnoho, pro svou práci jsem si vybrala vedení zdravotnické dokumentace, kterou si pro objasnění zkoumané problematiky zdravotnické dokumentace vysvětlíme. Samotný pojem dokumentace, její využití, formy, a především její rozdělení, ale také tvorbu dokumentace, nahlížení do dokumentace a v poslední řadě uchování a skartaci.

### **1.2.1 Zdravotnická dokumentace**

Odborná literatura nabízí několik méně či více se lišících definic tohoto pojmu. Například Vondráček a Wirthová (2009) uvádějí, že zdravotnická dokumentace je souborem k zaznamenávání informací týkajících se zdravotní péče poskytnuté pacientovi. Stejní autoři pak v jiné publikaci zmiňují, že zdravotnickou dokumentací rozumíme takový způsob, kterým zachycujeme a uchováváme skutečnosti o pacientovi, které jsou vedeny v různých formách (Vondráček a Wirthová, 2008). Ireland a Stein (2017) uvádějí, že se jedná o souhrn výsledků zjištění o pacientovi, které může zdravotnický personál vidět, testovat nebo zkoumat. Jedná se o přehledný záznam o léčebném, diagnostickém a ošetrovatelském procesu u jednotlivého pacienta (Komise pro tvorbu standardů, 2011). Ale Slezáková et al. (2016) tvrdí, že „zdravotnická dokumentace slouží k zachování návaznosti poskytované zdravotní péče.“ (Slezáková et al., 2016, str. 43). Můžeme v ní vyhledat informace a údaje o pacientovi, o poskytování zdravotní péče a jeho zdravotním stavu (Policar, 2010). Tato dokumentace musí být trvale dostupná pro veškerý ošetřující personál a musí splňovat legislativní normy a být důkazem postupů lege artis, které jsou podrobně vedeny v časové posloupnosti, čitelně a srozumitelným textem (Podstatová, 2014).

Úpravu zdravotnické dokumentace z hlediska legislativy zajišťoval dříve především § 67 b zákona č. 20/1966 Sb., Zákon o péči o zdraví lidu, který pozbyl platnosti 1.4. 2012. Nyní ji upravuje Hlava II, § 53 až § 69 zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon č. 372/2011Sb.). Zdravotnická dokumentace by měla podle účelu obsahovat jednak pohlaví pacienta, identifikační údaje pacienta stejně jako identifikační údaje poskytovatele, dále informace o zdravotním stavu pacienta a údaje zjištěné z rodinné, osobní či pracovní anamnézy, případně informace vztahující se k úmrtí pacienta nebo další údaje dle tohoto zákona či jiných právních

předpisů upravujících zdravotní služby a poskytování zdravotní péče (Zákon č. 372/2011Sb.). Policar (2010) uvádí, že dalšími údaji jsou myšleny veškeré informace, které nespádají do rozsahu stručné odpovědi jednotlivých částí zdravotnické dokumentace, zároveň však jsou podstatné pro zdravotnické pracovníky z hlediska poskytování jejich služeb a výkonu jejich činnosti. Takto vedená zdravotnická dokumentace se následně uchovává po dobu pěti let, a je vedena s vyřazovacím znakem „S“. (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Mach (2010) pak doplňuje, že problematiku nakládání se zdravotnickou dokumentací udává i právo na ochranu osobních údajů zakotvené v Listině základních práv a svobod, stejně jako článek 10 odst. 1 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

Jak zmiňuje Krivošíková (2011), zdravotnická dokumentace je základem komunikace mezi zdravotnickým personálem a ve své podstatě je jakýmsi důkazem poskytované léčby pacientovi. Měla by splňovat především tři následující charakteristiky, a to být systematická, respektive uspořádaná podle příslušných pravidel, systému, a k němu se vztahující legislativy, dále objektivní, tedy má se týkat objektu, pacienta, a subjektivní mínění, zájem nebo chtění v něm nemají své místo. Poslední charakteristikou je být orientovaná na problém, obsahovat informace týkající se zdravotního problému, případně informace, které v rámci jeho odstraňování mohou být užitečné.

Zdravotnickou dokumentaci můžeme najít ve formě písemné a elektronické, ve které mohou být údaje textové, audiovizuální a grafické (Policar, 2010). Výběr formy, jak uvádí American Society for Healthcare Risk Management (2009), závisí na nastavení a firemní kultuře samotného zdravotnického zařízení. Mach et al. (2013) udávají, že výjimkou samozřejmě není ani vedení zdravotnické dokumentace z části v listinné a z části v elektronické podobě.

Jedná se o záznam, který má různé podoby. Nejčastější je forma písemná, která se skládá z textu a může být v podobě elektronické nebo listinné. Také do těchto forem řadíme i zvukovou podobu a obrazový záznam, pomocí nichž zachycujeme obraz do digitální podoby. Zvukový záznam využívá zdravotnická záchranná služba v dokumentaci. Jedná se o audiozáznam o příjmu volání na telefonní číslo 155 a jiných složek integrovaného záchranného systému (Zákon č.372/2011 Sb.). Nesmíme zapomenout ani na elektronickou formu, která zahrnuje všechny existující a budoucí způsoby, pomocí kterých zaznamenáváme informace (Policar, 2010).

### **1.2.2 Dělení zdravotnické dokumentace**

Ve zdravotnických zařízeních je vedena zdravotnická dokumentace, ve které je popsána poskytovaná zdravotní péče. Zatímco většina autorů, jako jsou například Vondráček a Wirthová (2009), do ní řadí lékařskou, ošetrovatelskou a provozní dokumentaci, tak naopak Podstatová (2014) zdůrazňuje, že do zdravotnické dokumentace patří ještě dokumentace ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků jako jsou například nutriční terapeuti a fyzioterapeuti.

*Lékařská dokumentace* obsahuje výsledky vyšetření, ordinace léků, ale také souhlas pacienta s hospitalizací (Vondráček a Wirthová, 2008), dále do ní řadíme záznamy o aktuálním zdravotním stavu, plán péče, chorobopis a musí také obsahovat příjmové vyšetření a propouštěcí zprávu (Podstatová, 2014).

*Ošetrovatelská dokumentace* je denní záznam sester o vývoji zdravotního stavu pacienta, ale také obsahuje ošetrovatelský plán, ve kterém jsou ošetrovatelské diagnózy, výkony a činnosti a realizace ošetrovatelského plánu. Burda a Šolcová (2015) zmiňují, že ošetrovatelská dokumentace představuje výhody jak pro pacienta z hlediska návaznosti péče, popsání a řešení problému, tak i pro zdravotníky s ohledem na sledování vývoje, nebo jako dokument sloužící jako případná ochrana před spory s právníky. Měla by být zdrojem informací o potřebách pacienta o jeho péči, cílech a výsledcích (Plevová et al., 2011). Je však výhodou propojit lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci pro celistvost odborné péče o pacienta (Podstatová, 2014). Ošetrovatelská dokumentace je jednou ze součástí ošetrovatelského procesu (Vondráček et al, 2003).

*Provozní dokumentace* zahrnuje skutečnosti o fungování provozu při poskytování odborné péče (Pokorná a Mrázová, 2012). Vondráček a Wirthová (2008) dodávají, že do této dokumentace řadíme například evidenci návykových látek.

Všechny uvedené složky zdravotnické dokumentace vytváří komplex, ve kterém je zahrnuta veškerá péče o pacienta a spojení všech těchto složek napomáhá komunikaci mezi zdravotnickým personálem (Podstatová, 2014).

### **1.2.3 Dokumentace a její využití**

Polícar (2010) poukazuje v první řadě na využití a na význam zdravotnické dokumentace pro samotného pacienta, kdy slouží jako podstatný zdroj informací, rekapituluje proměny pacientova zdraví a samozřejmě poskytuje přehled provedených výkonů.

Z hlediska samotné praxe nachází zdravotnická dokumentace nejvýznamnější využití u zdravotnického personálu, kterému poskytuje celistvé informace o pacientovi, jeho zdravotním stavu a poskytování zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Do zdravotnické dokumentace může nahlížet i sám pacient. Nesmíme opomenout, že zdravotnická dokumentace slouží jako důkazný materiál usvědčující, že poskytnutá zdravotní péče byla vykonána dle legislativních norem oprávněnou osobou, a tím pádem je důkazem, zda poskytnutá péče byla či nebyla poskytnuta *lege artis* (Policar, 2010). Dle Vokurky et al. (2015) pojem *lege artis* znamená „*latinsky způsob výkonu lékařského povolání a lékařských výkonů přiměřeně dosaženému stupni vývoje lékařské vědy a jejím pravidlům*“ (Vokurka et al., 2015, str. 678). Doslovně *lege artis* popisuje zákonným způsobem (Ptáček et al., 2013). Tento důkaz využijeme především při sporech mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, zároveň se však jedná o důkazní materiál o poskytnuté zdravotní péči, za kterou je vyžadována úhrada ze strany zdravotní pojišťovny pacienta (Policar, 2010). Současně je však nutné podotknout, jak konstatují Jarošová et al. (2015), že ve zdravotnictví jsou zaměstnanci povinni poskytovat péči *lege artis*, tedy v souladu s platnými předpisy, které její poskytování z legislativního hlediska upravují.

Dalším využitím zdravotnické dokumentace je poskytnutí prostředků pro vědeckou činnost a její výzkumné šetření (Vondráček a Wirthová, 2008) a také pro studijní činnost studentů zdravotnických povolání (Podstatová, 2014). Využíváme ji jako podklad pro ověření kvality poskytované péče při zdravotnických auditech a akreditacích. V neposlední řadě zdravotnická dokumentace umožňuje doložit doklad o poskytované zdravotní péči, za které zdravotnické zařízení žádá úhradu nákladů od zdravotních pojišťoven (Policar, 2010). Ošetřovatelská dokumentace slouží k zabezpečení poskytnutí souvislé ošetřovatelské péče a také jako důkaz, že ošetřovatelská péče byla vykonána dle ordinace ke zdravotnímu stavu pacienta (Vondráček a Wirthová, 2008).

#### ***1.2.4 Ošetřovatelská dokumentace***

Ošetřovatelská dokumentace je nepostradatelnou složkou zdravotnické dokumentace (Komise pro tvorbu standardů, 2011). Obsahuje písemné, grafické a ostatní záznamy, které vykonává sestra po dobu hospitalizace individuálně u každého pacienta a měla by být napsána co nejdříve po přijetí k hospitalizaci. Tvoří však celek s lékařskou dokumentací a je dokladem o poskytnutí zdravotnické péče jako celku, která byla

poskytnuta zákonným způsobem tedy lege artis. Nesmíme opomenout, že platí stejná pravidla o vedení, skartaci a zapisování, ale také o nahlížení pacienta a dalších osob nebo orgánů (Vondráček et al, 2003). Ošetřovatelská dokumentace je záznam informací o poskytované péči, která musí být systematická a komplexní (Vyhláška 98/2012 Sb.). Mimo to, jak uvádějí Burda a Šolcová (2015), ošetřovatelská dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně, a současně podle platných právních předpisů.

Vondráček a Wirthová (2008) uvádějí, že ošetřovatelský proces je nedílnou součástí ošetřovatelské dokumentace, která zahrnuje tyto složky. Jako první nalezneme složku ošetřovatelské anamnézy a její ošetřovatelský screening. V tomto ohledu právní předpisy nedělají rozdíly mezi anamnézou odebranou lékařem a sestrou, dokonce nestanovují ani způsob nebo rozsah potřebných anamnestických údajů (Vondráček et al., 2003). Dále ošetřovatelskou diagnózu a její plán, které následuje realizace a zhodnocení ošetřovatelského plánu. Do ošetřovatelské dokumentace se také řadí záznamy, jako jsou překladová a propouštěcí zpráva, záznam o polohování pacienta o průběhu fyzioterapeutické péče, edukační záznam a dokument o sledování bolesti a fyziologických funkcí a další záznamy. Můžeme zde najít také hodnotící škály, jako jsou například Barthel test všedních činností nebo test dle Nortonové na zhodnocení rizika vzniku dekubitů a další škály.

### ***1.2.5 Formy ošetřovatelské dokumentace***

Polícar (2010) říká, že zdravotnická zařízení zaznamenávají ošetřovatelskou dokumentaci v listinné nebo elektronické formě. Modernizací a digitalizací se přechází z papírové formy do elektronické podoby, kdy hlavním cílem některých nemocničních zařízení je stav nazván jako nemocnice bez papírů – Paperless hospital. Mnoho zdrojů vyzdvihuje výhody, které elektronické vedení zdravotnické dokumentace přináší. Mezi tyto patří například Špinar et al. (2013), kteří konstatují že, elektronická forma je mnohem přehlednější a dostupnější pro veškerý zdravotnický personál, vytěsňuje tak hledání v mnoha papírech a složkách. Především skutečnost, že informace v dokumentaci jsou přenositelné, a zároveň je vzniklá databáze přehlednější, často s funkcí indexového nebo fulltextového vyhledávání dle kritérií, nebo slov. Diamond (2006) upozorňuje především na snížení nákladů, které vedení elektronické zdravotnické dokumentace představuje, oproti vedení této dokumentace v listinné podobě. Mnoho nemocničních zařízení se díky elektronické zdravotnické dokumentaci vyvaruje mnoha chyb,

kteře s sebou přináší listinná podoba vedení dokumentace (Zdravotnické noviny, 2017). Samozřejmě, že elektronická forma vedení dokumentace má také svoje nevýhody. V první řadě se jedná o poměrně vysoké pořizovací náklady, které jsou spojeny převážně s vývojem a zavedením informačního systému, ale také například se školením personálu (Messer, 2016). Dalšími nevýhodami jsou především komplikovaná ochrana osobních údajů pacientů, možnost zhroucení informačního systému nebo skutečnost, že záznamy v elektronické podobě lze velmi snadno pozměnit nebo upravit. Každopádně nelze zpochybňovat, že elektronická forma vedení zdravotnické dokumentace je v absolutním souladu s aktuálním trendem digitalizace společnosti, který se projevuje ve všech oblastech, zdravotnictví nevyjímaje. V dnešní době se tak stále častěji setkáváme u vedení dokumentace obojím způsobem, což samozřejmě eliminuje rizika a nevýhody obou možných forem vedení zdravotní dokumentace. (Špinar et al., 2013).

### ***1.2.6 Zásady vedení dokumentace***

Ošetrovatelská dokumentace musí odpovídat platným předpisům a zákonům, aby plnila svou funkci. Přístup k ošetrovatelské dokumentaci by měl mít veškerý ošetrojící personál, který o daného pacienta pečuje, a to neustále (Vondráček, 2008). Dokumentace musí být pravdivá, čitelná, srozumitelná, pravdivě doplňovaná a bez zbytečných zkratk. Dle Policara (2010) na každém listě dokumentace musí být údaje o zdravotnickém zařízení a údaje o pacientově jméně a příjmení, stejně jako jeho rodné číslo a datum a čas zápisu. Každý zdravotnický pracovník provádějící zápis musí uvést identifikační údaj, konkrétně příjmení a podpis. K uvádění příjmení může zdravotnický personál použít samozřejmě i razítko.

Zdravotnický personál by se měl držet určitých kritérií a neměl by používat slangové výrazy, pocity sestry nebo dokonce vulgarismy. Záznam by též neměl být v jiném jazyce než českém a neměl by obsahovat neschválené zkratky. Velmi důležité pro psaní ošetrovatelské dokumentace je používání medicínské terminologie, čímž se do jisté míry zajišťuje srozumitelnost zápisu pro ostatní zdravotnický personál. Přepisování textů nebo vymazávání je samozřejmě zakázáno, ačkoliv v tomto ohledu je kontrola, vzhledem k čím dál častějšímu využití elektronického vedení zdravotnické dokumentace, mírně zkomplikována. Pokud se v záznamu vyskytuje nehodící text, je nutné ho přeškrtnout a opravit, přičemž oprava zůstává tímto způsobem v dokumentaci jako takové nadále zaznamenaná (Vondráček, Wirthová, 2008).



Ačkoliv vedení zdravotnické dokumentace, jak již bylo zmíněno, je upravováno legislativními dokumenty státu, Malíková (2011) zároveň dodává, že za účelem jejího správného vedení a nakládání s ní každé zařízení zpracovává i vnitřní pravidla, která pak přesně určují podrobnosti týkající se dokumentace pacientů.

### **1.2.7 Tvorba dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace je tvořena pěti fázemi ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces rozdělujeme do těchto fází. Zhodnocení neboli posuzování pacienta, diagnostika, plánování, realizace a konečná fáze vyhodnocení (Tóthová et al., 2014). Po celou dobu ošetrovatelského procesu probíhá interakce mezi sestrou a pacientem (Burda, Šolcová, 2015). Hůsková a Kašná (2009) pak vymezují jednotlivé fáze také za využití pomocných otázek, které se k nim váží a které pomáhají splnit fáze ošetrovatelského procesu. Tyto otázky zní takto, kdo je můj nemocný? – fáze posuzování, má můj nemocný problém, který umím pojmenovat? – fáze diagnostiky, co mohu pro mého nemocného udělat? – fáze plánování, postupuji podle plánu? – fáze realizace, to, co jsem udělala pro nemocného, je dobré? – fáze vyhodnocení.

Tóthová et al. (2014) udává, že první fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení neboli posouzení zdravotního stavu pacienta, které by mělo být provedeno co nejdříve po přijetí pacienta. Tato fáze je velice důležitá pro plánovanou a efektivní péči a je založena na správném sběru informací od pacienta. Informace musí být přesné a úplné. Sestra si také musí uvědomovat skutečnost, že informace mohou být zkreslené a nepravdivé, měla by tak tyto údaje oddělovat od skutečnosti (Plevová et al., 2011). Zhodnocení pacientova zdravotního stavu provádíme dvěma způsoby fyzikálním vyšetřením sestrou a získáním ošetrovatelské anamnézy. K získání anamnézy můžeme využít hodnotící škály a stupnice a různé testy, například Barthelův test základních činností nebo posouzení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Druhým způsobem je screeningové vyšetření čili fyzikální vyšetření sestrou, v němž se věnujeme celkovému vzhledu pacienta, fyziologickým funkcím, rozsahu pohybu kloubů, kůži, držení těla a chůzi, také schopnostem zvednout tužku nebo čtení novinového písma nebo vnímání šepotu (Jarošová et al., 2015). Všechny získané informace zpracujeme do ošetrovatelské anamnézy funkčního modelu Marjory Gordon. Tento model využívá jednotlivých oblastí, do kterých zařazuje informace získané od pacienta. Model M. Gordon má 13 oblastí konkrétně podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita a odpočinek, vnímání

a poznávání, vnímání sama sebe, vztahy, sexualita, zvládání zátěže neboli odolnost vůči stresu, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort a růst a vývoj. Mlýnková (2010) dodává, že o klientovi je nutné získat dva typy informací, jednak ty, které se týkají jeho aktuálního stavu, podstatné jsou však také informace týkající se předchozího vývoje problémů, a to včetně sociální situace pacienta, nebo charakteristiky jeho osobnosti.

Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika pacienta. Abychom určili správnou diagnózu pacienta, musíme analyzovat a sjednotit získané informace. Dle určené ošetrovatelské diagnózy sestra naplňuje činnosti, které vedou k odstranění nebo zmírnění problému. Diagnóza je ošetrovatelský problém pacienta, který zahrnuje všechny tělesné, psychické, sociální, kulturní a duševní změny vznikající vlivem choroby (Tóthová et al., 2014). Ošetrovatelská diagnóza obsahuje cíle, jednotlivá kritéria a intervence. Špirudová et al. (2006) pak dodávají, že formulace ošetrovatelské diagnózy se od té medicínské liší jednak ve formě, zároveň ale také v obsahu či svojí proměnlivostí. Stejně autorka pak upozorňuje, že formulace ošetrovatelské diagnózy se může lišit s ohledem na to, zda se jedná o pacientův aktuální, nebo potenciální problém. V nemocničních zařízeních v České republice sestry většinou používají k určení diagnózy NANDA Taxonomii. Definice „*Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná*“ (Tóthová et al., 2014, str.65). Tuto definici zavedla Národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz NANDA v roce 1990. Diagnózy zpracovává registrovaná sestra, avšak svými údaji ji doplňuje i ošetrovatelský personál. Zdravotní problémy pacienta, ale také možné rizikové faktory najdeme v ošetrovatelských diagnózách. V těchto diagnózách nalezneme stavy, které může sestra se svými kompetencemi zvládnout a je k nim oprávněná (Tóthová et al., 2014).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování. Začátek plánování ošetrovatelské péče tvoří zhodnocení zdravotního stavu a stanovení ošetrovatelské diagnózy. Rozumíme tím navrhování a tím rozhodování o problému. Stanovením priorit se určuje pořadí řešení problémů pacienta, které se seřazují dle vážnosti, ale také respektujeme přání, bezpečnost a potřeby pacienta (Plevová et al., 2011). Naopak Špirudová et al. (2006) tvrdí, že hierarchické uspořádání plánu s ohledem na priority z hlediska pacientových problémů není nezbytné.

K vytyčení priorit mohou sestry využít Maslowovu pyramidu lidských potřeb. První místo zastupují život ohrožující problémy, v nichž nalezneme například kardiovaskulární, neurologické a respirační funkce, neuspokojované fyziologické a vývojové potřeby. Střední závažnost mají problémy nebezpečné pro zdraví pacienta, nízkou prioritu jsou potřeby pro rozvoj osobnosti. Dalším krokem v této fázi je formulace cílů, a to krátkodobých, ale i dlouhodobých. Cíle krátkodobé by měly být splněny do několika hodin, dnů maximálně však do jednoho týdne, avšak dlouhodobé cíle sestry určují pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni nebo jsou v domácí péči či rehabilitaci a rekonvalescenci (Plevová et al., 2011). V neposlední řadě si sestra zpracuje výsledná kritéria a intervence. Výsledné kritérium konkretizuje a specifikuje cíl, a tím usměrňuje výběr ošetrovatelských intervencí a také určuje časový limit. Jeho podmínkou je konkrétnost a měřitelnost, která nám poté poslouží, jako hodnotící ukazatel ve vyhodnocování. Ošetrovatelské intervence se zaměřují na redukci, prevenci a odstranění zdravotních problémů. Musí být však relevantní k zdravotnímu stavu a věku pacienta, také bychom neměly opomenout práva pacientů a měly by být v časovém sledu a ve shodě s platnou legislativou. Význam plánu ošetrovatelské péče usnadňuje organizaci a souvislost individualizované ošetrovatelské péče a poskytuje podklad pro právní účely a vyúčtování plateb zdravotním pojišťovnám. Jeho další využití je ve výzkumu takzvaném hodnocení kvality péče a vzdělávání (Vytejková et al., 2011).

Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu je realizace, během níž dochází k uskutečňování strategií v praxi. Realizace je nezbytnou fází ošetrovatelského procesu a propojuje všechny části procesu. V několika krocích probíhá realizace procesu, do kterého řadíme opětovné posouzení pacienta, ověření platnosti plánu ošetrovatelské péče, posouzení potřeby asistence při intervencích, dále realizace plánu jejichž intervencí, jsou záznamy a hlášení o ošetrovatelských intervencích. Sestra při realizování uplatňuje tři kategorie zručnosti. Mezi první kognitivní zručnost patří znalost kodexů, jako jsou práva pacientů a etický kodex, také umění kriticky a kreativně myslet, ale hlavně být soustředěna. Interpersonální dovednosti používají sestry při projevování zájmu a porozumění a srozumitelně a objektivně předávají informace v ošetrovatelském týmu. Do technických zručností zařazujeme manuální obratnost při ošetrovatelských výkonech, manipulaci s pomůckami a přístroji a zařízeními (Mastiliáková, 2014).

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Prostřednictvím jehož zjišťujeme, zda byly uskutečněny všechny cíle. Kvalita ošetrovatelské péče tvoří základ pro vyhodnocení. Porovnáváním získaných údajů z výsledných kritérií a ošetrovatelských intervencí a stanovených cílů s výsledky pacienta popíše sestry závěr o problému pacienta a případně zdůvodní nesplnění cílů a znovu nastaví nový plán ošetrovatelské péče. Hodnocení rozdělujeme na tři typy, a to termínované hodnocení, které sestra provádí v určeném čase v ošetrovatelském cíli. Dalším typem je průběžné hodnocení, při němž sestra zaznamenává hodnocení během celkové doby poskytované ošetrovatelské péče pro zabezpečení vhodné péče v aktuálním stavu pacienta. Posledním typem je závěrečné hodnocení, to se provádí pouze tehdy, pokud přenechává pacienta do péče jiného zařízení nebo osobě před koncem hospitalizace (Tóthová et al., 2014).

### ***1.2.8 Nahlížení do dokumentace a povinná mlčenlivost***

Nahlížení do zdravotnické dokumentace je řízeno právním předpisem Vyhláškou č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci musí však splňovat povinnou mlčenlivost. Do zdravotnické dokumentace může nahlížet pacient a osoba pacientem k tomu zmocněná v příslušném rozsahu. Dále pak mohou nahlížet ti, kteří poskytují odbornou péči pacienta. Do této skupiny patří ošetrující lékaři, sestry, pracovníci provádějící rehabilitaci, ale také studenti připravující se na výkon zdravotnického povolání pouze pokud pacient podepíše písemný souhlas. Dále ve vyhlášce najdeme předpis o povinné mlčenlivosti všem poskytovatelům zdravotnické péče o všech skutečnostech, které jsou spjaty s výkonem svého povolání (Vyhláška č. 98/2012 Sb.). Za porušení mlčenlivosti se stanovuje postih, který je veden trestným zákonem (Vondráček a Wirthová, 2008).

### ***1.2.9 Uchování a skartace***

Zdravotnickou dokumentaci neuchovávají zdravotnická zařízení věčně, musí podléhat skartačnímu řízení. Bez skartačního řízení je zakázáno zničit zdravotnickou dokumentaci. Uchování a skartace podléhá právnímu předpisu, tedy Vyhlášce 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zdravotnická dokumentace se vyřazuje po určité době, kterou si určí zdravotnické zařízení, nejdéle však jednou za tři roky. Na posouzení potřebnosti dokumentace je sestavena odborná komise, která se skládá nejméně ze 3 členů. Zdravotnická dokumentace je označena vyřazujícími znaky, kterými jsou S a V. Skartační znak S znamená, že dokumentace po uplynutí skartační doby může být

zničena bez dalšího posuzování. Skartační znak V označuje zdravotnickou dokumentaci, která musí projít odbornou komisí pro rozhodnutí, zda dojde ke skartaci nebo prodloužení skartační lhůty. Jedná se nejméně o pět let, kdy zdravotnická dokumentace může být prodloužena. Doba uchování zdravotnické dokumentace je v lůžkové péči 40 let od poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta, ale také při jednodenní péči 15 let (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Předkládaná problematika je velice rozsáhlá a její podrobná analýza je nad rámec této práce, proto je následující část již věnována empirické části práce.

## 2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY

### 2.1 Cíl práce

Zmapovat ošetrovatelskou dokumentaci a administrativu versus přímou péči o pacienta.

### 2.2 Výzkumné otázky

Kolik času stráví sestra u vedení dokumentace a administrativy?

Kolik času stráví sestra při realizaci přímé péče o pacienta?

### 2.3 Hypotézy

**H1** Sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou než nad přímou péčí o pacienta.

**H2** Sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení.

### 2.4 Operacionalizace pojmů

Pro potřeby našeho výzkumu je důležité vysvětlit některé pojmy.

**Ošetrovatelská dokumentace a administrativa** je záznam, kterým zachycujeme a uchováváme skutečnosti o pacientovi, které jsou vedeny v různých formách (Vondráček a Wirthová, 2008). Pro mou práci jsou veškerými dokumenty se kterými sestra pracuje ošetrovatelská dokumentace a administrativa.

**Pacient** je osoba, které se dostává ošetření od lékaře nebo od nemocnice (collinsdictionary, 2018).

**Přímá péče o pacienta** je soubor činností vykonávané v rámci ošetrovatelské péče, při kterých je zdravotní personál v přímém kontaktu s pacientem (Kudlová, 2015). V našem výzkumu nás bude zajímat kolik času sestra věnuje činnostem, které vykonává v přímém kontaktu s pacientem.

## **3 METODIKA**

### ***3.1 Použité metody sběru dat***

K výzkumnému šetření v této bakalářské práci bylo použito kvantitativní šetření za pomoci nestandardizovaného dotazníku a kvalitativní šetření realizované pomocí skrytého zúčastněného pozorování.

### ***3.2 Design kvantitativní části výzkumného šetření***

Sběr dat byl proveden formou kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaných dotazníků, které byly zcela anonymní. Dotazník byl určen pro sestry pracující v nemocnici, skládal se ze 30 otázek, z nichž bylo 24 uzavřených. Z 6 otázek byly 4 otevřené a u 2 otázek byla možnost zaškrtnout více možných odpovědí (viz Příloha 2). Dotazníky byly šířeny převážně elektronickou podobou pomocí aplikace Google Formuláře. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v nemocnicích Jihočeského kraje. Sestry pracující na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče byly kritériem pro výběr k vyplnění dotazníků. Toto výzkumné šetření probíhalo v březnu 2018. Data z těchto dotazníků byla vkládána do programu MS EXCEL a byla zpracována do přehledných tabulek a grafů. Touto formou byly testovány dvě předem stanovené hypotézy. Volba statistických testů byla provedena na základě typů použitých proměnných a struktury experimentu.

### ***3.3 Statistická analýza kvantitativních dat***

U první hypotézy byl srovnáván čas, který sestry stráví administrativou, s časem, který stráví u pacienta. Časy byly v dotazníku zjišťovány na ordinální škále, která byla pro účely statistického testování kódována následujícím způsobem.

Jelikož se jednalo o párový experiment (sestry odpovídaly dvakrát, jednou na čas strávený administrativou, podruhé na čas strávený u pacienta) a ordinální proměnnou, byl pro porovnání použit párový Wilcoxonův test. Testování bylo doplněno kategorizovaným krabicovým grafem.

U druhé hypotézy bylo cílem testování srovnat čas strávený u pacienta u sester pracujících na JIP v komparaci se sestrami pracujícími na standardním oddělení. Jednalo se o stejné kódování, jako v tabulce výše. Tentokrát byl experiment nepárový, protože byly sestry

rozděleny na 2 skupiny. K porovnání byl použit Mann-Whitneyho U test, doplněný kategorizovaným krabicovým grafem.

Výsledky statistických testů byly vypočteny pomocí softwaru STATISTICA CZ 12. O nulové hypotéze bylo rozhodnuto na základě p-hodnoty s hladinou významnosti 0,05. V případě p-hodnoty nižší než 0,05 byla tedy nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní.

### **3.4 Charakteristika výzkumného souboru A**

První části výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 200 respondentů, kteří pracují v nemocnicích jihočeského kraje na standardním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče.

### **3.5 Design kvalitativní části výzkumného šetření**

Sběr dat byl proveden kvalitativní formou výzkumu pomocí skrytého zúčastněného pozorování. Skryté pozorování bylo zapsáno do pozorovacího archu (viz příloha 3) a o pozorování byla informována vrchní setra zvoleného oddělení. Samotné výzkumné šetření probíhalo v období března až dubna roku 2018 v Nemocnici České Budějovice a. s. na standardním oddělení a na oddělení jednotky intenzivní péče. Toto šetření bylo povoleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a.s. (viz příloha 1) a vrchní sestrou příslušného oddělení.

### **3.6 Charakteristika výzkumného souboru B**

Druhé části výzkumného šetření se zúčastnilo 6 sester pracujících na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče. První byla sestra ve věku 47 let, která vystudovala Střední zdravotnickou školu a pracuje v oboru 30 let. Druhá sestra ve věku 64 let, která vystudovala Střední zdravotnickou školu a pracuje na tomto oddělení formou zkráceného úvazku vzhledem k důchodovému věku. Třetí sestra ve věku 54 let, která vystudovala Střední zdravotnickou školu a pracuje v oboru 35 let. Čtvrtá sestra ve věku 29 let, která vystudovala Vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem a pracuje v oboru 10 let. Sestra 5 ve věku 43 let se specializací ARIP, která vystudovala Střední zdravotnickou školu a pracuje v oboru 22 let. Poslední vybraná sestra ve věku 33 let, která vystudovala Vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem.

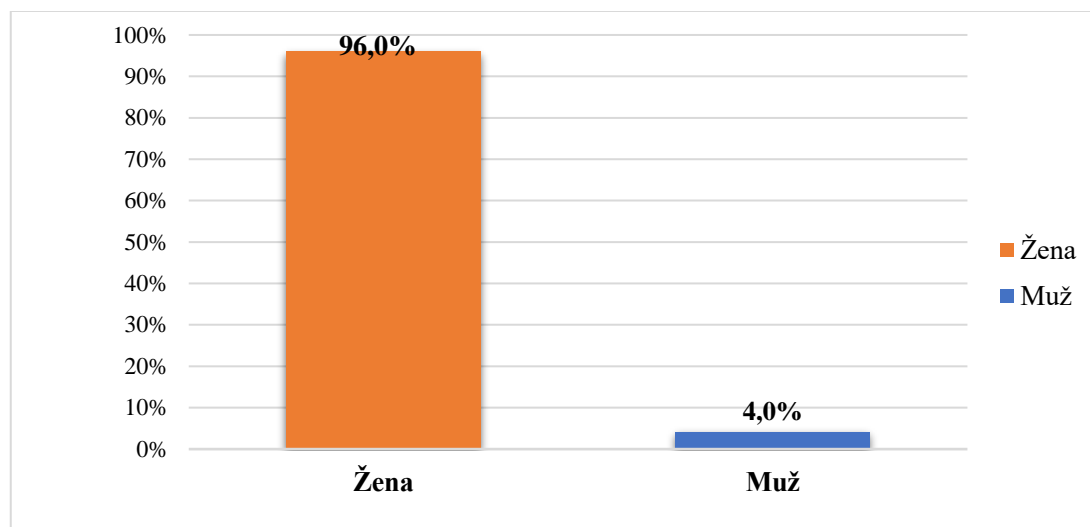


## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kvantitativní část výzkumu – výsledky popisné statistiky

**Graf 1 Pohlaví respondentů**

n=200

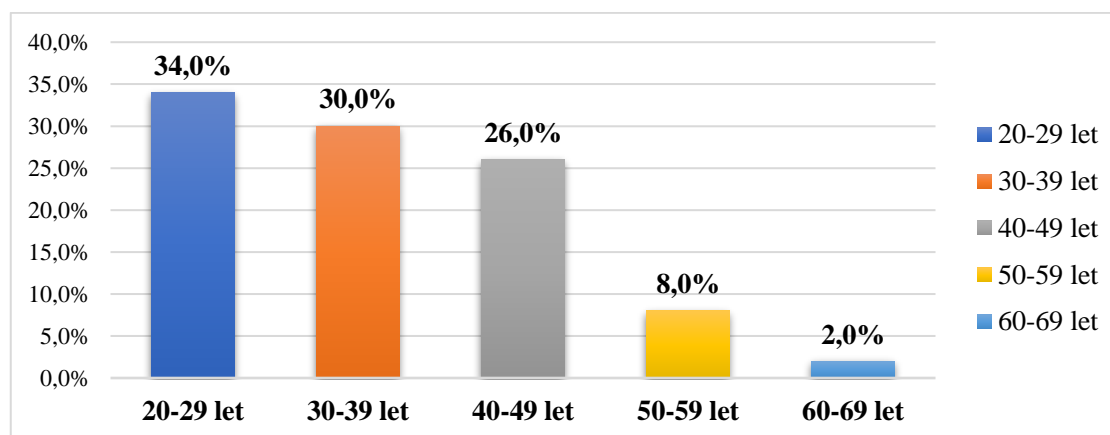


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) bylo do výzkumného šetření zapojeno 192 žen (96,0 %) a 8 mužů (4,0 %).

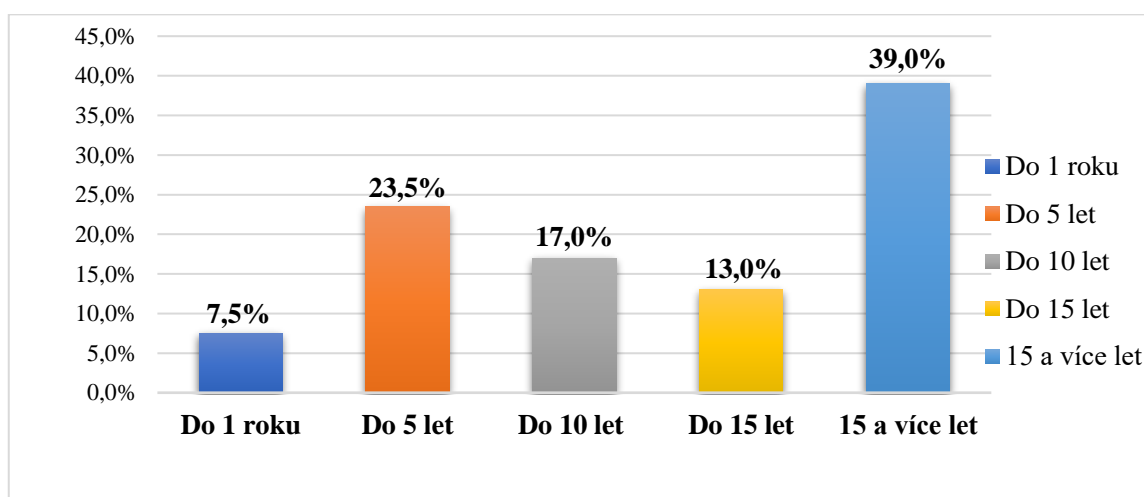
**Graf 2 Věk respondentů**

n=200



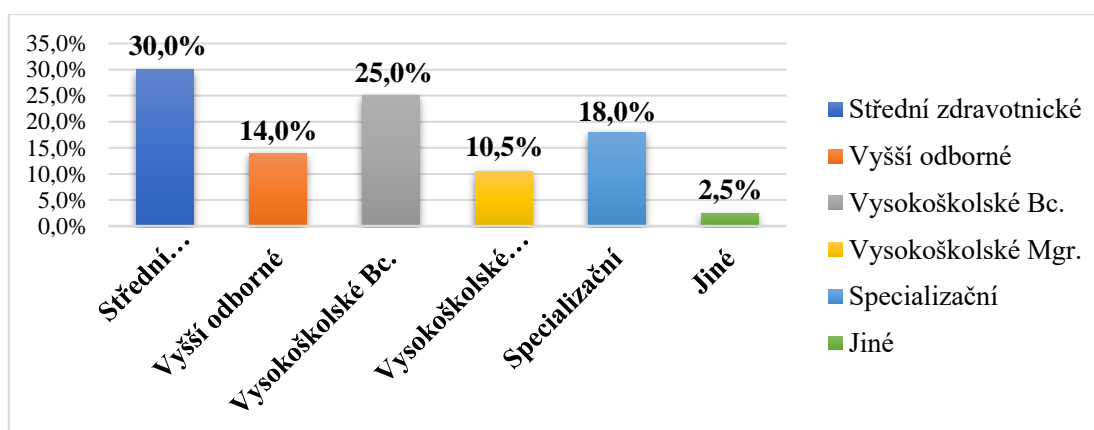
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 znázorňuje věk respondentů. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) nejvíce sester 68 (34,0 %) je v rozmezí 20-29 let. Dále většina 60 (30,0 %) respondentů je ve věkovém rozmezí 30-39 let. 52 (26,0 %) respondentů jsou ve věku 40-49 let. V rozmezí 50-59 let je 16 (8,0 %) sester. Nejméně respondentů 4 (2,0 %) je ve věku 60 - 69 let.

**Graf 3 Délka praxe****n=200**

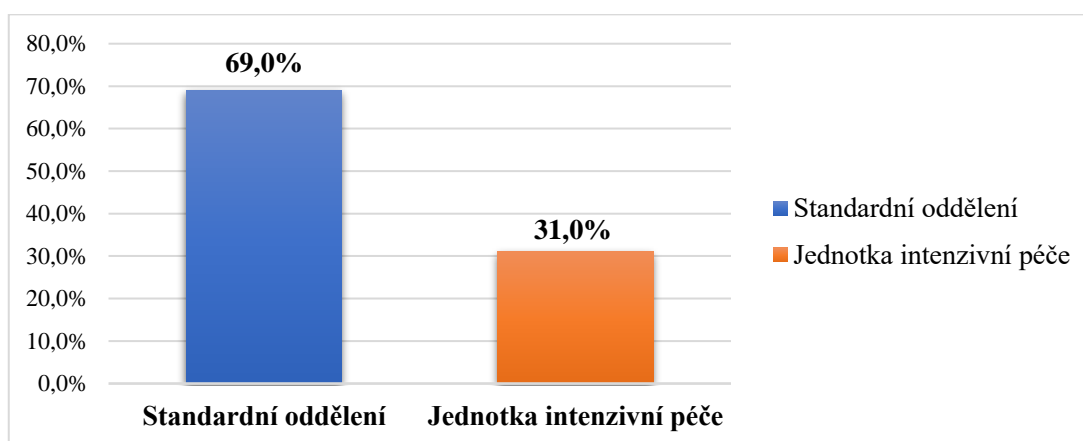
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 znázorňuje délku praxe. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) pracuje do 1 roku 15 (7,5 %) respondentů, dále pak do 5 let pracuje 47 (23,5 %) respondentů. Dalších 34 (17,0 %) sester odpovědělo do 10 let a do 15 let odpovědělo 26 (13,0 %) respondentů. Nejvíce sester pracuje více jak 15 let v oboru – tak odpovědělo 78 (39,0 %) respondentů.

**Graf 4 Nejvyšší vzdělání****n=200**

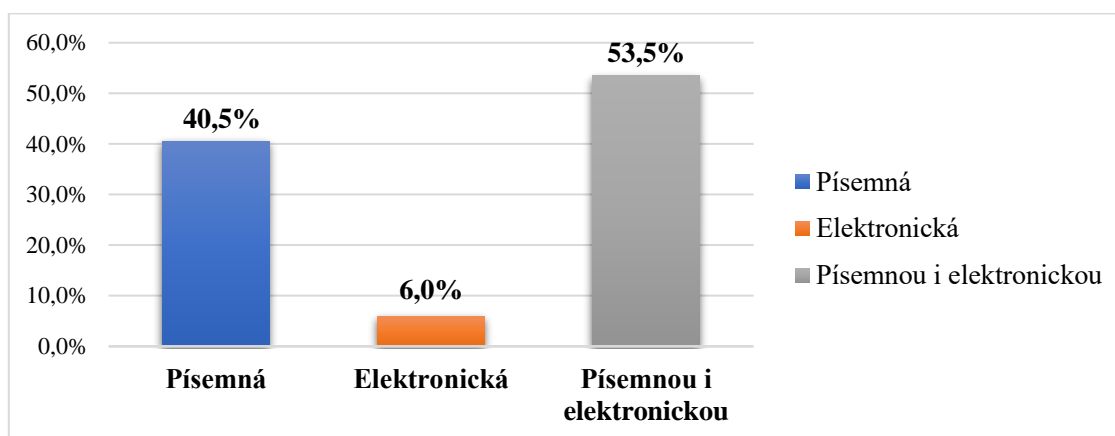
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) vystudovalo Střední zdravotnickou školu 60 (30,0 %) respondentů. Vyšší odborné studium vystudovalo 28 (14,0 %) respondentů. Vysokoškolsky vzdělaných Bc. sester bylo 50 (25,0 %) a Vysokoškolsky vzdělaných Mgr. sester 21 (10,5 %). 36 (18,0 %) sester označilo odpověď „specializační“. Odpověď „jiné“ uvedlo 5 (2,5 %) respondentů.

**Graf 5 Typ oddělení****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 znázorňuje typ oddělení, na kterém sestry pracují. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) pracuje 138 (69,0 %) na standardním oddělení a 62 (31,0 %) sester na jednotce intenzivní péče.

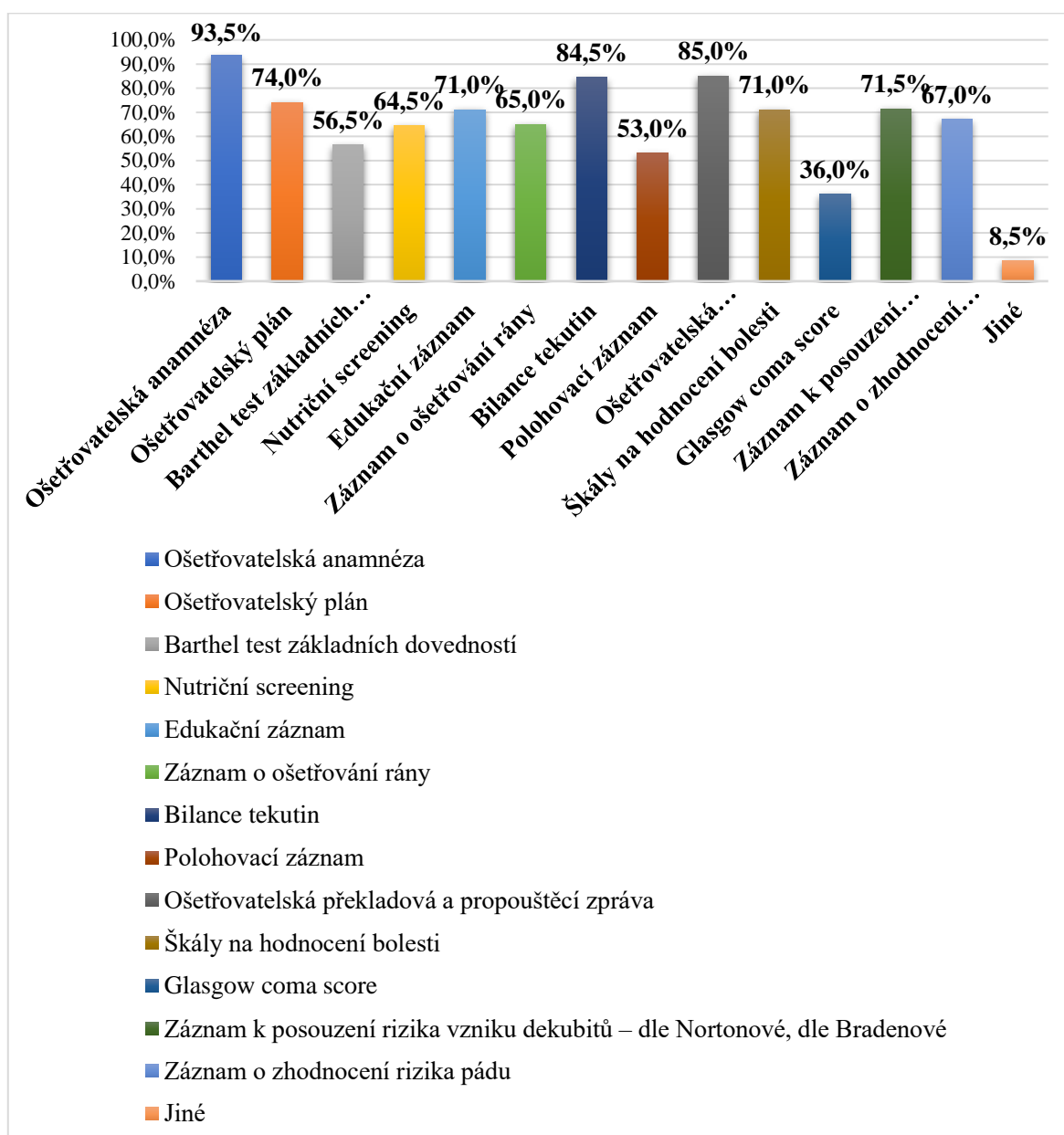
**Graf 6 Forma vedení dokumentace****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 znázorňuje formu vedení dokumentace. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo, že písemnou formu dokumentace používá 81 (40,5 %) respondentů. 12 (6,0 %) respondentů používá elektronickou formu dokumentace, a naopak 107 (53,5 %) sester používá obě formy dokumentace, jak písemnou, tak i elektronickou.

**Graf 7 Používané druhy ošetrovatelské dokumentace**

**n=200**

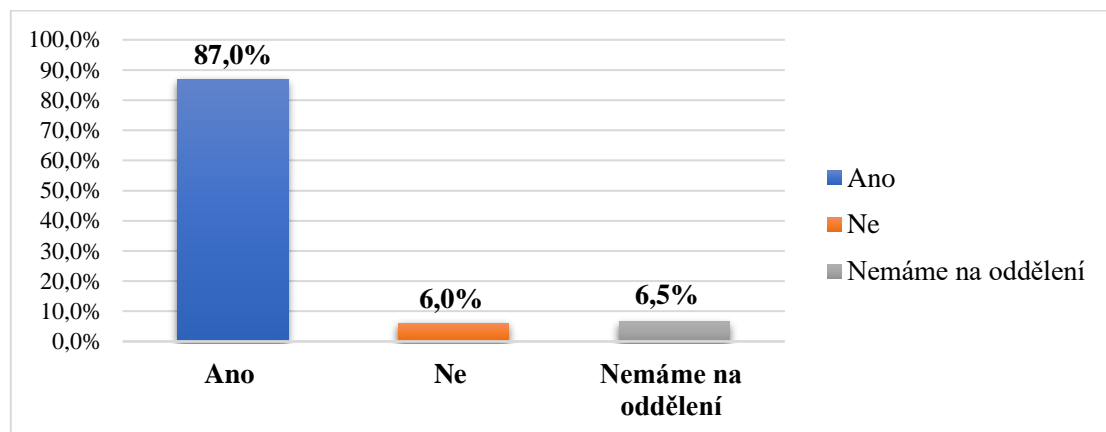


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 znázorňuje používané druhy ošetrovatelské dokumentace. V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 187 (93,5 %), že používá ošetrovatelskou anamnézu. 148 (74,0 %) sester uvedlo, že při své práci používají ošetrovatelský plán. Barthel test základních činností aplikuje 113 (56,5 %) dotazovaných. 129 (64,5 %) sester používá nutriční screening. Edukační záznam využívá 142 (71,0 %) dotazovaných. 130 (65,0 %) sester vypisuje záznam o ošetřování rány. Záznam o bilanci tekutin u pacienta využívá 169 (84,5 %) dotazovaných. Polohovací záznam pacienta používá 106 (53,0 %) sester. 170 (85,0 %)

sester používá ošetrovatelskou propouštěcí a překládovou zprávu. Škály na hodnocení bolesti využívá 142 (71,0 %) dotazovaných. Glasgow skóre aplikuje při své práci 72 (36,0 %). Záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové nebo Bradenové vypisuje 143 (71,5 %). Záznam o zhodnocení rizika pádu u pacienta vyplňuje 134 (67,0 %) sester. Jinou odpověď udalo 17 (8,5 %) dotazovaných.

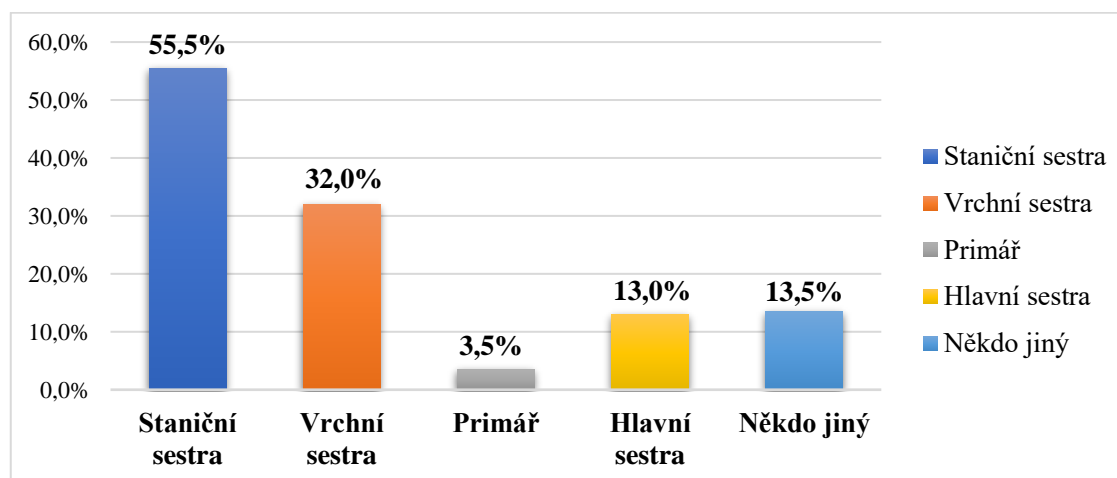
**Graf 8 Používání standardu pro vedení ošetrovatelské dokumentace** n=200



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8 znázorňuje používání standardu. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) používá na oddělení standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace 174 (87,0 %) respondentů. Zápornou odpověď uvedlo 13 (6,0 %) respondentů a sestry, které nemají na oddělení standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace označilo 13 (6,5 %).

**Graf 9 Kontrola dokumentace** n=200

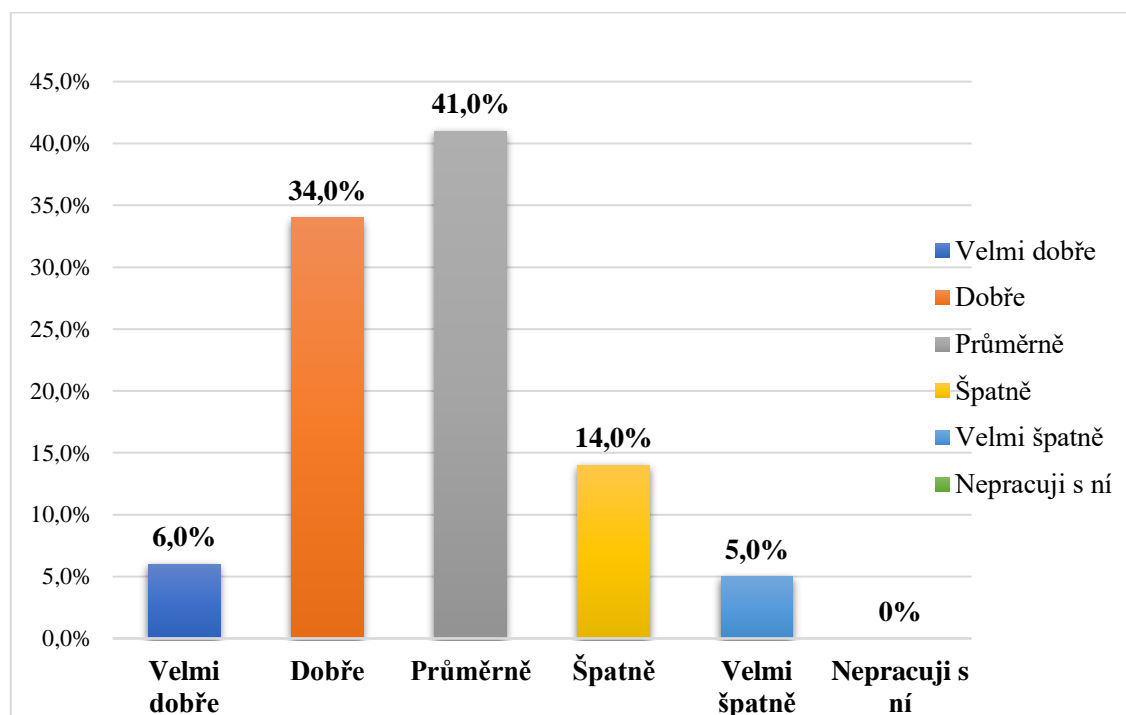


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9 znázorňuje kontrolu vedení dokumentace. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %). 111 (55,5 %) sester odpovědělo, že dokumentaci kontroluje staniční sestra. 64 (32,0 %) sester uvedlo odpověď vrchní sestra. 7 (3,5 %) sester odpovědělo, že dokumentaci kontroluje primář. 26 (13,0 %) sester udalo odpověď hlavní sestra a odpověď někdo jiný uvedlo 27 (13,5 %) sester.

**Graf 10 Spokojenost s dokumentací**

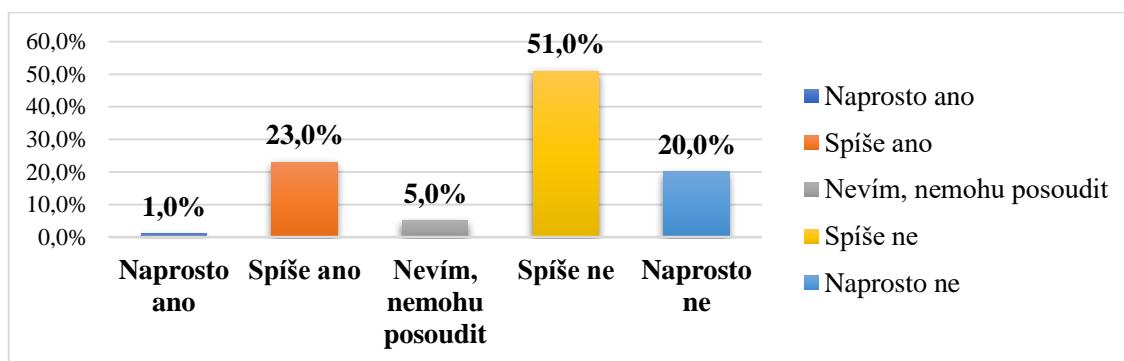
**n=200**



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 znázorňuje spokojenost s dokumentací. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 12 (6,0 %), že se jim s dokumentací pracuje velmi dobře. S dokumentací se dobře pracuje 68 (34,0 %) respondentům, a průměrně se pracuje 82 (41,0 %) respondentům. Naopak špatně se s dokumentací pracuje 28 (14,0 %) sestrám. Velmi špatně se pracuje s dokumentací 10 (5,0 %) sestrám. Odpověď „nepracuji“ s dokumentací nevedl nikdo (0 %).

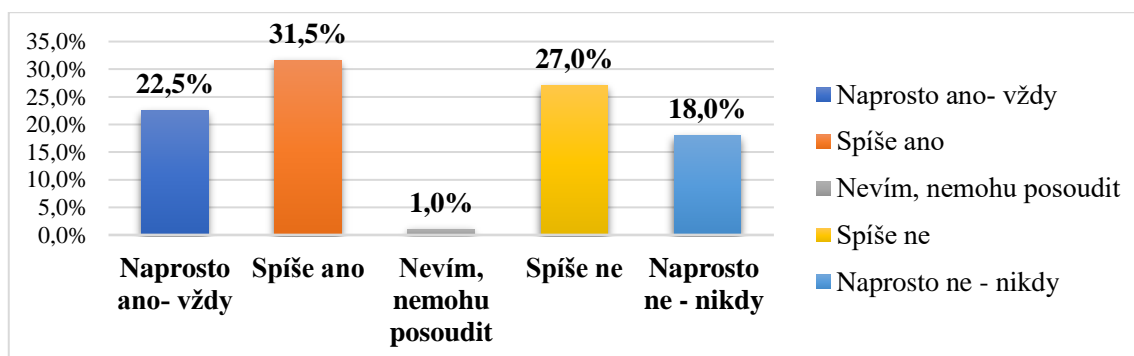
**Graf 11 Ulehčení pomocí ošetrovatelské dokumentace v péči o pacienta n=200**



Zdroj: vlastní zpracování

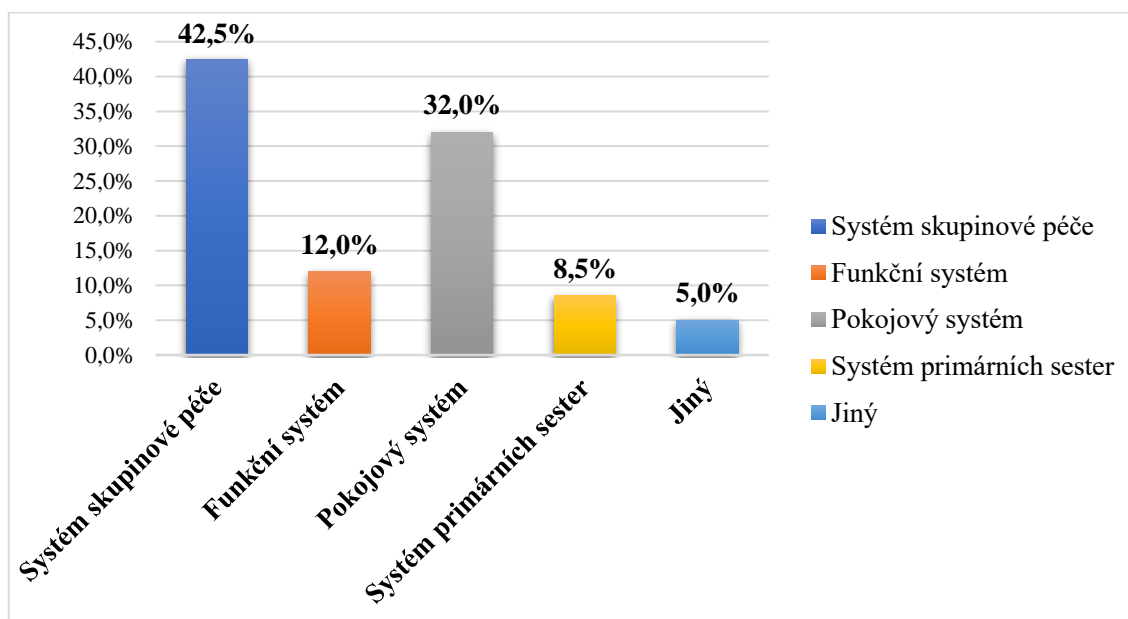
Graf 11 znázorňuje ulehčení v péči o pacienta pomocí ošetrovatelské dokumentace. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) uvedlo odpověď „naprosto ano“ uvedlo 2 (1,0 %) dotazovaných. Odpověď „spíše ano“ odpovědělo 46 (23,0 %) dotazovaných. 10 (5,0 %) respondentů odpovědělo, že nemohou posoudit danou situaci. 102 (51,0 %) sester uvedlo, že práci s pacientem dokumentace spíše neulehčuje a odpověď „naprosto ne“ uvedlo 40 (20,0 %) respondentů.

**Graf 12 Používání ošetrovatelské dokumentace při předávání hlášení mezi směnami n=200**



Zdroj: vlastní zpracování

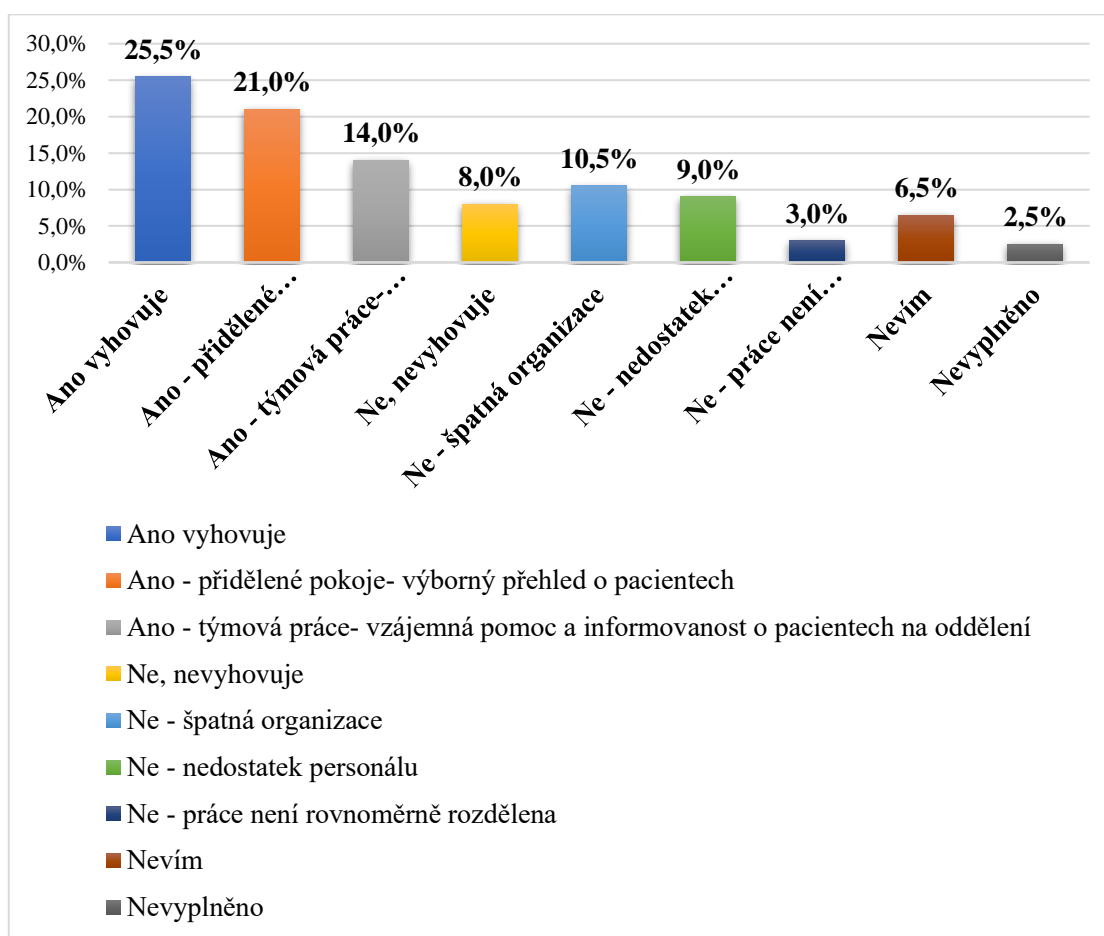
Graf 12 znázorňuje používání ošetrovatelské dokumentace při předávání hlášení mezi směnami. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo, že při předávání hlášení vždy sestry používají ošetrovatelskou dokumentaci 45 (22,5 %) sester. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 63 (31,5 %). Odpověď „nevím, nemohu posoudit“ udalo 2 (1,0 %) dotazovaných. Naopak odpověď „spíše ne“ udalo 54 (27,0 %) respondentů. Při předávání hlášení naprosto ne, nikdy nepoužívají ošetrovatelskou dokumentaci odpovědělo 36 (18,0 %) dotazovaných.

**Graf 13 Druh organizačního systému na oddělení****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 13 znázorňuje využívané druhy organizačního systému na oddělení. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 85 (42,5 %), že využívají systém skupinové péče. Dalším druhem je funkční systém, který uvedlo 24 (12,0 %) sester. Pokojový systém používá 64 (32,0 %) respondentů a nejméně používaný systém je systém primárních sester, což odpovědělo 17 (8,5 %) respondentů. Jinou odpověď zvolilo 10 (5,0 %) respondentů.

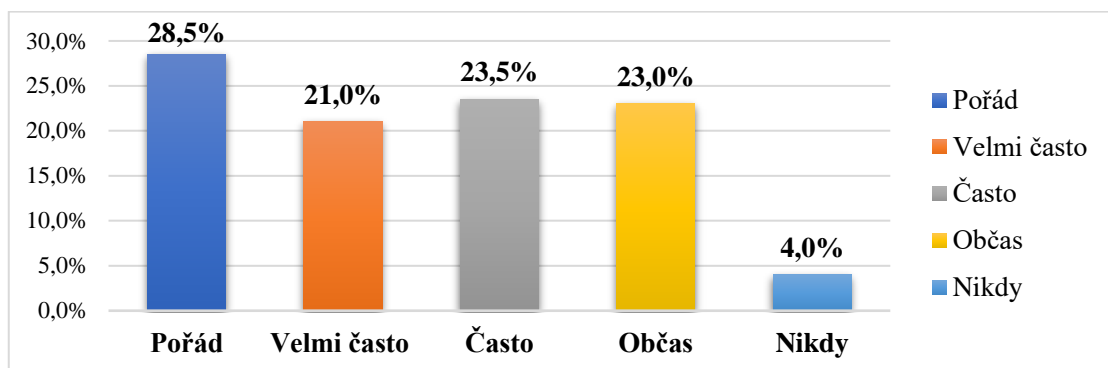


**Graf 14 Výhody a nevýhody organizačního systému****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje výhody a nevýhody organizačního systému, který byl zpracován na základě otevřené otázky, respondenti zde měli vlastními slovy napsat svůj názor. Vytvořila jsem 9 skupin, do kterých jsem odpovědi zařadila. Graf ukazuje, co sestřám na organizačním systému vyhovuje a nevyhovuje. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 51 (25,5%) sester odpovědělo, že jim jejich organizační systém vyhovuje. 42 (21,0 %) sester uvedlo odpověď, že mají přidělené pokoje, a tak mají výborný přehled o pacientech. Dále 28 (14,0 %) sester odpovědělo, že jim vyhovuje týmová práce. Mezi klady týmové práce řadí především vzájemnou pomoc a informovanost o pacientech na celém oddělení. 16 (8,0 %) sestřám jejich organizační systém nevyhovuje. 21 (10,5 %) sester napsalo, že jim organizační systém nevyhovuje z důvodu špatné organizace. 18 (9,0 %) napsalo, že jim systém nevyhovuje z důvodu nedostatku personálu. Odpověď, organizační systém nevyhovuje z důvodu nerovnoměrného rozdělení práce udalo 6 (3,0 %) sester. Opověď „nevím“ uvedlo 13 (6,5 %) sester a tuto otázku nevyplnilo 5 (2,5 %) sester.

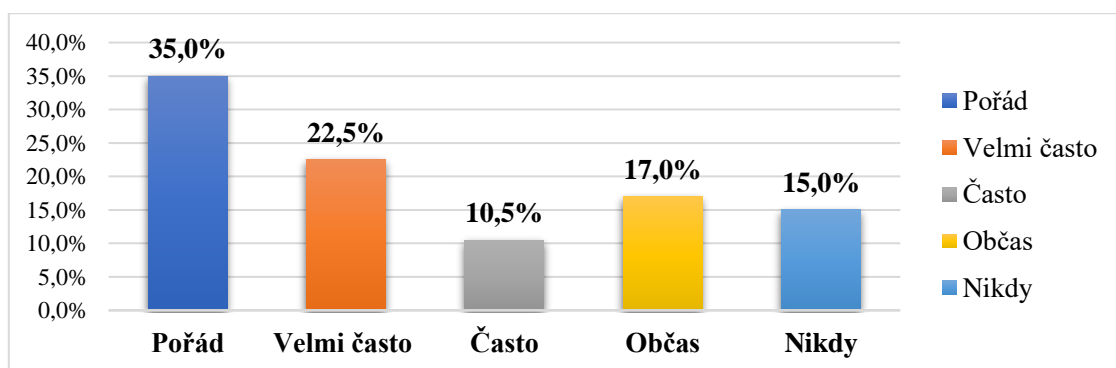
**Graf 15 Zapisování zjištěných skutečností do dokumentace hned po příchodu od pacienta** n=200



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 15 znázorňuje zapisování zjištěných skutečností do dokumentace hned po příchodu od pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 57 (28,5 %) dotazovaných, dále odpověď velmi často uvedlo 42 (21,0 %) dotazovaných. Často zapisují zjištěné skutečnosti do dokumentace 47 (23,5 %) a občas 46 (23,0 %) respondentů. Nejméně však 8 (4,0 %) respondentů udalo, že nikdy nezapisují zjištěné skutečnosti po příchodu od pacienta do dokumentace.

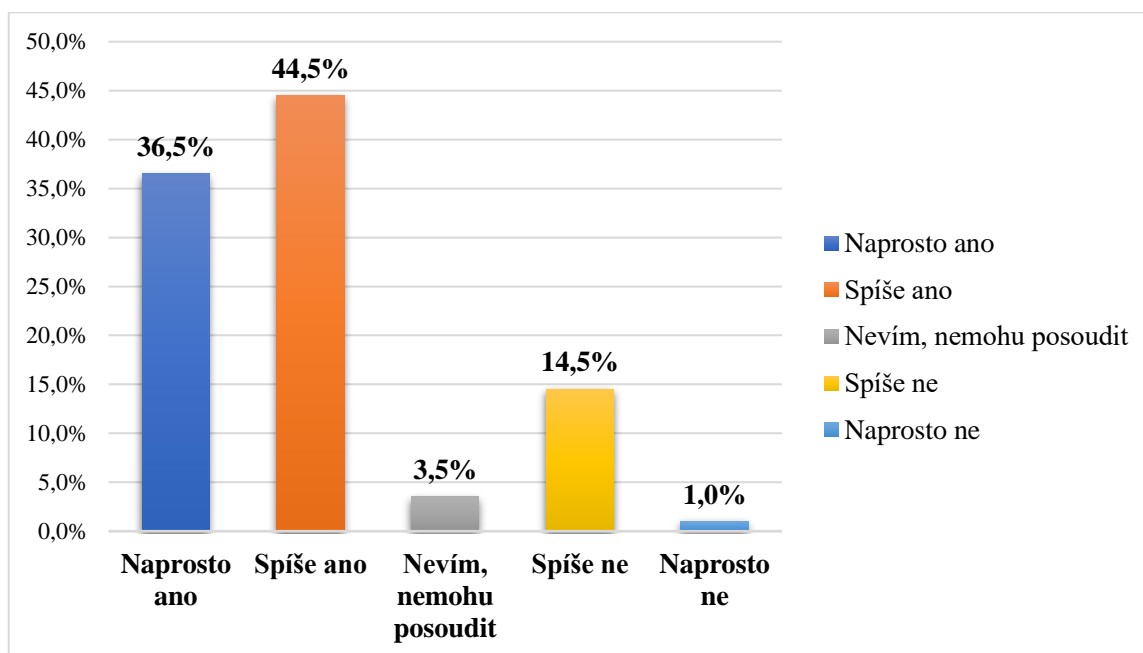
**Graf 16 Vyplnění ošetřovatelské anamnézy v přítomnosti pacienta** n=200



Zdroj: vlastní zpracování

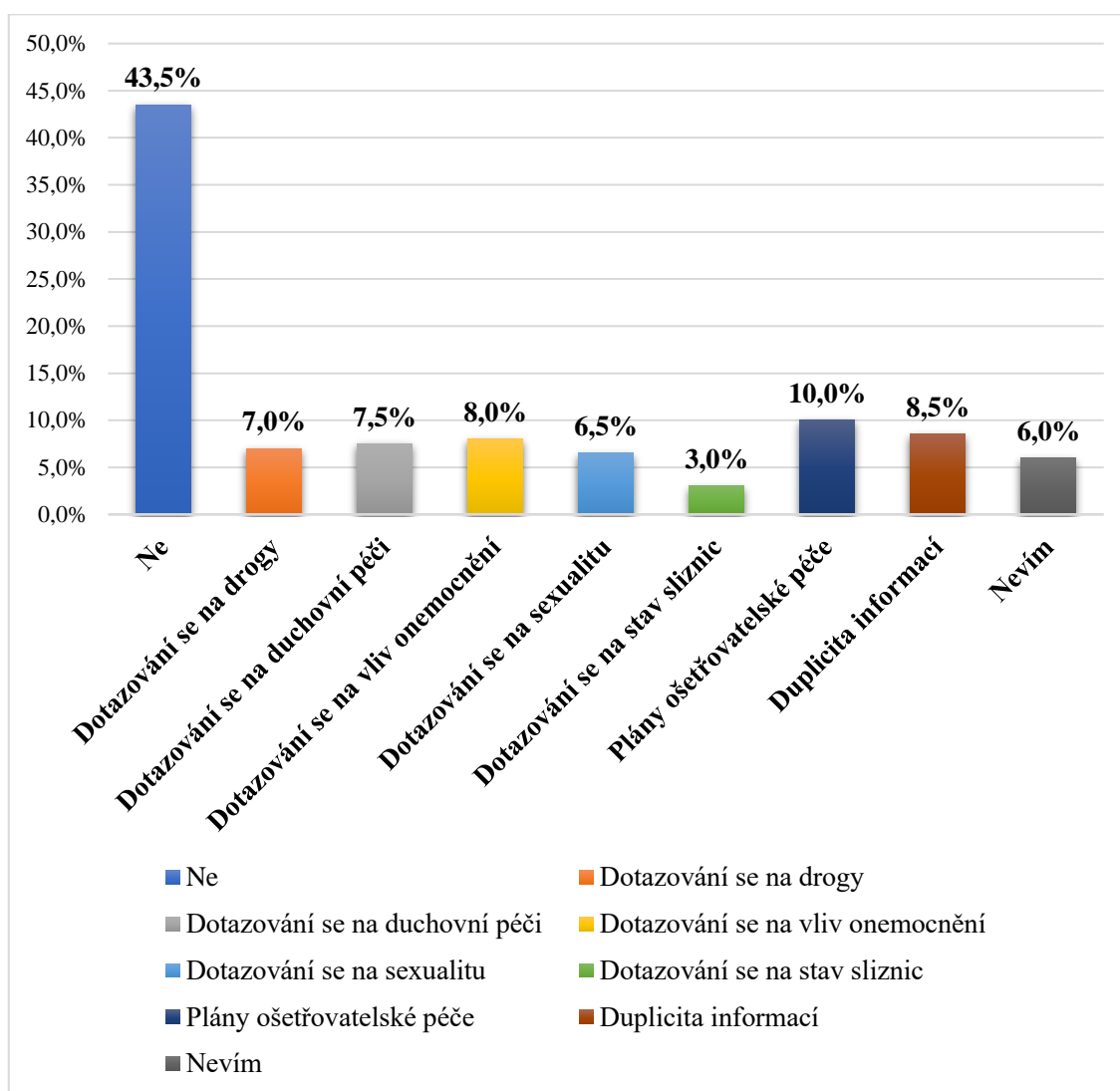
Graf 16 znázorňuje vyplňování ošetřovatelské anamnézy v přítomnosti pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 70 (35,0 %) a velmi často 45 (22,5 %) uvedlo, že vyplňují ošetřovatelskou anamnézu v přítomnosti pacienta. Dále odpověď „často“ uvedlo 21 (10,5 %) dotazovaných. Občas vyplňují ošetřovatelskou anamnézu v přítomnosti pacienta 34 (17,0 %) sester uvedlo že vyplňuje ošetřovatelskou anamnézu v přítomnosti a nikdy nevyplňují ošetřovatelskou anamnézu v přítomnosti pacienta 30 (15,0 %) sester.

**Graf 17 Zbytečnost vypisování některých informací do dokumentace** n=200



Zdroj: vlastní zpracování

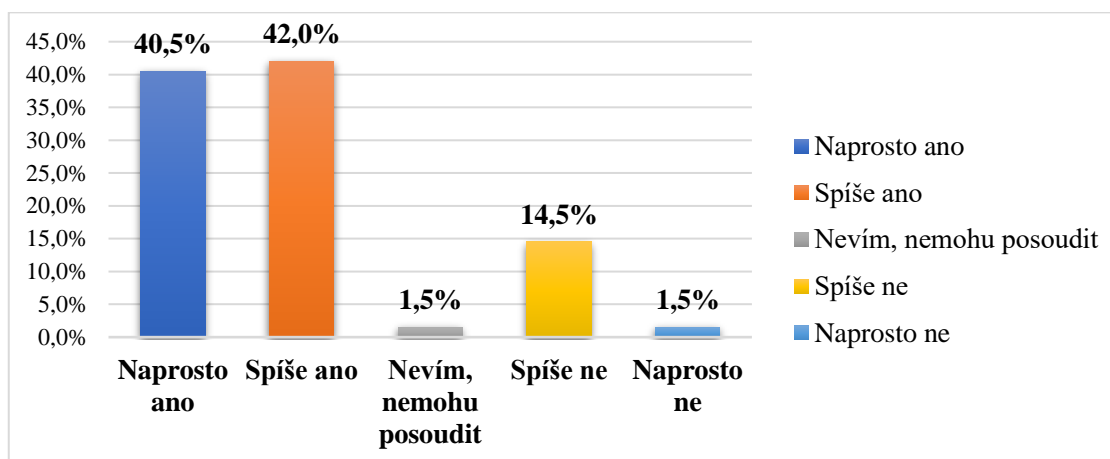
Graf 17 znázorňuje zbytečnost vypisování některých informací do dokumentace. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo „naprosto ano“ 73 (36,5 %). Spíše ano – souhlasí se zbytečností vypisování některých informací 89 (44,5 %) dotazovaných. Tuto otázku nemůže posoudit 7 (3,5 %) dotazovaných. Naopak s tímto faktem spíše nesouhlasí 29 (14,5 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 2 (1,0 %) respondentů.

**Graf 18 Nevhodnost některých částí dokumentace****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18 ukazuje, co sestry hodnotí jako nevhodné při vyplňování ošetrovatelské dokumentace, respondenti měly vlastními slovy napsat svůj názor. Vytvořila jsem 9 skupin, do kterých jsem odpovědi zařadila. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) uvedlo 87 (43,5 %) sester, že v ošetrovatelské dokumentaci není žádná nevhodná část. 14 (7,0 %) sester odpovědělo, že je nevhodné dotazovat se na užívání drog. 15 (7,5 %) sester uvedlo, že je nevhodné ptát se pacienta na duchovní péči. 16 (8,0 %) sester uvedlo nevhodnost tázat se na vliv onemocnění. 13 (6,5 %) dotazovaných udalo odpověď, že jim není příjemné dotazovat se pacientů na sexualitu. Nejméně sester odpovědělo 6 (3,0 %), že jim vadí otázka ohledně stavu sliznic pacienta. 20 (10,0 %) napsalo, že jim vadí vypisování plánu ošetrovatelské péče. 17 (8,5 %) sester uvedlo, že informace v dokumentaci jsou často duplicitní. Odpověď „nevím“ uvedlo 12 (6,0 %) sester.

**Graf 19 Čas strávený u vedení dokumentace versus přímá péče o pacienta n=200**

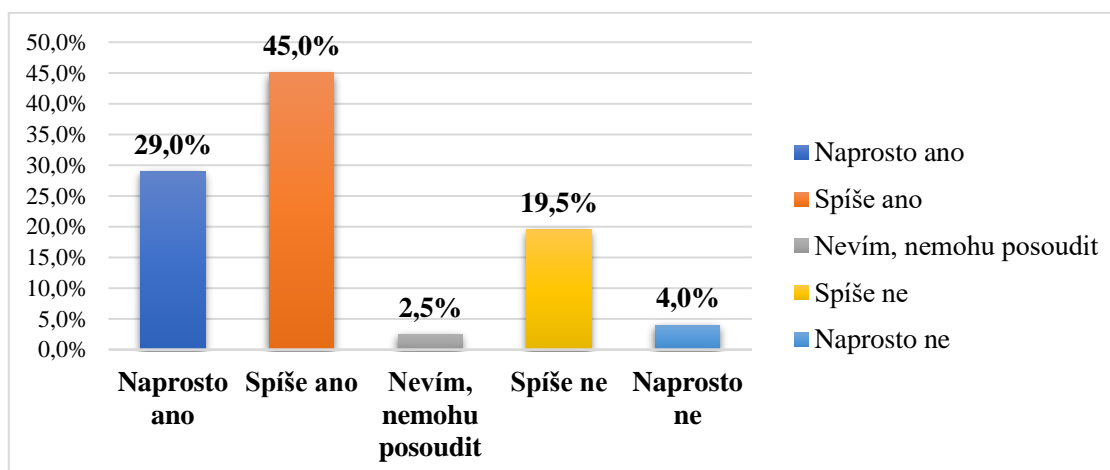


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19 znázorňuje vedení dokumentace versus přímá péče o pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %), 81 (40,5 %) odpovědělo naprosto ano. Spíše ano-souhlasí s tím, že tráví více času u vedení dokumentace, než u lůžka pacienta odpovědělo 84 (42,0 %) respondentů. Odpověď „nemohu posoudit“ označilo 3 (1,5 %) respondentů. 29 (14,5 %) spíše nesouhlasí a odpověď naprosto ne udalo 3 (1,5 %) respondentů.

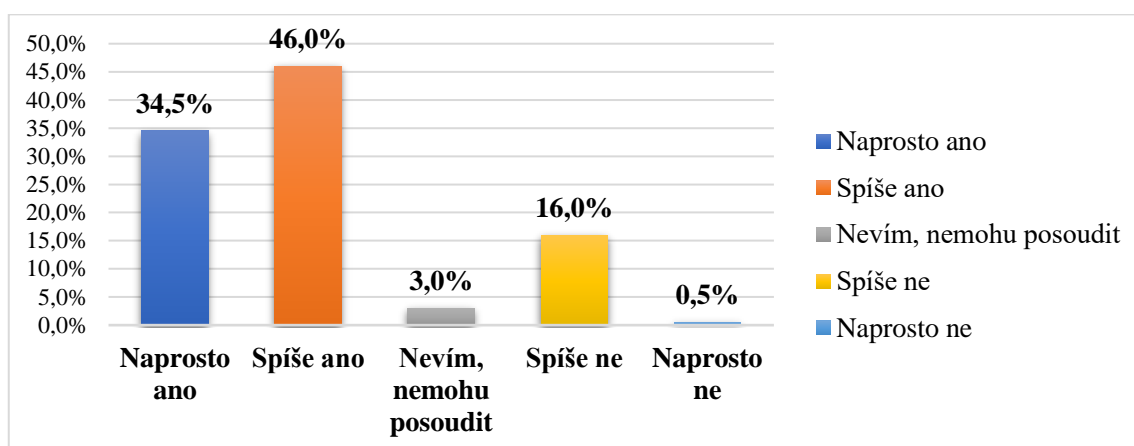
**Graf 20 Trávení málo času u pacienta**

**n=200**



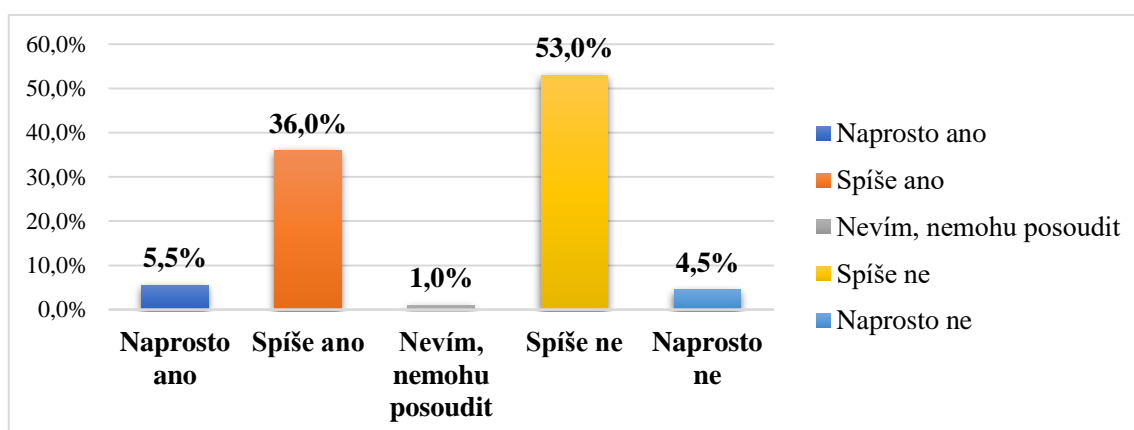
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20 znázorňuje trávení málo času u pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo naprosto ano 58 (29,0 %) dotazovaných. 90 (45,0 %) sester uvedlo odpověď spíše ano. Nejméně dotazovaných uvedlo, že tuto situaci nemůže posoudit 5 (2,5 %) respondentů. Zápornou odpověď spíše ne uvedlo 39 (19,5 %) respondentů a naprosto ne odpovídalo 8 (4,0 %).

**Graf 21 Přetěžování sester vedením dokumentace****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21 znázorňuje přetěžování sester vedením dokumentace. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo „naprosto ano“ 69 (34,5 %). Dále uvedlo odpověď „spíše ano“ 92 (46,0 %) dotazovaných. Odpověď „nevím, nemohu posoudit“ označilo 6 (3,0 %). 32 (16,0 %) respondentů uvedlo, že spíše nesouhlasí s přetěžováním sester a 1 (0,5 %) dotazovaných uvedlo „naprosto ne“.

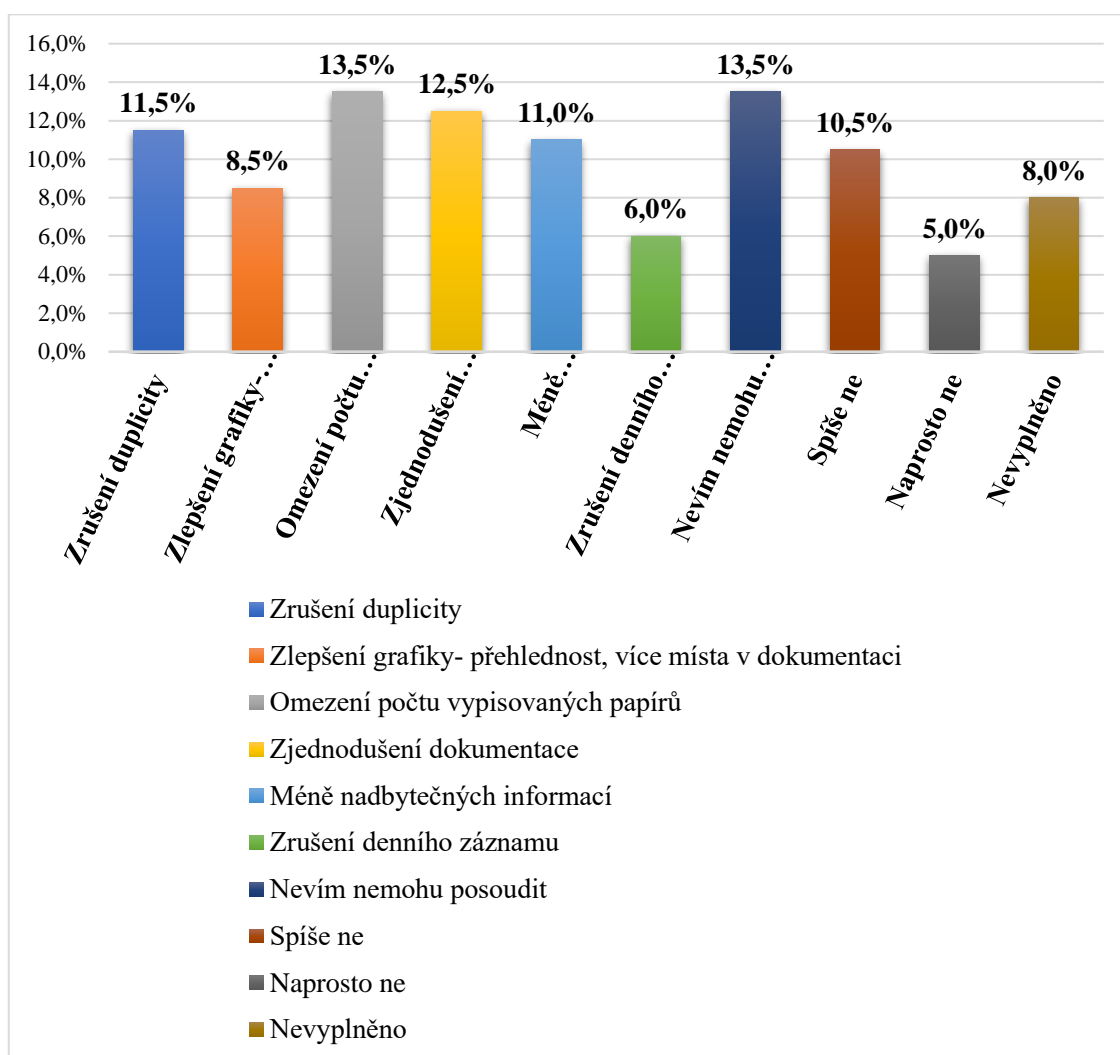
**Graf 22 Povídání si s pacientem v pracovní době****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22 znázorňuje popovídání si s pacientem v pracovní době. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo „naprosto ano“ 11 (5,5 %) sester. 72 (36,0 %) sester uvedlo „spíše ano“ že si s pacientem mají čas popovídat. Odpověď „nevím, nemohu posoudit“ udalo 2 (1,0 %) respondentů. 106 (53,0 %) sester odpovědělo „spíše ne“, nemají čas si popovídat s pacientem v pracovní době. Odpověď „naprosto ne“ udalo 9 (4,5 %) respondentů.

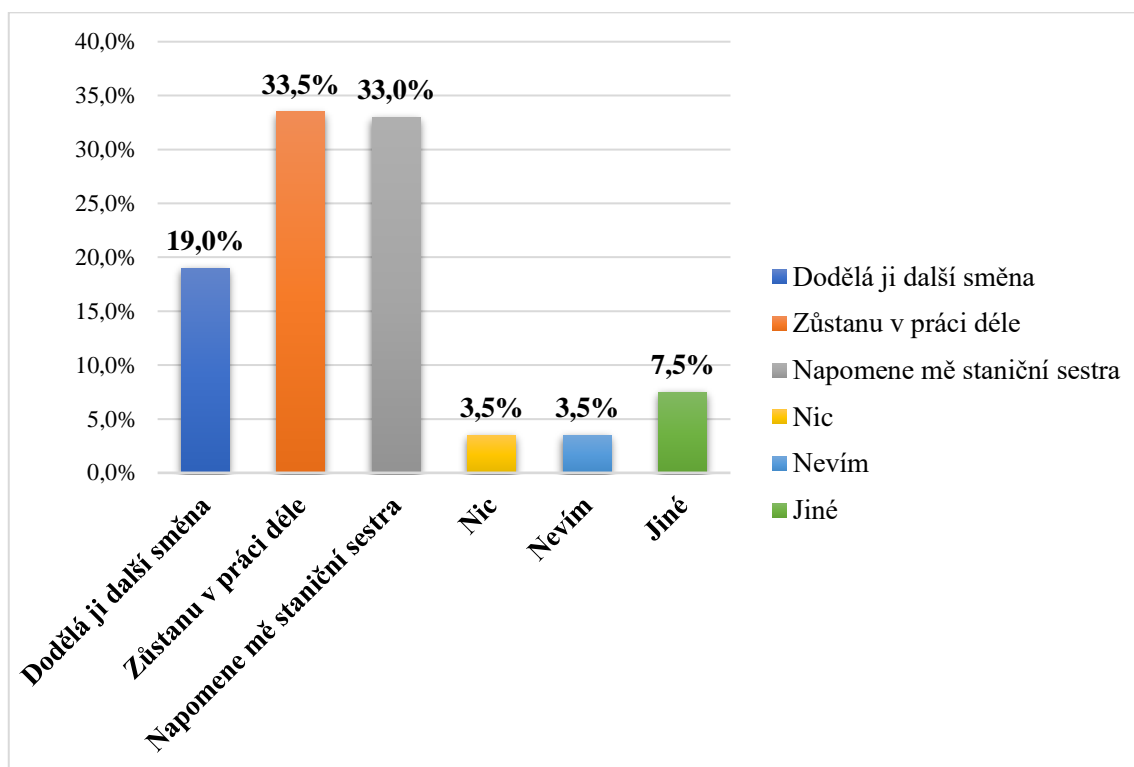
**Graf 23 Změny v dokumentaci**

**n=200**



Zdroj: vlastní zpracování

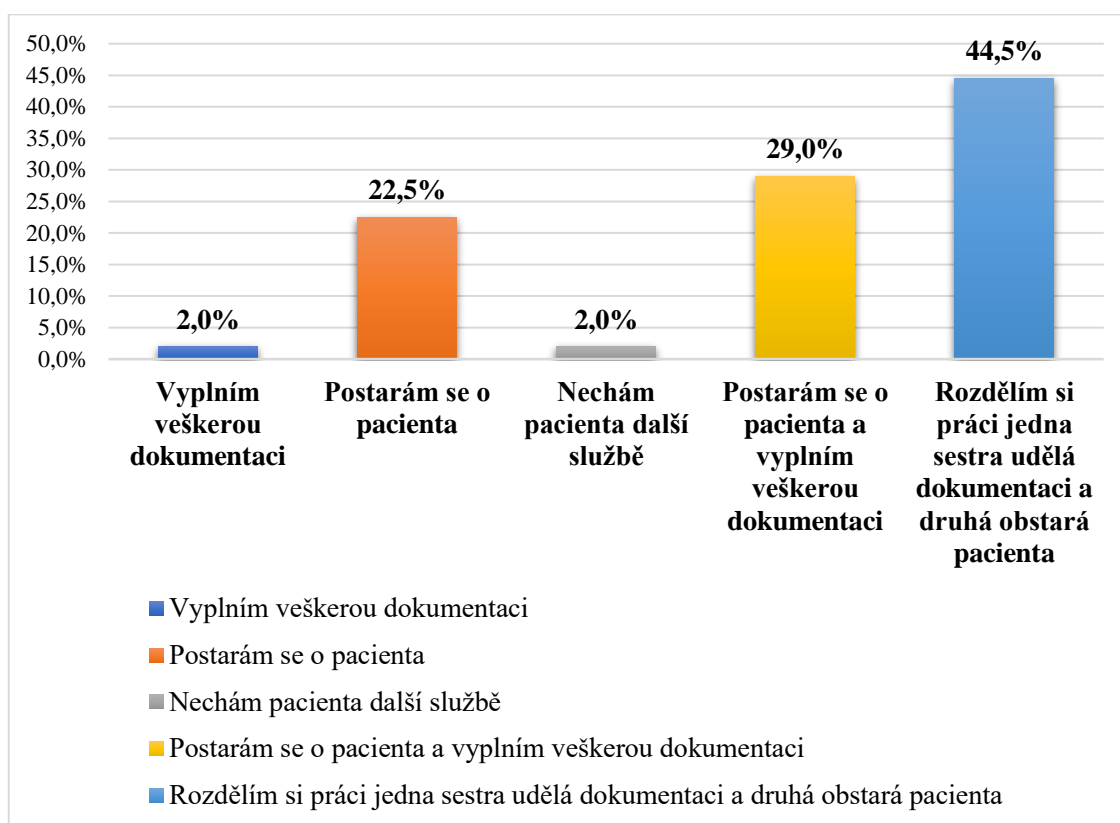
Graf 23 ukazuje, co by sestry změnily v ošetrovatelské dokumentaci. Otázka byla otevřená, respondenti měli vlastními slovy napsat svůj názor. Vytvořila jsem 10 skupin, do kterých jsem odpovědi zařadila. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 23 (11,5 %) sester, že by zrušilo duplicitu informací v ošetrovatelské dokumentaci. 17 (8,5 %) sester uvedlo, že by zlepšily grafiku, aby byla ošetrovatelská dokumentace více přehlednější a bylo v ní více místa na informace. 27 (13,5 %) sester by chtělo omezit počet vypisovaných papírů. 25 (12,5 %) sester by si přálo zjednodušení dokumentace. 22 (11,0 %) dotazovaných uvedlo, že by zmenšilo počet nadbytečných informací. 12 (6,0 %) sester by zrušilo denní záznam pacienta. Odpověď „nevím nemohu posoudit“ uvedlo 27 (13,5 %) dotazovaných. Odpověď „spíše ne“ udalo 21 (10,5 %) sester. 10 (5,0 %) sester by v dokumentaci nezměnilo nic, proto uvedlo odpověď „naprosto ne“. Tuto otázku nevyplnilo 16 (8,0 %) sester.

**Graf 23 Nevyplnění dokumentace****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

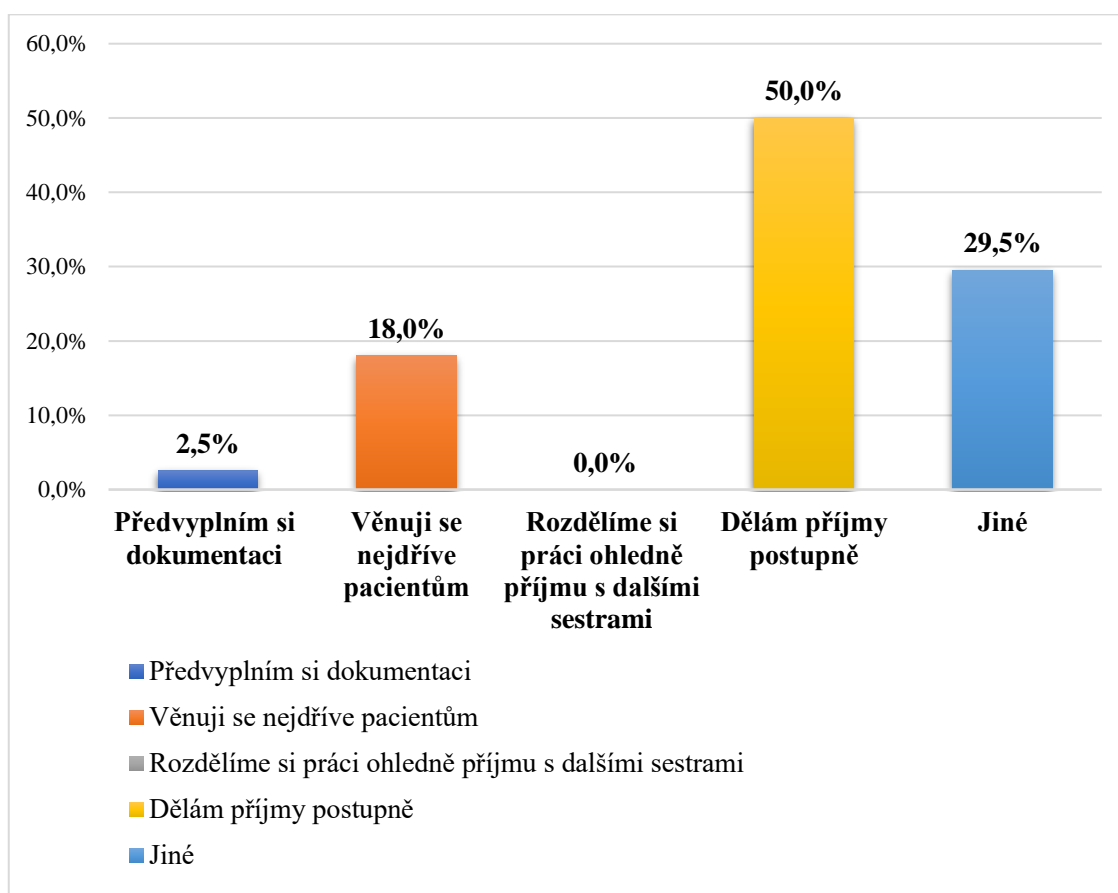
Graf 24 znázorňuje, co se stane, když sestra nevyplní řádně dokumentaci. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo, že ji dodělá další směna 38 (19,0 %) sester. 67 (33,5 %) sester uvedlo, že zůstanou v práci déle a 66 (33,0 %) udalo, že je napomene staniční sestra. Nastejno odpovědělo 7 (3,5 %) sester, že se nestane nic nebo neví. Odpověď jiné označilo 15 (7,5 %) respondentů.



**Graf 25 Příjem pacienta ke konci služby****n=200**

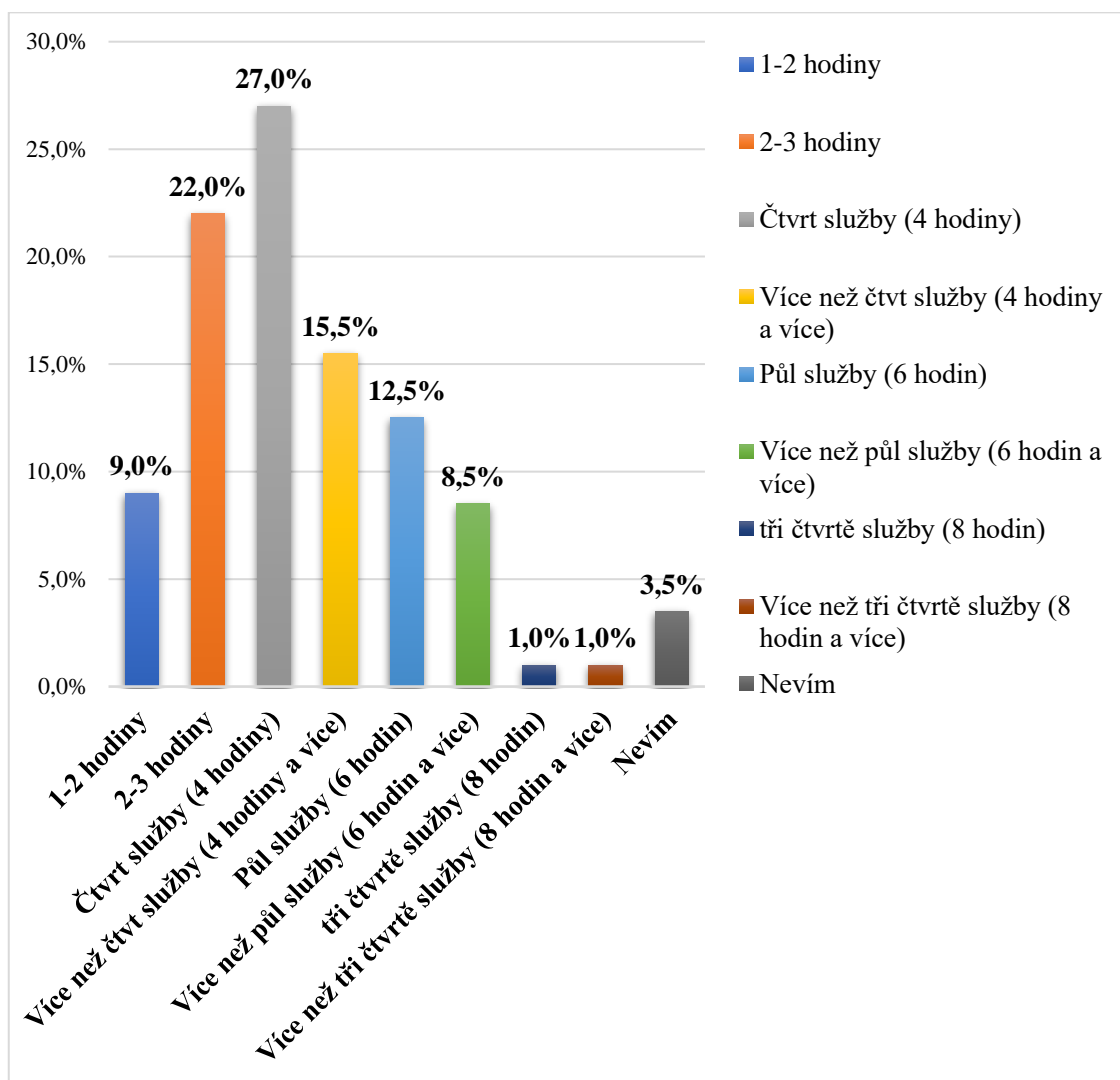
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 25 znázorňuje, co udělá sestra, když přijde pacient na příjem ke konci služby. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo, že vyplní veškerou dokumentaci 4 (2,0 %) sester. 45 (22,5 %) sester uvedlo, že se nejdříve postará o pacienta, 4 (2,0 %) sester odpovědělo, že nechá pacienta další službě. 58 (29,0 %) sester udalo odpověď, že se postarají o pacienta a vyplní veškerou dokumentaci. 89 (44,5 %) sester si rozdělí práci mezi sebou a jedna napíše dokumentaci a druhá obstará pacienta.

**Graf 26 Přijetí více pacientů najednou****n=200**

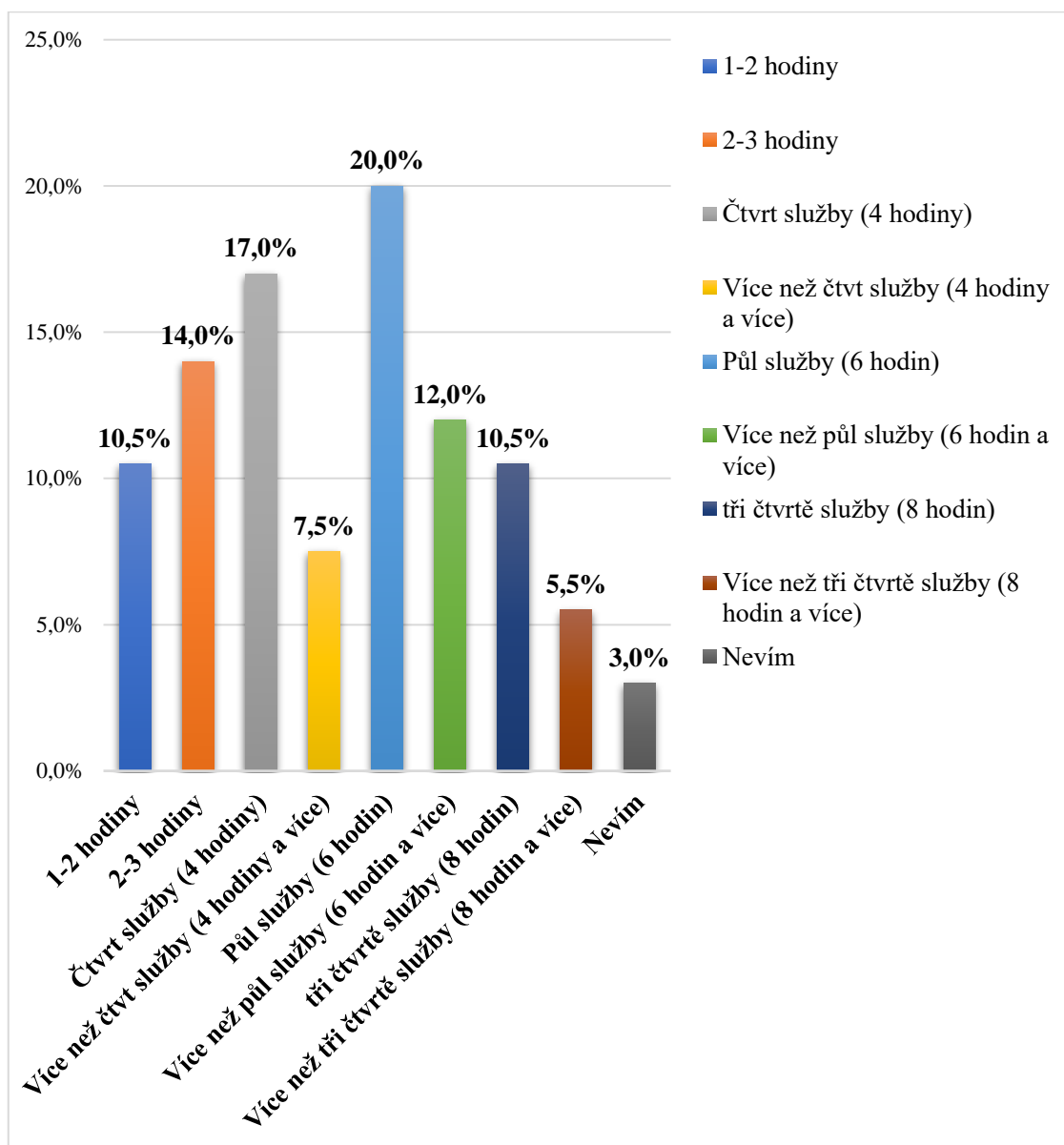
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26 znázorňuje, co sestra udělá, když přijdou dva pacienti na příjem najednou. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo, že si předvyplní dokumentaci 5 (2,5 %) sester. 36 (18,0 %) sester odpovědělo, že se nejdříve věnují pacientům poté až dokumentaci. Nikdo (0 %) z respondentů neodpověděl, že si rozdělí práci ohledně příjmů s dalšími sestrami. 100 (50,0 %) sester uvedlo odpověď dělají příjmy postupně. 59 (29,5 %) sester zvolily odpověď „jiné“.

**Graf 27 Čas strávený u vedení dokumentace a administrativy****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27 znázorňuje čas strávený u vedení dokumentace a administrativy. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 18 (9,0 %) sester, že stráví u vedení dokumentace 1-2 hodiny. 44 (22,0 %) sester uvedlo odpověď „2-3 hodiny“, 54 (27,0 %) sester odpovědělo, že u dokumentace tráví čtvrt služby (4 hodiny). 31 (15,5 %) sester uvedlo, že tráví více než půl služby (4 hodiny a více) u dokumentace. Půl služby (6 hodin) odpovědělo 25 (12,5 %) sester. Více než půl služby (6 hodin a více) takto odpovídalo 17 (8,5 %). Nastejno 2 (1,0 %) sester uvedly odpověď „tři čtvrtě služby (8 hodin) a více než tři čtvrtě služby (8 hodin a více)“. Odpověď „nevím“ uvedlo 7 (3,5 %) sester.

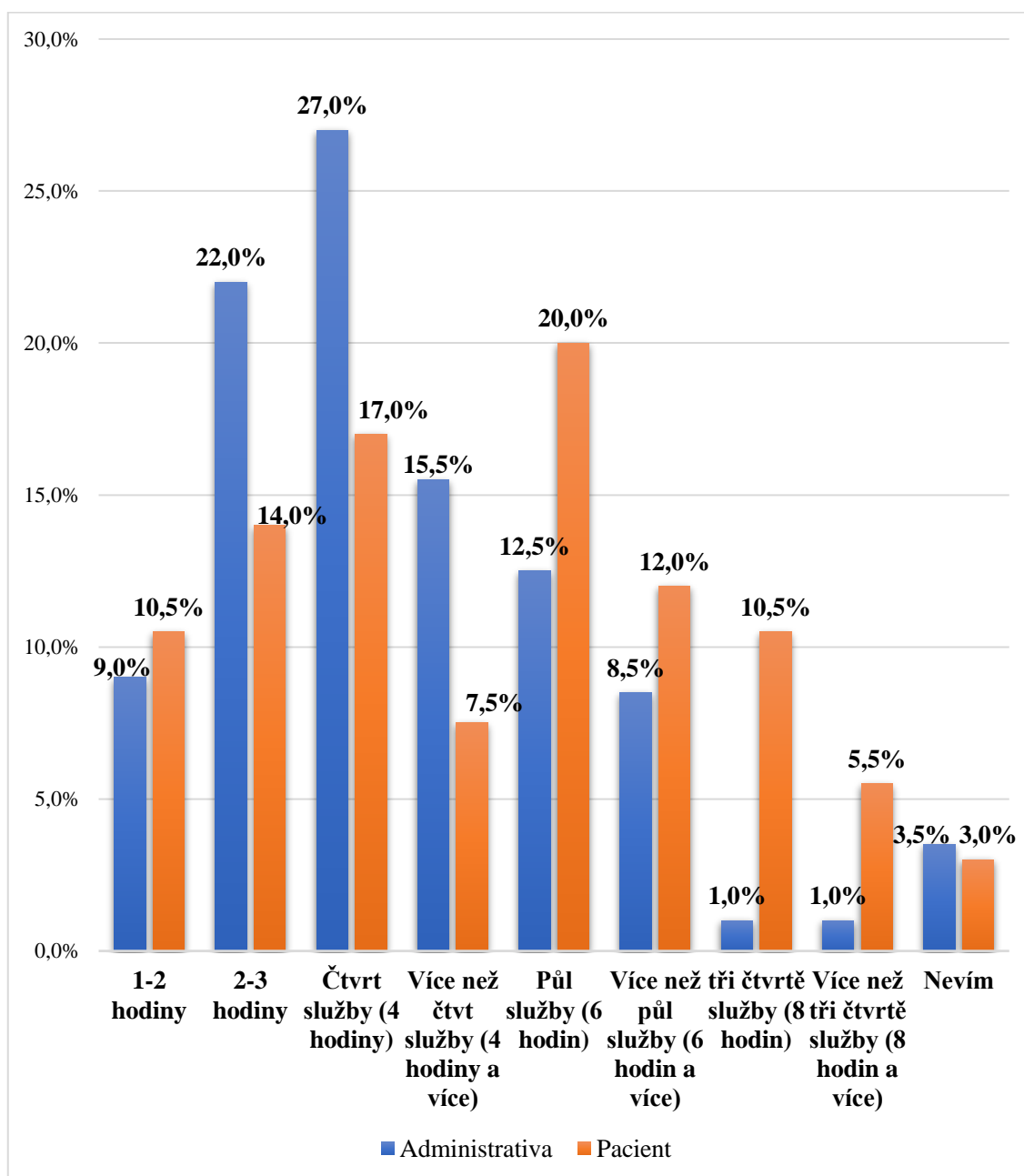
**Graf 28 Čas strávený u lůžka pacienta****n=200**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28 znázorňuje čas strávený u lůžka pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo 21 (10,5 %) sester, že stráví u lůžka pacienta 1-2 hodiny. 28 (14,0 %) sester uvedlo odpověď 2-3 hodiny. Většina sester 34 (17,0 %) odpovědělo, že u lůžka pacienta tráví čtvrt služby (4 hodiny). 15 (7,5 %) sester uvedlo, že tráví více než půl služby (4 hodiny a více) u lůžka pacienta. Půl služby (6 hodin) odpovědělo 40 (20,0 %) sester. Více než půl služby (6 hodin a více) takto odpovídalo 24 (12,0 %). 21 (10,5 %) sester uvedlo odpověď tři čtvrtě služby (8 hodin) a odpověď více než tři čtvrtě služby (8 hodin a více) udalo 11 (5,5 %) dotazovaných. Odpověď „nevím“ uvedlo 6 (3,0 %) sester.

**Graf 29 Porovnání času stráveného u vedení dokumentace versus u lůžka pacienta**

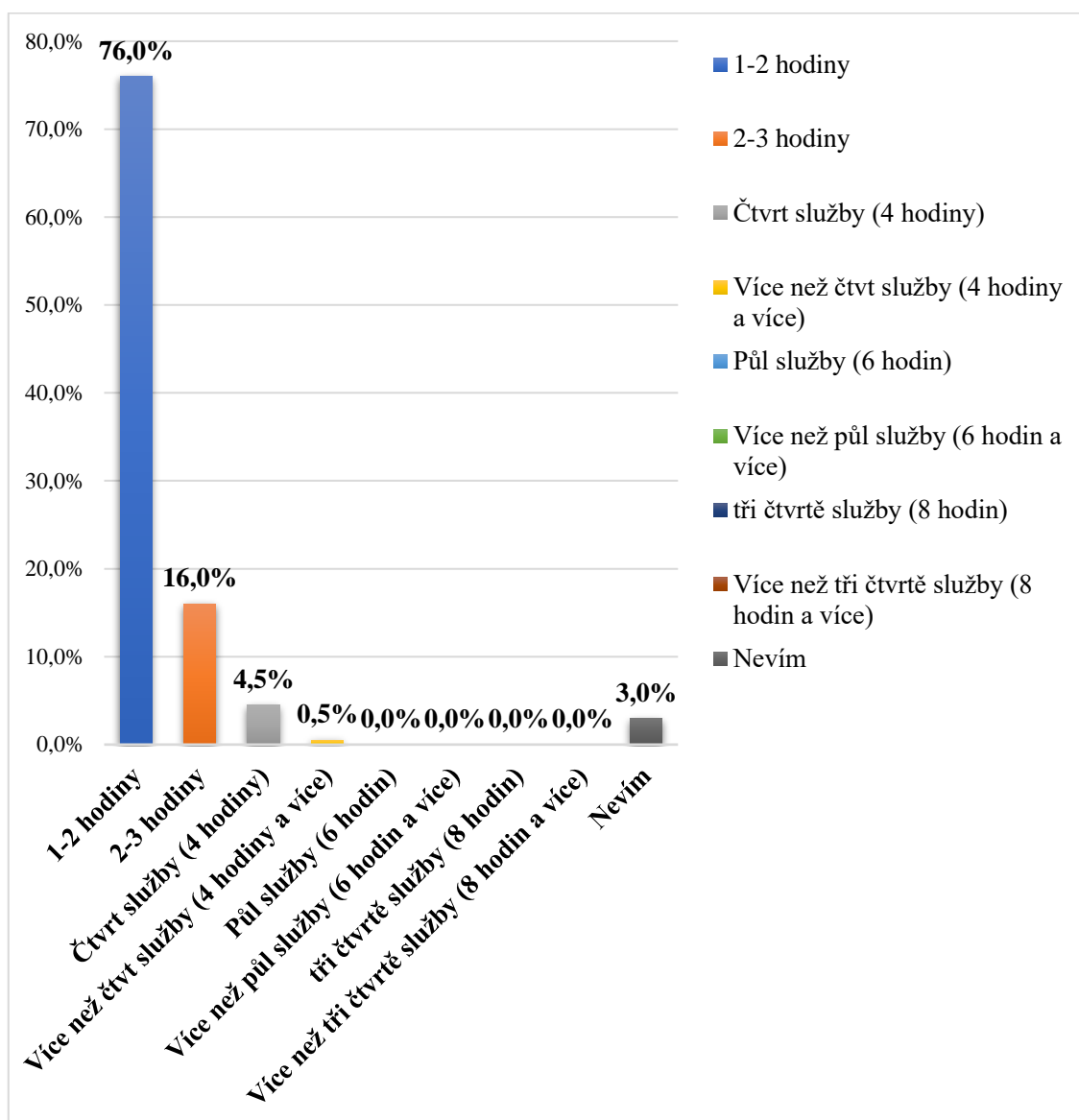
n=200



Zdroj: vlastní zpracování

Pro lepší srovnání času, který sestry tráví u dokumentace nebo u pacienta jsem vytvořila graf 29, který znázorňuje porovnání času stráveného u vedení dokumentace a času stráveného u lůžka pacienta. Graf vychází z předchozích grafů číslo 27 a 28.

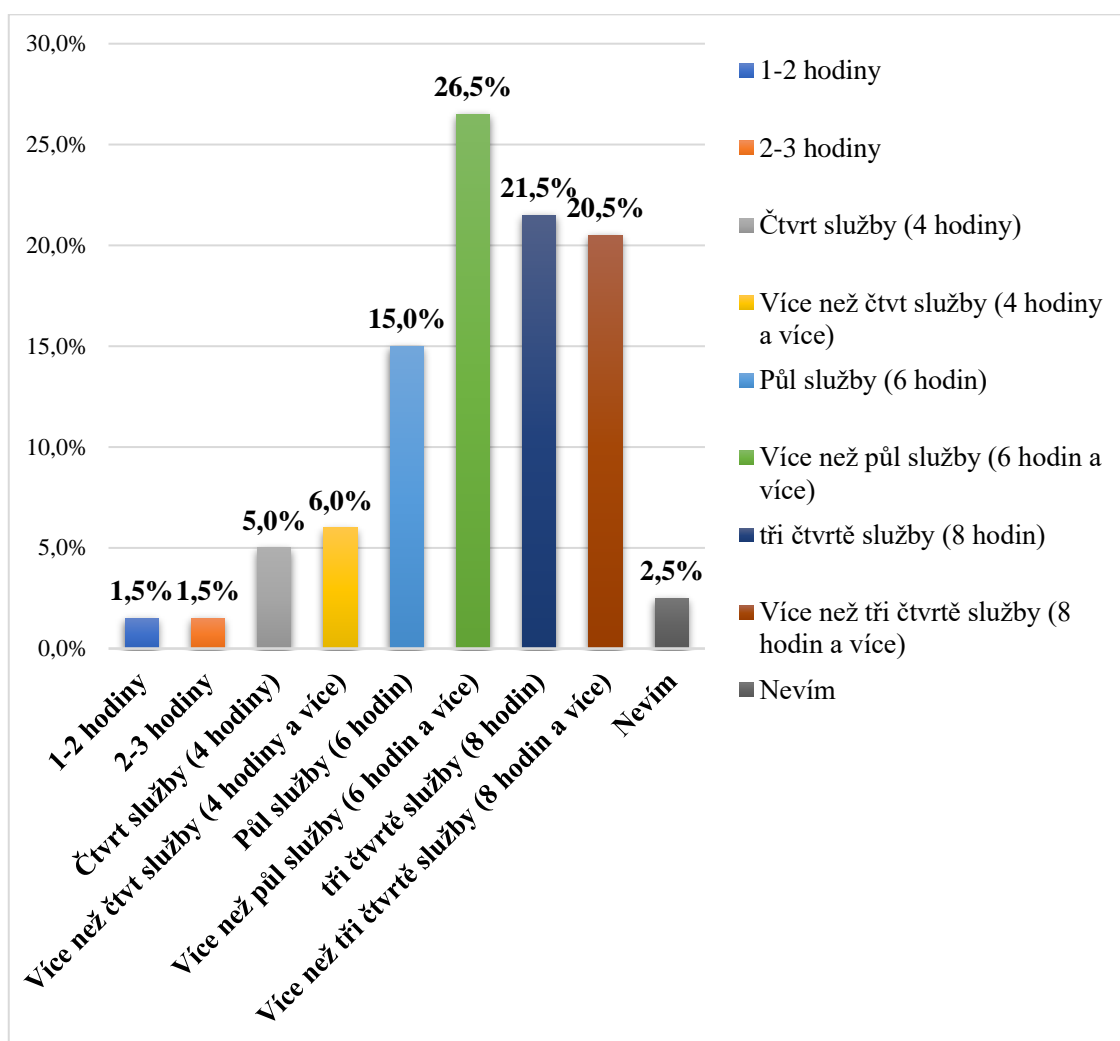
**Graf 30** Přání sester, kolik času by sestry chtěly strávit u vedení dokumentace a administrativy n=200



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 30 znázorňuje čas, který by chtěla sestra strávit u vedení dokumentace a administrativy. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpovědělo sester 152 (76,0 %), že by chtěly strávit u vedení dokumentace 1-2 hodiny. 32 (16,0 %) sester uvedla odpověď „2-3 hodiny“. 9 (4,5 %) sester odpovědělo, že u dokumentace by chtělo trávit čtvrt služby (4 hodiny). 1 (0,5 %) sestra uvedla, že by chtěla trávit více než půl služby (4 hodiny a více) u dokumentace. Nikdo ze sester nevedl odpovědi „půl služby (6 hodin), více než půl služby (6 hodin a více), tři čtvrtě služby (8 hodin) a více než tři čtvrtě služby (8 hodin a více)“. Odpověď „nevím“ uvedlo 6 (3,0 %) sester.

**Graf 31** Přání sester, kolik času by sestry chtěly strávit u lůžka pacienta n=200



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 31 znázorňuje čas, který by chtěla strávit u lůžka pacienta. Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) odpověděly 3 (1,5 %) sestry, že by chtěly strávit u lůžka pacienta 1- 2 hodiny. 3 (1,5 %) sestry uvedly odpověď „2-3 hodiny“. 10 (5,0 %) sester odpovědělo, že u lůžka pacienta by chtěly strávit čtvrt služby (4 hodiny). 12 (6,0 %) sester uvedlo, že by chtělo trávit více než půl služby (4 hodiny a více) u lůžka pacienta. „Půl služby (6 hodin)“ odpovědělo 30 (15,0 %) sester. „Více než půl služby“ (6 hodin a více) odpovídalo nejvíce sester 53 (26,5 %). 43 (21,5 %) sester uvedlo odpověď „tři čtvrtě služby (8 hodin)“ a odpověď „více než tři čtvrtě služby (8 hodin a více)“ udalo 41 (20,5 %). Odpověď „nevím“ uvedlo 5 (2,5 %) sester.

## 4.2 Statistické zpracování hypotéz

### 4.2.1 Ověření hypotézy 1

Výzkumná hypotéza 1: Sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou než nad přímou péčí o pacienta. Tuto hypotézu jsme vyhodnotili z otázek číslo 27 a 28 které zní „Odhadněte kolik času strávíte u vedením dokumentace a administrativy (ve 12 hodinové službě)“ a naopak „Odhadněte kolik času strávíte u lůžka pacienta (ve 12 hodinové službě)“

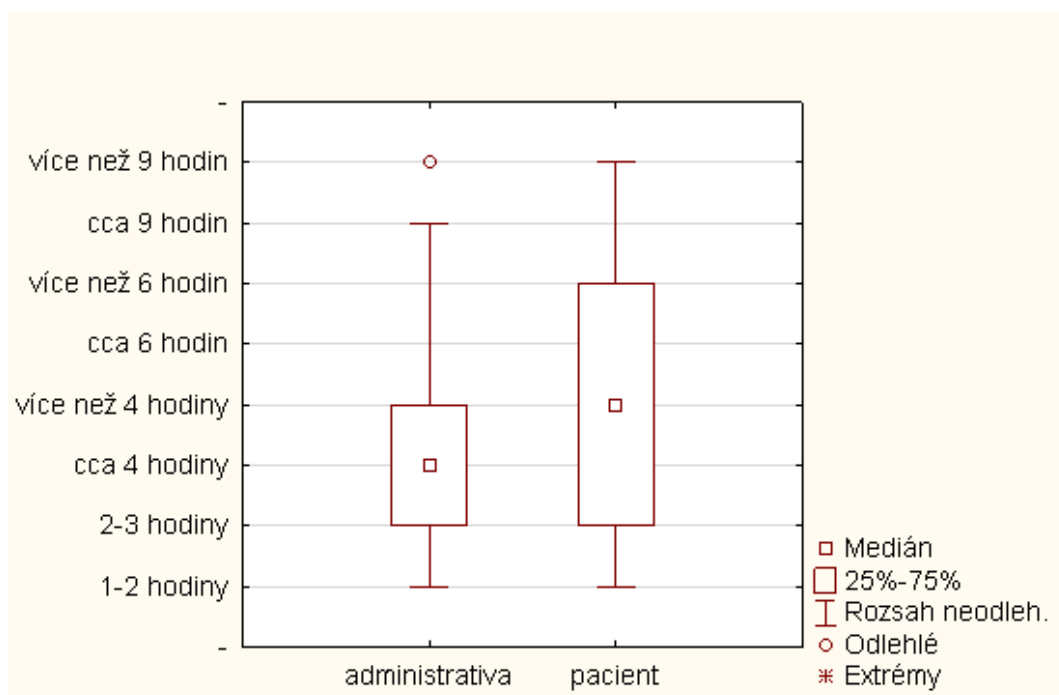
Statistické hypotézy:

$1H_0$ : Časy strávené administrativou a dokumentací a přímou péčí o pacienta se neliší.

$1H_A$ : Časy strávené administrativou a dokumentací a přímou péčí o pacienta se liší.

Čas strávený administrativou a péčí o pacienta bude posouzen nejprve vizuálně pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

**Graf 32 Srovnání času stráveného nad dokumentací a administrativou a času stráveného nad přímou péčí o pacienta**



Zdroj: vlastní zpracování

V prvé řadě je potřeba upozornit, že měřítko osy y je zkreslené. Vzhledem k tomu, že čas nebyl zjišťován ve stejně širokých intervalech o stejných šířkách, nelze vnímat



vzdálenosti v rámci osy y standardně v tom smyslu, že by rozdíl mezi sousedními kategoriemi *1-2 hodiny* a *2-3 hodiny* byl stejný jako rozdíl mezi sousedními kategoriemi *více než 4 hodiny* a *cca 6 hodin*. Osu y však lze vnímat v ordinálním smyslu, tj. že jsou jednotlivé časové kategorie uspořádány podle délky.

Poté lze interpretovat, že čas strávený u pacienta je ve všech zobrazených parametrech (medián, hodnota a dolní kvartil, minimum, maximum) vyšší roven času stráveného administrativou. Dle mediánu stráví přibližně polovina sester administrativou méně než 4 hodiny a přibližně polovina více. Oproti tomu medián času stráveného u pacienta je posunut o kategorii výše, tj. někde mezi 4 a 6 hodinami. Dolní kvartil je pro obě skupiny stejný, nicméně velký rozdíl byl zjištěn u horního kvartilu. Na základě něj lze interpretovat, že přibližně tři čtvrtiny sester stráví administrativou maximálně něco mezi 4 a 6 hodinami, ale u pacienta již něco mezi 6 a 9 hodinami. Zjištěné minimum bylo pro obě skupiny v kategorii 1-2 hodiny, maximum více než 9 hodin. Maximální hodnota pro administrativu byla softwarem vyhodnocena jako odlehlá, tj. týkala se jen minimálního počtu respondentů.

Wilcoxonův párový test na základě vyhodnocení časů všech respondentů vypočetl p-hodnotu, která vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,000. Jedná se tedy o silné **zamítnutí nulové hypotézy** ve prospěch hypotézy alternativní. **Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že sestry stráví u pacienta statisticky významně více času než administrativou a dokumentací.** Výzkumná hypotéza č. 1 se tedy nepotvrdila, výsledek statistického testování prokázal opak.

#### **4.2.2 Ověření hypotézy 2**

Výzkumná hypotéza 2: Sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení. Tuto hypotézu jsem vyhodnotila z otázek číslo 5 a 28 takzvaně „*Na jakém typu oddělení pracujete*“ a „*Odhadněte kolik času strávíte u lůžka pacienta (ve 12 hodinové službě)*“

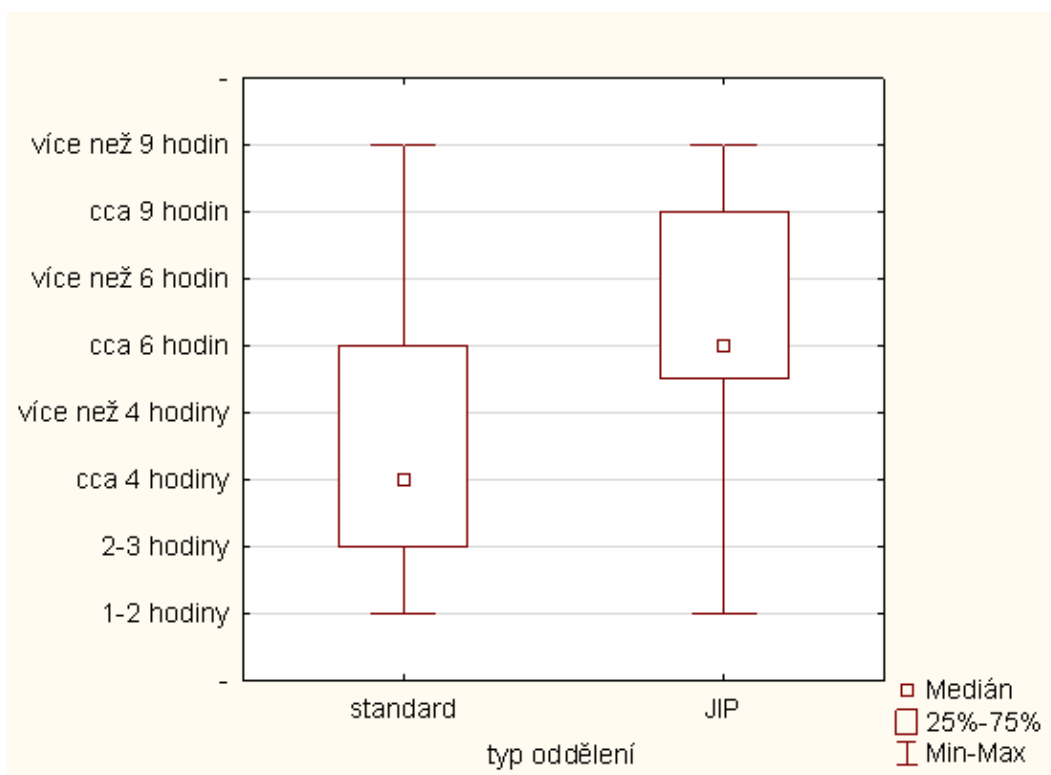
Statistické hypotézy:

$2H_0$ : Čas strávený přímou péčí o pacienta se u sester pracujících na standardním oddělení a sester pracujících na JIP neliší.

$2H_A$ : Čas strávený přímou péčí o pacienta se u sester pracujících na standardním oddělení a sester pracujících na JIP liší.

Čas strávený péčí o pacienta bude pro obě srovnávané skupiny posouzen nejprve vizuálně pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

**Graf 33 Čas strávený u pacienta dle typu oddělení**



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu plyne ještě výraznější rozdíl než u předchozí hypotézy. Horní kvartil času stráveného péčí o pacienta je pro sestry pracující na standardním oddělení roven mediánu sester na JIP. To znamená, že hranici 6 hodin péče o pacienta překročí přibližně čtvrtina sester na standardním oddělení a přibližně polovina sester na JIP. Při porovnání dolního kvartilu lze říci, že zatímco dolní čtvrtina časů strávených u pacienta na standardním oddělení je nižší 2-3 hodiny, dolní čtvrtina časů strávených u pacienta na JIP je nižší než 4-6 hodin. Lze tedy celkově uzavřít, že sestry na JIP se pacientovi věnují výrazně více než sestry na standardní oddělení. To potvrzuje výsledek Mann-Whitneyho U testu, jehož p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000. Jedná se tedy o silné **zamítnutí nulové hypotézy** ve prospěch hypotézy alternativní. **Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že sestry na JIP věnují péči o pacienta statisticky významně více času než sestry na standardním oddělení.** Výzkumná hypotéza č. 2 se tedy potvrdila.

### 4.3 Kvalitativní část výzkumu-výsledky pozorování

Další částí výsledků je pozorování informantů. Všechna data jsou shrnuta do 3 přehledných tabulek.

**Tabulka 1:** Identifikační údaje informantů

	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Délka praxe</b>
<b>Sestra 1</b>	žena	47	SZŠ+ARIP	30
<b>Sestra 2</b>	žena	64	SZŠ	46
<b>Sestra 3</b>	žena	54	SZŠ	35
<b>Sestra 4</b>	žena	29	VŠ-Bc.	10
<b>Sestra 5</b>	žena	43	SZŠ+ARIP	22
<b>Sestra 6</b>	žena	33	VŠ-Bc.	14

Legenda: SZŠ: Střední zdravotnická škola, VŠ Bc.: vysokoškolské bakalářské vzdělání, ARIP: Specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

Zdroj: Vlastní zpracování

### 4.3.1 Výzkumný soubor A

Tabulka 2: Pozorování sester na standardním oddělení (čas v minutách)

<b>Činnosti strávené u pacienta</b>	<b>Sestra1</b>	<b>Sestra2</b>	<b>Sestra3</b>	<b>Sestra4</b>
Měření fyziologických funkcí	45	40	35	40
Hygiena	30	20	50	30
Úprava lůžka pacientů	20	20	45	15
Podávání léků	20	45	30	50
Podávání inzulínu a jiných injekcí	30	45	30	50
Podávání snídaně a krmení	15	15	0	20
Asistence u vizity	35	40	10	30
Plnění ordinací z vizity	60	50	35	30
Plnění práce spojené s příjmem – u pacienta	20	15	20	15
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – u pacienta	10	10	10	15
Podávání oběda a krmení pacientů	20	15	0	25
Podávání večeře a krmení pacientů	35	30	40	20
Péče o pacienta po vyšetření	40	20	15	10
Aktivizace pacientů	25	15	20	0
Polohování pacientů	30	25	10	15
Komunikace s pacienty	20	15	50	25
Komunikace s rodinou pacientů	5	10	10	10
Edukace pacientů	10	5	30	15
<b>Celkem</b>	<b>355</b>	<b>435</b>	<b>440</b>	<b>415</b>
<b>Činnosti strávené u dokumentace</b>				
Zápis do dokumentace – fyziologické funkce	30	20	15	15
Zápis do dokumentace – podané léky, injekce	20	25	25	30
Vypisování ordinací z vizity	55	30	45	40
Napsání denního plánu a ošetrovatelských diagnóz	30	30	35	40
Plnění práce spojené s příjmem – dokumentace	25	20	20	10
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – dokumentace	25	15	10	20
Třídění výsledků a zakládání výsledků do dokumentace pacientů	30	25	15	40
Kontrola dokumentace před předáním služby	25	10	15	20
<b>Celkem</b>	<b>240</b>	<b>175</b>	<b>180</b>	<b>215</b>
<b>Jiné činnosti během směny</b>				
Předání hlášení	30	25	30	20
Přestávka sester	60	50	60	60
Telefonáty a zvonečky	30	25	10	10
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>90</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 2 se týká standardního lůžkového oddělení. Počet pozorovaných byly 4 sestry. Tabulka 2 ukazuje, kolik minut sestra stráví u jednotlivých činností spojené s činnostmi u lůžka pacienta nebo u dokumentace nebo u jiných činností na směně. Minuty uvedené v tabulce jsou zaokrouhleny vždy na celou směnu (12 hodin). Jelikož jsem byla součástí pracovního týmu a vzhledem k tomu, že se jednalo o skryté zúčastněné pozorování nepodařilo se mi zaznamenat časové údaje přesně na minuty, a tak jsou údaje zaokrouhleny.

Jak je zřejmé z tabulky 2, sestry tráví více času u lůžka pacienta. Sestra 1 pracovala v danou směnu u lůžka pacienta 355 minut, což je skoro 6 hodin (půl směny). Naopak u dokumentace sestra 1 strávila 240 minut, což je 4 hodiny (čtvrt směny). Ostatním činnostem se věnovala 120 minut, což je 2 hodiny. Sestra 2 v danou směnu pracovala u lůžka pacienta 435 minut, což je skoro 7 a půl hodiny. Naopak vedením dokumentace sestra 2 strávila 175 minut, což je necelé 3 hodiny. Ostatním činnostem se věnovala 100 minut, což je necelé 2 hodiny. Sestra 3 strávila u lůžka pacienta 440 minut, což je 7 a čtvrt hodiny. Nýbrž u dokumentace sestra 3 strávila 180 minut, což je 3 hodiny. Zbývajícím činnostem se věnovala 100 minut, což je necelé 2 hodiny. Sestra 4 pracovala v danou směnu u lůžka pacienta 415 minut, což je skoro 7 hodin. Naopak u dokumentace sestra 4 strávila 215 minut, což je 3 a půl hodiny. Ostatním činnostem se věnovala 90 minut, což je 1 a půl hodiny.

### 4.3.2 Výzkumný soubor B

Druhým souborem byly 2 pozorované sestry na jednotce intenzivní péče.

**Tabulka 3:** Pozorování sester na JIP (čas v minutách)

<b>Činnosti strávené u pacienta</b>	<b>Sestra 5</b>	<b>Sestra 6</b>
Měření fyziologických funkcí	10	15
Hygiena	25	30
Úprava lůžka pacientů	15	20
Podávání léků	20	10
Podávání inzulínu a jiných injekcí	30	20
Podávání snídaně a krmení	20	15
Asistence u vizity	15	15
Plnění ordinací z vizity	30	35
Plnění práce spojené s příjmem – u pacienta	30	40
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – u pacienta	20	25
Podávání oběda a krmení pacientů	15	25
Podávání večeře a krmení pacientů	15	10
Péče o intubovaného pacienta	20	15
Péče o pacienta v průběhu dialýzy	15	0
Péče o pacienta po vyšetření	30	20
Aktivizace pacientů	30	45
Polohování pacientů	30	45
Komunikace s pacienty	45	60
Komunikace s rodinou pacientů	15	20
Edukace pacientů	30	20
<b>Celkem</b>	<b>460</b>	<b>485</b>
<b>Činnosti strávené u dokumentace</b>		
Zápis do dokumentace – fyziologické funkce	15	10
Zápis do dokumentace – podané léky, injekce	20	25
Vypisování ordinací z vizity	25	20
Napsání denního plánu a ošetrovatelských diagnóz	25	30
Plnění práce spojené s příjmem – dokumentace	30	20
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – dokumentace	20	5
Třídění výsledků a zakládání výsledků do dokumentace pacientů	20	15
Kontrola dokumentace před předáním služby	10	5
<b>Celkem</b>	<b>165</b>	<b>130</b>
<b>Jiné činnosti během směny</b>		
Předání hlášení	20	20
Přestávka sester	60	60
Telefonáty a zvonečky	10	15
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>95</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 3 se týká jednotky intenzivní péče. Na tomto oddělení jsem při práci pozorovala 2 sestry. Tabulka ukazuje, kolik minut sestra stráví u jednotlivých činností spojené s činnostmi u lůžka pacienta, u dokumentace nebo u jiných činností na směně. Minuty uvedené v tabulce jsou zaokrouhleny vždy na celou směnu (12 hodin). Jelikož jsem byla součástí pracovního týmu a vzhledem k tomu, že se jednalo o skryté zúčastněné pozorování, nepodařilo se mi zaznamenat časové údaje přesně na minuty, protože jsem nemohla sestry sledovat neustále a měřit jim čas strávený u pacienta nebo u dokumentace.

Jak vidíme z tabulky, sestry tráví mnohem více času u lůžka pacienta než u vedení dokumentace. Na jednotce intenzivní péče je práce velmi nárazová, některé sestry mají třeba jen jednoho pacienta a vzájemně si vypomáhají, do té doby, než přijde pacient na a začne se věnovat hned přijatému pacientovi. Také hodně záleží na zdravotním stavu pacientů, o které se sestra stará. Jinak časově náročná je péče o pacienta při vědomí a jinak sestra tráví čas u pacienta v bezvědomí na dýchacích přístrojích. Sestra 5 pracovala v danou směnu u lůžka pacienta 460 minut, což je skoro 7 a půl hodiny. Naopak u dokumentace sestra 1 strávila 165 minut, což je 2 a tři čtvrtě hodiny. Ostatním činnostem se věnovala 90 minut, což je 1 a půl hodiny. Sestra 6 v danou směnu pracovala u lůžka pacienta 485 minut, což je 8 hodin (tři čtvrtě služby). Naopak vedením dokumentace sestra 2 strávila 130 minut, což je 2 hodiny. Ostatním činnostem se věnovala 95 minut, což je 1 a půl hodiny. U těchto sester se čas natolik neliší, jelikož se sestry staraly o stejně náročné pacienty.

## 5 DISKUZE

Jelikož je téma předkládané práce velmi často diskutováno, a to jak širokou veřejností, tak odborníky, zajímalo mě, kolik času skutečně sestra tráví u vedení ošetrovatelské dokumentace, a naopak kolik času stráví v přímé péči o pacienta. Práce s dokumentací, a tedy i celkovou administrativou, je obtížná a zdlouhavá, často se stává, že se informace v dokumentaci opakují, a tím pádem se stávají duplicitní a zároveň čas, který sestra stráví vedením dokumentace, není efektivně využit. Rozhodla jsem se zjistit, do jaké míry se tato tvrzení zakládají na pravdě. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou dokumentaci a administrativu versus přímou péči o pacienta. K výzkumnému šetření byl aplikován kvantitativní i kvalitativní výzkum, který se vzájemně velmi dobře doplňuje a obohacuje (Kutnohorská, 2009). Výzkumný soubor tvořilo 200 sester, v poměru 192 žen a 8 mužů, kdy 138 (69,0 %) respondentů pracuje na standardních odděleních a zbývajících 62 (31,0 %) respondentů pracuje na jednotce intenzivní péče. V kvantitativní části výzkumu byl využit nestandardizovaný dotazník, který byl šířen v elektronické podobě právě mezi dotazované. V úvodní části výzkumného dotazníku jsem zjišťovala základní informace o respondentech. Všichni respondenti pracují v nemocnicích Jihočeského kraje. Nejčastěji odpovídali respondenti ve věku 20–29 let, kterých bylo 68 (34,0 %), poté ve věku 30–39 let, v zastoupení 60 (30,0 %) a 52 (26,0 %) respondentů byli pracovníci ve věku 40–49 let. Téměř 40 % dotazovaných pracuje ve zdravotnictví déle než 15 let. Co se týče odborné způsobilosti, tak 60 (30,0 %) dotazovaných má střední zdravotnické vzdělání, 50 (25,0 %) vysokoškolské vzdělání v bakalářském stupni a v menším zastoupení zde pracují zdravotníci s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolským magisterským stupněm vzdělání, z čehož lze vyvozovat dostatečná odborná způsobilost zdravotnického personálu v dotazovaných nemocnicích.

Na začátku práce jsem si stanovila 2 hypotézy, které zní takto: **sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou než nad přímou péčí o pacienta a sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení.** Pro přijetí nebo zamítnutí hypotéz byly využity tyto statistické testy Mann-Whitney U test a Wilcoxonův test. První stanovená hypotéza, která říká, že sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou, než nad přímou péčí o pacienta nebyla potvrzena. V opačném případě druhá hypotéza byla



potvrzena, tudíž lze konstatovat, že sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení.

Nejdůležitější částí výzkumu je otázka položená na čas strávený nad dokumentací a čas strávený u lůžka pacienta. Nejvíce sester udalo, že stráví u dokumentace 4 hodiny, což je jedna čtvrtina směny, takto odpovědělo 54 (27,0 %) sester. Druhou nejčastěji udávanou odpovědí bylo 2-3 hodiny, tak odpovědělo 44 (22,0%) dotazovaných. Když se podíváme na odpovědi respondentů, lišících se pouze o 10procentních bodů. Říkám si, jak je možné, že jedna polovina personálu pracuje na dokumentaci až 4 hodiny a druhá část to zvládá za 2-3 hodiny, mnohdy je tedy i o půl doby rychlejší. Zde si myslím, že velkou roli hraje pracovitost, ochota, pečlivost a systematickosti sester. Naopak u lůžka pacienta stráví sestra nejčastěji 6 hodin, což je polovina směny, takto odpovědělo 40 (20,0%) sester a 34 (17,0 %) sester odpovědělo, že u lůžka pacienta stráví 4 hodiny, tedy čtvrtinu služby. Zde mi rovněž vyvstává otázka, jak je možné, že 40 (20,0 %) sester je schopno za svou pracovní dobu strávit u pacientů polovinu pracovní doby, zatímco dalších 34 (17,0 %) je s pacienty pouze čtvrtinu pracovní doby. Dle mého názoru opět záleží především na ochotě, pracovitosti, pečlivosti a zájmu sester. Přání sester ohledně času, který by chtěly strávit u vedení dokumentace je 1-2 hodin, tento čas udalo nejvíce sester 152 (76,0 %). Naopak u lůžka pacienta by chtěly sestry 53 (26,5 %) strávit více než 6 hodin. Dle studie zdravotničtí pracovníci se zdají být konfrontováni s rostoucí potřebou vysoce kvalitní a včasné dokumentace zaměřené na pacienty. Ukázalo se však, že stálý nárůst dokumentačních úkolů souvisí se zvýšeným časovým tlakem a nízkou spokojeností s prací, výzkumem bylo dokázáno, že téměř dlouhou dobu se vynakládá na dokumentaci, jakou se vynakládá na přímou péči o pacienty. Počítačové nástroje a v některých oblastech pomocníci v oblasti dokumentace mohou pomoci snížit čas strávený nad dokumentací (Ammenwerth a Spötl, 2009).

V další části výzkumu odpovídal zdravotnický personál na jednotlivé otázky týkající se formy dokumentace a její kontroly, zdali je spokojen s dokumentací, jestli dokumentace ulehčuje práci v péči o pacienta. Také jsem se zaměřila na použití dokumentace při předávání hlášení mezi jednotlivými směnami. Dále mě zajímal druh organizačního systému na oddělení, a zda sestřím tento systém vyhovuje. Sestry nadále vypisovaly zbytečné a nevhodné informace v dokumentaci. Zajímalo mě, jestli tráví u pacienta málo času a cítí se býti dokumentací přetěžovány. Ptala jsem se, co by sestry

chtěly změnit v dokumentaci, a hlavně na čas, který stráví u dokumentace a u lůžka pacienta. Z těchto otázek byly vybrány nejdůležitější výsledky.

Jako první se zaměříme na formu dokumentace, kde Polícar (2010) říká, že v současnosti nemocnice využívají vedení dokumentace v listinné i elektronické podobě, toto tvrzení se shoduje i s výsledky respondentů.

Kontrola dokumentace je dalším bodem mého výzkumu. Dle Vondráčka et al. (2003) zdravotnickou dokumentaci smí kontrolovat pouze vedoucí zaměstnanci, které k tomuto opravňuje jejich pracovní funkce a dále zaměstnanci, kteří jsou kontrolou přímo pověřeni. Toto tvrzení se rovněž shoduje s výpověďmi respondentů, kdy nejvíce sester 111 (55,5 %) uvedlo, že dokumentaci jim kontroluje staniční sestra, druhou nejčastější odpovědí byla vrchní sestra. Primář oddělení byl nejméně udávanou odpovědí 7 (3,5%). Často zmiňovanou odpovědí sester byl auditor kvality. Vondráček et al. (2003) tvrdí, že zákoník práce ukládá za povinnost kontrolovat dokumentaci vedoucím pracovníkům na odděleních. Tato povinnost je uložena vrchním a staničním sestřám, ale také primáři oddělení. Pokud chce vedoucí pracovník mít spokojený a dobře fungující personál, musí informovat své podřízené o průběhu kontroly. Nemohl by říkat jen nedostatky, ale měl by umět také pochválit a projevit uznání (Gladkij, 2003). V otázce spokojenosti s vedením dokumentace bylo zjištěno, že spokojenost s dokumentací byla průměrná, tuto odpověď uvedlo 82 (41,0 %) sester. Zatím 38 (19,0 %) sester uvádí, že je nespokojeno s dokumentací. Studie o zvyšování kvality ošetrovatelské dokumentace po zavedení elektronické dokumentace zvýšily kvalitu a také tvrdí, že elektronická dokumentace neovlivnila vztah mezi sestrou a pacientem (Nahm a Poston, 2000). Další studie ukázala, že instalace elektronické dokumentace snížila procentuální podíl pacientů vynaložených na dokumentaci o >30 %. Téměř polovina času stráveného vedením dokumentace byla vynaložena na hodnocení pacienta, což je přímá péče o pacienta (Wong et al., 2003).

Otázka, zda zdravotnickému personálu ošetrovatelská dokumentace ulehčuje péči o pacienta je znázorněna v grafu č. 11. Jak je z uvedeného zřejmé, 102 (51,0 %) dotazovaných udalo, že jim ošetrovatelská dokumentace spíše nepomáhá v péči o pacienta. Nadpoloviční shodnutí respondentů mě velmi překvapilo, jelikož jsem vždy byla názoru, že právě pečlivé vedení ošetrovatelské dokumentace, dokáže zdravotnickému personálu ihned nastítnit zdravotní situaci pacienta, aby věděli, jak o něj pečovat. Když si představím, že se na ošetrovatelském lůžku ocitne nemocný, u kterého

se v různých časových intervalech střídá několik sester, není přece v jejich možnostech si pamatovat každé ošetření nemocného. Tato dokumentace jim poté říká, jak mají o nemocného pečovat a zároveň eliminuje špatné podávání léků.

Dalším dotazem bylo, použití dokumentace sestrou při předání hlášení mezi směnami, kdy 108 (54,0 %) sester uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci používá a 90 (45,0 %) sester ji nepoužívá při předání hlášení. Dle mého názoru by sestry měly využívat při předání hlášení dokumentaci, jelikož dané změny o pacientovi si nemohou všechny pamatovat, a tak je vhodné si alespoň vypsát základní informace a změny o pacientovi, které jsou nutným poznatkem v následné péči o pacienta.

Další zkoumanou oblastí je používaný systém organizace práce na oddělení. Vytejšková et al. (2011) uvádí, že nejčastěji používaným systémem je systém skupinové péče a pokojový systém. Aby byla pacientům poskytována co nejefektivnější a kvalitní ošetrovatelská péče. Dle mého výzkumu se tyto názory shodují a dokazují tak, že sestry používají nejvíce skupinový systém péče o pacienta a pokojový systém, jak vyplývá z grafu 13. Mezi výhody, které sestry uvedly, patří, že mají výborný přehled o pacientech, když mají přidělené pokoje toto tvrdí 42 (21,0 %) sester. Výhoda skupinové péče je pro sestry vzájemná pomoc a informovanost o pacientech na oddělení, což uvedlo 51 (25,5 %) sester. Špatná organizace práce a nedostatek personálu patří mezi nevýhody dalších organizačních systémů, které jsou například funkční systém a systém primárních sester.

Z grafu č. 17 vyplývá, že pro sestry je zbytečné vypisování některých informací, tak uvedlo odpověď naprosto ano 73 (36,5 %) a spíše ano 89 (44,5 %) dotazovaných. Dle článku (Bezděková, 2010) je potřeba, aby sestry pochopily, že cílem standardů není činnost popsat, ale zajistit, zdali danou činnost provedly. Není lepší ten, kdo toho napíše více, ale je důležité informaci napsat správně.

Z odpovědí respondentů mě překvapilo, že zdravotnický personál považuje za nevhodné některé informace v ošetrovatelské dokumentaci, jako dotazy na drogy, sexualitu, duchovní péči a vliv nemoci na zdraví pacienta. Otázky týkající se stavu sliznic sestrám přijdou zbytečné. Ač se výše uvedené dotazování sestrám nelíbí, myslím si, že především otázka drog a duchovní péče je velmi zásadní pro celkové potřeby pacientů. Například u pacienta, u kterého vím, že je uživatelem návykových látek, mohu předpokládat možné závislosti na různých druzích léků, páchaní trestné činnosti na oddělení, agresivní chování

během abstinčních příznaků atd. Co se týče duchovní péče, tak ta je velmi zásadní především pro pacienty, kteří jsou těžce nemocní a potřebují například přítomnost duchovního. Duchovní potřeby jsou rovněž součástí celistvého pohledu na pacienta, tedy holistického přístupu, na který je bohužel mnohdy zapomínáno.

Dále sestrám vadí především duplicita některých informací a vyplňování denních plánů ošetrovatelské péče. Článek (Bezděková, 2010) udává, že sestra mnohdy zapisuje stejnou informaci na několika různých místech, a tak se informace duplikují nebo jsou dokonce na třech místech najednou. Bezděková (2010) říká, že ač si zdravotnický personál stěžuje na příliš velkou byrokracii, v mnoha případech si ji přiděluje sám, což demonstruje například na situaci, kdy sestra změří pacientovi teplotu, zapíše ji do tabulky a znovu ji zapíše do záznamu v dokumentaci. Podobně se toto děje i s měřením tlaku pacienta, které může probíhat každé dvě hodiny. Jelikož téměř 80,0 % dotazovaných sester zatěžuje, dle nich, zbytečné zapisování některých informací, myslím si, že by v této otázce měly být znovu proškoleny tak, aby jim bylo zřejmé, co jsou důležité informace, a co naopak zbytečné. Bezděková (2010) uvádí, že za stěžejní informace, které by v ošetrovatelské dokumentaci měly rozhodně být, jsou například alergie na jídlo a na léky. Dle studie Washingtonské univerzity došlo k závěru, že by se měla dokumentace sloučit, aby nedocházelo k duplicitě informací (Cowden a Johnson, 2003).

Sestry se domnívají, že tráví u vedení dokumentace více času než u lůžka pacienta. Tedy odpověď naprosto ano uvedlo 81 (40,5 %) sester a spíše ano udalo 84 (42,0 %) sester. Toto tvrzení jen potvrzuje celorepublikový trend, kdy je již delší dobu nejen z řad odborníků, ale i veřejnosti, upozorňováno na problematiku administrativního přetížení kvalifikovaného zdravotnického personálu. Administrativní přetíženost sester komentuje i Kubiček z Výboru pro bezpečnost pacientů slovy: *„Chceme se věnovat pacientům a medicíně, dobře pracovat a kvalitně léčit, nechceme zbytečně papírovat. Čím dál tím častěji a bohužel i oprávněně si pacienti stěžují, že lékaři a sestry stále více hledí do papírů nebo počítače a skutečný mezilidský kontakt se vytrácí. Pro samou administrativu přetíženým zdravotníkům často nezbyvá čas na to nejdůležitější – na pacienta“* (Kubiček, 2016). S tímto tedy velmi úzce souvisí i graf 20, který ukazuje, že se sestry cítí přetěžovány dokumentací, tak v dotazníku vyplnilo ano 161 (80,5 %) sester. Tvrzení, které popisuje doktor Kubiček (2016) z Výboru pro bezpečnost pacientů o nedostatečném kontaktu s pacienty rovněž utvrzuje zdravotnický personál, který z 106 (53,0 %) tvrdí, že spíše nemá čas na povídání si s pacienty během pracovní doby.

Pouze 72 (36,0 %) dotazovaných uvedlo, že spíše mají čas k povídání si s pacienty během pracovní doby. Výsledky výzkumných otázek týkajících se času stráveného přímo s pacientem a administrativní přetíženosti sester mne nijak nepřekvapily, jelikož je všeobecně známo, že Česká republika je byrokratickou zemí, a že se mnohdy upřednostňuje právě to papírování před osobními kontakty a vřelejší péčí o pacienty.

Graf 23 znázorňuje, co by sestry změnilly v ošetrovatelské dokumentaci. Sestry se v této problematice více méně shodovaly a napsaly tyto změny, které by si přály uskutečnit v současné dokumentaci. Jednou z priorit je omezení množství vypisovaných papírů a zamezení duplicity informací. Otázkou duplicity informací se zabývám již výše, ovšem je nutné zde znovu připomenout, že duplicitního psaní zápisů se mnohdy dopouštějí sestry svou vlastní chybou. Ve vypisování dokumentace je potřeba větší systematičnosti a pečlivosti personálu. Sestry by si přály zjednodušit obecně dokumentaci a zlepšit přehlednost a grafickou podobu ošetrovatelské dokumentace. Tuto potřebu zdravotnického personálu chápu a věřím, že v případě, že informace o pacientech zapisují do nepřehledné a složité dokumentace, může to být pro ně velmi náročné. Dle Cheevakasemsook et al. (2006) je ošetrovatelská dokumentace moc složitá, z jejího hlediska jsou v ní neúčinné ošetrovatelské postupy a nedostatečný ošetrovatelský audit. Proto ošetrovatelská dokumentace vyžaduje rozsáhlou změnu a doporučuje, aby se na ní podílely jak vedení nemocnice, ale především zdravotnický personál. Ovšem s odpovědí, že by rády zrušily denní záznam a měly tak více prostoru na vypisování informací nesouhlasím. Jak píše Burda se Šolcovou (2015), ošetrovatelská dokumentace je denní záznam, do kterého sestry zapisují vývoj zdravotního stavu pacienta. Ošetrovatelská dokumentace ovšem zahrnuje také plán péče o nemocného, ve kterém jsou diagnózy, výkony a činnosti a realizace ošetrovatelského plánu. Dle mého názoru tento druh dokumentace poté slouží jak střídajícím sestřám, tak i lékařům a může být velmi nápomocnou například při zhoršení zdravotního stavu nemocného. Z dotazovaných 27 (13,5 %) sester nedokázala na tuto otázku odpovědět a uvedlo, že na ni neví, či neznají odpověď. 16 (8,0 %) sester tuto otázku nevyplnilo vůbec.

Dotazovaní rovněž odpovídali na otázku týkající se nevyplnění dokumentace, kdy téměř 68 (34,0 %) respondentů odpovědělo, že v případě nevyplnění dokumentace musí v práci zůstat déle a svůj rest dodělat, což mi přijde naprosto přirozený a správný proces, jelikož je to pracovní povinnost, který si sestra během směny musí splnit. Dále 66 (33,0 %) respondentů uvedlo, že v případě, že nestihnou řádně vyplnit dokumentaci či na ni

zapomenou, upozorní je na jejich nedostatek staniční sestra, což rovněž považují za správné jednání, jelikož staniční sestra je nadřízený pracovník, který má za úkol kontrolovat dokumentaci, za kterou je zároveň zodpovědná. Velmi mě překvapila odpověď 38 (19,0 %) dotazovaných, kteří uvedli, že když dokumentaci nevyplní, nic se nestane. Tento laxní přístup v práci s nemocnými lidmi je pro mě nepochopitelný.

Otázka vyobrazená v grafu č. 25 se dotazovala na postup při příjmu pacienta na konci pracovní doby, kdy téměř 90 (45,0 %) respondentů odpovědělo, že v případě, že se na konci pracovní doby objeví nový pacient, na jeho příjmu se podílí jak odcházející sestra, tak nově příchozí sestra. Obě sestry si rozdělí pracovní úkoly tak, že jedna přijímá pacienta a druhá zpracovává nutnou dokumentaci. Velmi mile mě ovšem překvapila odpověď 58 (29,0 %) respondentů, kteří uvedli, že i v případě takovéto situace se postarají o celý příjem pacienta, včetně povinné dokumentace, sami.

V případě, že nastane situace, kdy se na příjmu objeví více pacientů současně, se 100 (50,0 %) respondentů shodlo, že příjmy dělá postupně, tedy příjem pacienta současně s potřebnou dokumentací. U této odpovědi, přemýšlím, zda se mi tento postup zcela líbí, protože v případě, že sestra přijímá pacienta a zároveň se stará o dokumentaci, několikanásobně se prodlouží čas příjmu a může se stát, že ostatní pacienti mnohdy čekají až několik hodin. Z výsledků položené otázky jsem byla spokojena s 38 (19,0 %) respondentů, kteří uvedli, že se prvotně věnují pacientům a poté až dokumentaci. Téměř 30 % respondentů uvedlo, že se o příjem více pacientů postarají jinak.

V druhé části výzkumu byla využita kvalitativní metoda skrytého zúčastněného pozorování. Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 sester pracujících na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče. Z tohoto výzkumu je zřejmé, že sestra tráví více času u lůžka pacienta než u vedení dokumentace. Tento výsledek mě velice překvapil z mé praxe a z kritiky zdravotnického personálu jsem měla názor spíše opačný, myslela jsem si, že sestra tráví více času u dokumentace než u samotného pacienta. Zaměříme-li se na čas strávený u pacienta, zjistila jsem, že čas se liší i o několik desítek minut. Podle mého názoru se čas u jednotlivých sester bude lišit vždy. Jelikož každá sestra činnosti dělá postupově jinak. Odlišují se také kvalitou poskytovaných služeb, tedy čas, se může měnit i o desítky minut. Pokládám si otázku, jak je možné, že je časový rozdíl mezi sestrou 1 a sestrou dvě je tak odlišný? Myslím si, že hodně záleží na zdravotním stavu pacientů a jejich soběstačnosti. Sestra 1 trávila více času u dokumentace než sestra 2,

jelikož si práci sestry rozdělují a jedna vždy dělá příjem pacienta papírově a druhá osobně u pacienta dohází k časovému rozdílu v práci sester. Tyto tvrzení se nedají však paušalizovat na každou sestru, záleží na oddělení, na kterém pracuje, také na počtu pracujících sester na oddělení a na počtu pacientů, o které se sestra musí starat, ale hlavně na zdravotním stavu a soběstačnosti pacientů. Co se týká času stráveného u vedení dokumentace, každá sestra věnuje dokumentaci tolik času, který pokládá za důležitý a to znamená, že jedna sestra více popisuje a hodnotí stav o provedených činnostech jinak a tím tedy vypisuje dokumentaci více než sestra, která tento čas raději věnuje pacientovi. Pokládám si otázku, kdyby sestrám ubylo papírování, zdali by opravdu čas ušetřený nad dokumentací využili právě k činnostem u pacienta nebo by čas trávili spíše odpočinku nebo seberealizaci.

## 6 ZÁVĚR

Ošetrovatelská dokumentace je velmi důležitá v péči o pacienta. Tvoří však celek s lékařskou dokumentací a je dokladem o poskytnutí zdravotnické péče jako celku. Objemnost a náročnost dokumentace je velmi řešené téma ve společnosti, ale hlavně mezi zdravotnickým personálem. Sestry si stěžují, že tráví málo času u pacienta, ale tuto domněnku výzkum v mé bakalářské práci vyvrací.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou dokumentaci a administrativu versus přímou péči o pacienta. Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, kolik času tráví sestra u dokumentace a kolik u lůžka pacienta. Proto jsem použila dvou výzkumných metod, které se vzájemně doplňují a obohacují. Jedná se o metodu kvantitativní, kde byl využit nestandardizovaný dotazník a o metodu kvalitativní, ve které jsem aplikovala skryté zúčastněné pozorování. Tyto metody sloužily k dosažení cílů zodpovězení výzkumných otázek a k ověření předem stanovených hypotéz. Výzkumná otázka č.1 Kolik času stráví sestra u vedení dokumentace a administrativy? Výzkumná otázka č.2 Kolik času stráví sestra při realizaci přímé péče o pacienta? Na tyto dvě otázky se mi podařilo odpovědět. První hypotéza, že sestra stráví více času nad dokumentací a administrativou, než nad přímou péčí o pacienta nebyla potvrzena. Druhá hypotéza tvrdí, že sestra pracující na jednotce intenzivní péče tráví více času při přímé péči o pacienta než sestra na standardním lůžkovém oddělení, a byla potvrzena. Na základě výsledků z dotazníků, které byly zpracovány a vyhodnoceny statistickými testy nebyla první hypotéza potvrzena a druhá hypotéza potvrzena byla.

Doufám, že tato práce bude přínosem nejen pro mě ale i pro odbornou i laickou veřejnost. Práce poskytuje informační materiál o vedení dokumentace a přímé péči o pacienta. Tímto bych chtěla tuto práci poskytnout odborné veřejnosti, ale i s ohledem na výše popsané je přínosná pro laickou veřejnost. Především tento výzkum bych chtěla poskytnout Nemocnici České Budějovice a.s., ve které jsem výzkum prováděla a doufám v jejím využití. Výsledky výzkumu proberu se sestrami na příslušném oddělení, kde jsem výzkum realizovala.

Závěrem této práce mě velice udivilo, že se chystá novela zákona č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která představuje zrušení obsahového vymezení dokumentace ošetrovatelské péče. Bude tak zcela zrušen například ošetrovatelský plán, předem stanovené ošetrovatelské výkony a činnosti a jejich provedení (Zdravotnický



deník, 2018). Dle mého názoru bych ošetrovatelskou dokumentaci nezrušila, ale pouze ji zjednodušila tak, aby vyhovovala jednotlivým sestřám na odděleních.

Naše doporučení pro praxi je tímto tématem se dále zabývat a tím ho i medializovat. Tato práce slouží, jako podklad pro další výzkum a doufám ve zlepšení atraktivnosti práce všeobecné sestry. Doporučuji, aby se zjednodušila dokumentace a tím ubyl čas strávený papírováním. Sestry by byly spokojenější a mohly se věnovat pacientům, zaměřily by se například i na vyšší potřeby nemocných.

Jako výstup z práce bude vytvořen odborný článek, který bude zaslán k publikaci do odborného časopisu Florence pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Dále výsledky výzkumu byly předloženy hlavní a staniční sestře, kde byl výzkum realizován.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) AMMENWERTH, E., SPÖTL, H.-P., 2009. The Time Needed for Clinical Documentation versus Direct Patient Care: A Work-sampling Analysis of Physicians' Activities. *Methods Inf Med.* 48(01), 84-91, doi: 10.3414/ME0569.
- 2) AMERICAN SOCIETY FOR HEALTHCARE RISK MANAGEMENT (ASHRM), 2013. *Risk management handbook for health care organizations student edition.* San Francisco, Calif: Jossey-Bass. ISBN 978-047-0443-712.
- 3) BENEŠ, M., 2014. *Andragogika.* 2 vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
- 4) BEZDĚKOVÁ, I., 2009. *Sestry mají kvůli papírování méně času na pacienta.* [online]. [cit. 2018-13-04]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/16106>.
- 5) BEZDĚKOVÁ, I., 2010. *Zdravotníci si byrokracii často přidělávají sami.* [online]. [cit. 2018-13-04]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/16136>.
- 6) BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1.díl.* Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
- 7) COLLINS DICTIONARY, 2017. [online]. [cit. 2017-11-23] Dostupné z: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/patient>.
- 8) COWDEN, S., JOHNSON, L. C., 2003. A Process for Consolidation of Redundant Nursing Documentation Forms. *AMIA Annu Symp Proc.* 820.
- 9) DIAMOND, M., 2006. *Mastering Medical Coding – E-Book.* 3rd Edition. [online]. Elsevier Health Sciences. 560 s. [cit. 2017-11-23]. ISBN 978-03-232-7763-1. Dostupné z: <https://www.elsevier.com/books/mastering-medical-coding/diamond/978-1-4160-2395-1>.
- 10) FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie,* Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 11) GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 392 s. ISBN 978-80-7226-996-9
- 12) HALL, M.C., GILLIS, L., 2005. *Quality work environments for nurse and patient safety.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 273 s. ISBN 978-07-637-2880-9.

- 13) HANZLÍKOVÁ, A., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 14) HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetřovatelství-ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty pracovní sešit II/3 díl*. Praha: Grada, 88 s. ISBN 978-80-247-2855-1.
- 15) CHEEVAKASEMSOOK, A. et al., 2006. The study of nursing documentaion complexities. *Int J Nurs Pract.* 12(6), 366-74. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x.
- 16) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2017. [online]. ICN. [cit. 2017-11-23] Dostupné z: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
- 17) IRELAND, P. A., STEIN, C., 2017. *Hillcrest medical center: Healthcare Documentation and Medical Transcription*. 8th edition. Boston, MA: Cengage Learning. ISBN 978-13-055-8379-5.
- 18) JAROŠOVÁ, D. et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
- 19) JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 100 s. ISBN 978-80-247-6542-6.
- 20) KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
- 21) KOČEROVÁ, J., 2018. Interview se staniční sestrou Nemocnice České Budějovice a.s. České Budějovice 20.2
- 22) KOMISE PRO TVORBU STANDARDŮ, 2011. *Standard ošetřovatelské péče č. 052*. Ošetřovatelská dokumentace, 20 s., vnitřní dokument Nemocnice České Budějovice a.s.
- 23) KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- 24) KUBÍČEK, P., 2016. *Stop zbytečné administrativě*. [online]. Praha: Česká lékařská komora. [cit. 2018-13-04]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz\\_99617](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99617).

- 25) KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
- 26) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 27) KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- 28) LEGAL INFORMATION INSTITUTE, 2018. [online]. LII. [cit. 2018-01-05] Dostupné z: <https://www.law.cornell.edu/cfr/text/42/440.2>.
- 29) LIKER, J., K., MEIER, D., P., 2016. *Toyota Talent: Řízení rozvoje zaměstnanců podle Toyoty*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-271-9385-1.
- 30) MACH, J. et al., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
- 31) MACH, J., 2010. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
- 32) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 33) MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-802-4711-515.
- 34) MASTILIÁKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 35) MEDICINE NET, 2018. [online]. [cit. 2018-2-24]. Dostupné z: <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=39154>.
- 36) MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- 37) MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 38) NAHM, R., POSTON, I., 2000. Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. *Comput Nurs.* 18(5), 220-9.

- 39) PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 40) PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 41) PODSTATOVÁ, R., 2014. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. [online]. [cit. 2017-11-10]. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf).
- 42) POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
- 43) POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- 44) PŘITASILOVÁ, 2016. *Harmonogram práce sester*. Vnitřní dokument Nemocnice České Budějovice a.s.
- 45) PTÁČEK, R. et al., 2013. *Lege artis v medicíně edice celoživotního vzdělání ČLK*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-5126-9.
- 46) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2016. *Stomatologie I: pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-5826-8.
- 47) SOVOVÁ, E. et al., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství: 2., rozšířené a doplněné vydání*. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
- 48) ŠPINAR, J. et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2 přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
- 49) ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 252 s. ISBN 978-802-4712-130.
- 50) TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. aktualizované vydání*. Praha: Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- 51) VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- 52) VOKURKA, M. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf, 1190 s. ISBN 978-80-7345-456-2.

- 53) VONDRÁČEK, L. et al., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
- 54) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: Návod pro praxi*. Praha: Grada, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- 55) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 95 s. ISBN 978-80-247-31-32-2.
- 56) VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČEKÉ REPUBLIKY, 2015. [online]. VZP. [cit. 2017-01-03] Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>.
- 57) Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. [cit. 2018-9-17]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 39, s. 1666-85. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=16>.
- 58) Vyhláška 391/2017 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016, 2017. [online]. [cit. 2018-9-17]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 137, s. 4360-4375. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z\\_14541\\_2439\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-ktou-se-meni-vyhlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html).
- 59) VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné, obecná část*. Praha: Grada, 236 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 60) WONG, D. H. et al., 2003. Changes in intensive care unit nurse task activity after installation of a third-generation intensive care unit information system. *Crit Care Med.* 31(10), 2488-94, doi: 10.1097/01.CCM.0000089637.53301.EF.
- 61) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 1966. [online]. [cit. 2018-12-10]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 7, s. 74-91 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1966&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=5>.
- 62) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o

- nelékařských zdravotnických povolání), 2004. [online]. [cit. 2018-1-22]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-78 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=21>.
- 63) Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2018-9-15]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.
- 64) Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. [online]. [cit. 2018-10-20]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-84 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2017&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=11>.
- 65) Zákon č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. [online]. [cit. 2018-1-20]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 137, s. 4360-75. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2017&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=4>.
- 66) ZDRAVOTNÍKÉ NOVINY, 2017. *Jak si stojí elektronická zdravotnická dokumentace v České republice?*. [online]. [cit. 2017-12-01]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/jak-si-stoji-elektronicka-zdravotnicka-dokumentace-v-ceske-republice/>.
- 67) ZDRAVOTNÍKÝ DENÍK, 2018. *Ministerstvo už nebude určovat, co má být v ošetrovatelské dokumentaci. V novele vyhlášky zruší i další administrativní „nesmysly“*. [online]. [cit. 2018-12-04]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/04/ministerstvo-uz-nebude-urcovat-ma-byt-oseetrovatelske-dokumentaci-novele-vyhlascky-zrusi-i-dalsi-administrativni-nesmysly/>.
- 68) ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-9714-9.

## **8 SEZNAM ZKRATEK**

**ICN** – International Council of Nurses

**LII** – Legal Information Institute

**VZP** – Všeobecná zdravotní pojišťovna

**JIP** – Jednotka intenzivní péče

**ARIP** – Anestezie, resuscitace, intenzivní péče

**MIN** – Minimum

**MAX** – Maximum

**SZŠ** – Střední zdravotnická škola

**VŠ** – Vysoká škola



## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1** - Povolení výzkumu od hlavní sestry

**Příloha 2** - Dotazník

**Příloha 3** - Pozorovací arch

# Příloha 1

V Českých Budějovicích dne 24.ledna 2018.

## ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ VÝZKUMU V RÁMCI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vážená paní  
Mgr. Monika Kyselová, MBA.  
hlavní sestra,  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Nemocnice České Budějovice, a. s.  
Boženy Němcové 585/54  
České Budějovice  
370 01

Příjmení a jméno studenta	Vendula Dlouhá
Studijní obor, ročník, škola	Ošetrovatelství: Všeobecná sestra, 4. ročník Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta
Jméno vedoucího bakalářské práce	Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.
Počet oslovených respondentů	Všeobecné sestry (max. 150)
Místo provedení výzkumu	Interna, Chirurgie, Neurologie, Kardiologie, Traumatologie, Kardiochirurgie, Gastroenterologie, Infekční oddělení, Jedinoty intenzivní péče, Oddělení následné péče, Dětské oddělení
Zahájení výzkumu	březen, 2018
Ukončení výzkumu	duben, 2018

Vážená paní magistro,  
dovoluji si Vás tímto oslovit a požádat o laskavé povolení k provedení výzkumného šetření  
v Nemocnici České Budějovice, a. s. v rámci své bakalářské práce, kterou aktuálně zpracovávám.  
Cílem této bakalářské práce je snaha o zmapování ošetrovatelské dokumentace a administrativy versus  
přímá péče o pacienta. Výzkumné šetření bude provedeno formou nestandardizovaného dotazníku  
předloženého všeobecným sestřím a formou zúčastněného pozorování všeobecných sester. Výsledky  
tohoto řešení Vám ráda poskytnu. Doufám a věřím v kladné vyřízení. Za odpověď a spolupráci děkuji  
zdvoile předem.

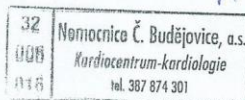
S pozdravem, Vendula Dlouhá.

Vendula Dlouhá  
ČSA 189  
Veselí nad Lužnicí, 391 81  
Email: Venduladl@seznam.cz  
Telefon: 603 820 189

Vyjádření vedení instituce	SOUHLASÍM <del>NESOUHLASÍM</del>
Datum vyjádření	4. 3. 2018
Podpis, razítko	

Anna Vitová

Mgr. Monika Kyselová, MBA



Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice České Budějovice, a.s.

## **Příloha 2: Dotazník**

Vážená paní, vážený pane, jmenuji se Vendula Dlouhá a jsem studentkou 4. ročníku, oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci ve sběru dat do mé bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta. Vyplnění těchto údajů je zcela anonymní. Vaši zvolenou odpověď zakroužkujte příslušným písmenem, v případě možnosti doplňte, prosím, písemně.

**1) Pohlaví**

- a) Žena
- b) Muž

**2) Uved'te, prosím, Váš věk: .....**

**3) Kolik let pracujete jako sestra**

- a) Do 1 roku
- b) Do 5 let
- c) Do 10 let
- d) Do 15 let
- e) 15 a více let

**4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Střední zdravotnické
- b) Vyšší odborné – Dis.
- c) Vysokoškolské - Bc.
- d) Vysokoškolské- Mgr.
- e) Specializační
- f) Jiné.....

**5) Na jakém typu oddělení pracujete:**

- a) Standardní oddělení
- b) Jednotka intenzivní péče

**6) Jakou formu vedení dokumentace využíváte na Vašem oddělení?**

- a) Písemnou
- b) Elektronickou
- c) Písemnou i elektronickou

**7) Jakou ošetrovatelskou dokumentaci na vašem oddělení používáte? (možno více odpovědí)**

- a) Ošetrovatelská anamnéza
- b) Ošetrovatelský plán
- c) Barthel test základních dovedností
- d) Nutriční screening
- e) Edukační záznam
- f) Záznam o ošetření rány

- g) Bilance tekutin
- h) Polohovací záznam
- i) Ošetrovatelská překládová a propouštěcí zpráva
- j) Škály na hodnocení bolesti
- k) Glasgow score
- l) Záznam k posouzení rizika vzniku dekubitů – dle Nortonové
- m) Záznam o zhodnocení rizika pádu
- n) Jiné

**8) Používáte na Vašem oddělení standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemáme na oddělení

**9) Kontroluje Vám někdo na Vašem oddělení dokumentaci? (možno více odpovědí)**

- d) Staniční sestra
- e) Vrchní sestra
- f) Primář
- g) Hlavní sestra
- h) Někdo jiný.....

**10) Jak se Vám pracuje s Vaší dokumentací?**

- i) velmi dobře
- j) dobře
- k) průměrně
- l) špatně
- m) velmi špatně
- n) nepracuji

**11) Domníváte se, že Vám ulehčuje ošetrovatelská dokumentace péči o pacienta?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**12) Používáte ošetrovatelskou dokumentaci při předávání hlášení mezi směnami?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**13) Jaký organizační systém ošetrovatelské péče využíváte na Vašem oddělení?**

- a) systém skupinové péče
- b) funkční systém
- c) pokojový systém
- d) systém primárních sester
- e) jiný

**14) Vyhovuje Vám organizační systém na Vašem oddělení?**

- a) Pokud ano proč.....
- b) Pokud ne proč.....

**15) Zapisujete zjištěné skutečnosti do dokumentace hned po příchodu od pacienta?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**16) Vyplňujete ošetrovatelskou anamnézu v přítomnosti pacienta?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**17) Domníváte se, že v dokumentaci je vypisování některých informací zbytečné?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**18) Považujete některé části dokumentace za nevhodné? (pokud ano jaké)**

- a) Ano.....
- b) Ne

**19) Domníváte se, že trávíte vedením dokumentace více času než péčí o pacienta?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**20) Domníváte se, že trávíte u pacienta málo času?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano

- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**21) Cítíte se vedením dokumentace přetěžována?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**22) Máte čas popovídat si s pacientem v pracovní době?**

- a) Naprosto ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**23) Změnily byste něco v ošetrovatelské dokumentaci? (pokud ano, napište, co byste změnily)**

- a) Naprosto ano.....
- b) Spíše ano.....
- c) Nevím, nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne

**24) Co se stane, když nevyplníte řádně dokumentaci?**

- a) Dodělá ji další směna
- b) Zůstanu v práci déle
- c) Napomene mě staniční sestra
- d) Nic
- e) Nevím
- f) Jiné.....

**25) Představte si následující situaci: přijde Vám příjem ke konci Vaší služby, co uděláte nejdříve?**

- a) Vyplním veškerou dokumentaci
- b) Postarám se o pacienta
- c) Nechám pacienta další službě
- d) Postarám se o pacienta a vyplním veškerou dokumentaci
- e) Rozdělím si práci jedna sestra udělá dokumentaci a druhá obstará pacienta

**26) Představte si následující situaci: přijdou Vám dva a více pacientů na příjem najednou, co uděláte?**

- a) Předvyplním si dokumentaci
- b) Věnuji se nejdříve pacientům
- c) Věnuji se nejdříve dokumentaci a poté pacientům

- d) Rozdělíme si práci ohledně příjmu s dalšími sestrami
- e) Dělam příjmy postupně
- f) Jiné.....

**27) Odhadněte kolik času strávíte u vedení dokumentace a administrativy? (ve 12 hodinové službě)**

- a) 1-2 hodiny
- b) 2-3 hodiny
- c) Čtvrt služby (4 hodiny)
- d) Více než čtvrt služby (4 hodiny a více)
- e) Půl služby (6 hodin)
- f) Více než půl služby (6 hodin a více)
- g) Tři čtvrtě služby (9 hodin)
- h) Více než tři čtvrtě (9 hodin a více)
- i) Nevím

**28) Odhadněte kolik času strávíte u lůžka pacienta? (ve 12 hodinové službě)**

- a) 1-2 hodiny
- b) 2-3 hodiny
- c) Čtvrt služby (4 hodiny)
- d) Více než čtvrt služby (4 hodiny a více)
- e) Půl služby (6 hodin)
- f) Více než půl služby (6 hodin a více)
- g) Tři čtvrtě služby (9 hodin)
- h) Více než tři čtvrtě (9 hodin a více)
- i) Nevím

**29) Kolik času byste chtěla věnovat dokumentaci? (ve 12 hodinové službě)**

- a) 1-2 hodiny
- b) 2-3 hodiny
- c) Čtvrt služby (4 hodiny)
- d) Více než čtvrt služby (4 hodiny a více)
- e) Půl služby (6 hodin)
- f) Více než půl služby (6 hodin a více)
- g) Tři čtvrtě služby (9 hodin)
- h) Více než tři čtvrtě (9 hodin a více)
- i) Nevím

**30) Kolik času byste chtěla věnovat pacientovi? (ve 12 hodinové službě)**

- a) 1-2 hodiny
- b) 2-3 hodiny
- c) Čtvrt služby (4 hodiny)
- d) Více než čtvrt služby (4 hodiny a více)
- e) Půl služby (6 hodin)
- f) Více než půl služby (6 hodin a více)
- g) Tři čtvrtě služby (9 hodin)
- h) Více než tři čtvrtě (9 hodin a více)
- i) Nevím

**Příloha 3: Pozorovací arch**

<b>Činnosti</b>	<b>Sestra 1</b>	<b>Sestra 2</b>	<b>Sestra 3</b>	<b>Sestra 4</b>
Předání hlášení				
Měření fyziologických funkcí				
Zápis do dokumentace – fyziologické funkce				
Hygiena				
Úprava lůžka pacientů				
Podávání léků				
Podávání inzulínu a jiných injekcí				
Zápis do dokumentace – podané léky, injekce				
Podávání snídaně a krmení				
Asistence u vizity				
Vypisování ordinací z vizity				
Napsání denního plánu a ošetrovatelských diagnóz				



Plnění ordinací z vizity				
Plnění práce spojené s příjmem – dokumentace				
Plnění práce spojené s příjmem – u pacienta				
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – dokumentace				
Plnění práce spojené s překladem nebo propuštěním – u pacienta				
Podávání oběda a krmení pacientů				
Třídění výsledků a zakládání výsledků do dokumentace pacientů				
Podávání večeře a krmení pacientů				
Kontrola dokumentace před předáním služby				
Předání hlášení				

Aktivizace pacientů				
Polohování pacientů				
Komunikace s pacienty				
Komunikace s rodinou pacientů				
Edukace pacientů				
Přestávka sester				
Jiné				