

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

**Bc. Kristýna Šmajdová**

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY A VŠEOBECNÉ  
SESTRY**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Věra Berková

PLZEŇ 2014

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Věře Berkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili mého šetření a v poslední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Bc. Šmajdová Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské standardy a všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Berková Věra

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 22

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 54

Klíčová slova: audit – kvalita – ošetrovatelství – ošetrovatelská péče – standard – všeobecná sestra

### **Souhrn:**

Diplomová práce se zaměřuje na ošetrovatelské standardy a všeobecné sestry. Je rozdělena na dvě části, praktickou a teoretickou. V jednotlivých kapitolách teoretické části je popsána koncepce ošetrovatelství, kvalita ošetrovatelské péče a vše kolem ní, dále samotné standardy, audit a akreditace, které se standardy úzce souvisí. V závěru práce jsem se zaměřila na legislativu.

Druhou polovinu diplomové práce tvoří praktická část. Výzkumné šetření je provedeno kvantitativní metodou a pomocí nestandardizovaného dotazníku jsem zjišťovala náhled sester na ošetrovatelské standardy a jejich znalosti.

## **Annotation**

Surname and name: Bc. Šmajdová Kristýna

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing Standards and nurses

Consultant: Mgr. Berková Věra

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 22

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 54

Keywords: audit – quality – nursing – nursing care – standard - nurse

### Summary:

The diploma thesis is focused on the nursing standards and general nurses. It is divided into two parts; theoretical one and practical one. In the particular chapters of the theoretical part are described the concepts of nursing, quality of nursing care and everything around it, as well as the standards themselves, audit and accreditation, which are closely related to the standards. In the conclusion, I focused on the legislation.

The second part of the thesis consists of the practical section. The research is done by the quantitative method. I examined a preview of nurses to nursing standards and their knowledge by a special questionnaire.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ .....	11
1.1 Koncepce ošetřovatelství .....	11
1.2 Ošetřovatelský proces .....	12
1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu .....	12
2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	14
2.1 Co je kvalita .....	14
2.2 Terminologie používaná ve zdravotnictví v oblasti kvality.....	14
2.3 Kvalita zdravotních služeb.....	15
2.4 Proč se má zdravotnické zařízení zabývat kvalitou? .....	16
2.5 Zásady soustavného zlepšování kvality .....	16
2.6 Zásady řízení kvality.....	17
2.7 Systémové modely kvality.....	17
2.8 Modely systémů řízení kvality.....	18
2.8.1 Mezinárodní organizace pro standardizaci .....	18
2.9 Modely akreditačních standardů .....	19
2.9.1 Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení.....	19
2.9.2 Joint Commission International.....	19
2.9.3 Spojená akreditační komise, o.p.s. ....	19
2.10 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů .....	20
2.10.1 Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví .....	20
2.11 Modely excelence – světové ceny za kvalitu .....	20
2.11.1 Cena Malcolma Baldrige za kvalitu .....	20
2.11.2 Evropská nadace pro řízení kvality .....	21
2.11.3 Six sigma .....	21
2.12 Co je kvalitní ošetřovatelská praxe .....	21
2.13 Systém zajišťování kvality ošetřovatelské péče .....	22
2.14 Indikátory kvality .....	23
2.15 Jak můžeme měřit kvalitu ošetřovatelské péče .....	23
2.16 Kvalita očima pacientů.....	23
2.17 Zlepšování kvality – základní model .....	24
3 STANDARDY.....	26
3.1 Definice standardů .....	26
3.2 Historie ošetřovatelských standardů .....	26

3.3	Donabedián a jeho proces .....	27
3.4	Kritéria ošetrovatelského standardu.....	27
3.5	Význam ošetrovatelských standardů .....	27
3.6	Typy ošetrovatelských standardů.....	27
3.6.1	Strukturální standardy .....	27
3.6.2	Procesuální standardy .....	28
3.6.3	Standardy hodnocení výsledků.....	28
3.6.4	Centrální standardy.....	29
3.6.5	Lokální standardy .....	29
3.7	Platnost ošetrovatelských standardů .....	29
3.8	Co musí obsahovat správně vytvořený standard.....	30
3.9	Jak má být standard formulovaný .....	31
3.9.1	Strukturální kritéria – Co budu potřebovat? .....	31
3.9.2	Procesuální kritéria – Jak mám postupovat? .....	31
3.9.3	Kritéria výsledku – Kam chci dojít?.....	31
3.10	Formulace standardů .....	31
3.11	Udržování standardů .....	32
3.11.1	Prostředí pro ošetrovatelskou praxi .....	32
3.11.2	Odborný základ pro zajištění kvality.....	32
3.11.3	Právní základ ošetrovatelství.....	33
3.11.4	Etické a společenské faktory .....	33
3.11.5	Management rizik .....	33
3.12	Jak sestavovat standardy .....	34
3.12.1	Desatero praktických rad při tvorbě standardů dle Staňkové.....	34
3.12.2	Tvoření standardů metodou DySSSy (Dynamic Setting Standard Systém)..	35
3.13	Standardy dle ANA .....	37
4	OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT .....	39
4.1	Druhy ošetrovatelského auditu .....	39
5	AKREDITACE.....	41
5.1	Metoda Stopař.....	42
5.2	Oblasti akreditačních standardů.....	43
6	LEGISLATIVA .....	44
6.1	Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	44
6.2	Právní úprava .....	44
6.3	Odpovědnost při poskytování zdravotní péče.....	45
6.4	Sestra a odpovědnost .....	46
6.5	Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče.....	46



PRAKTICKÁ ČÁST .....	49
7 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	49
7.1 Výzkumný problém .....	49
7.2 Výzkumné cíle .....	49
7.3 Úkoly výzkumného šetření .....	49
7.4 Metodika .....	49
7.5 Hypotézy .....	50
7.6 Výzkumný vzorek respondentů .....	51
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	52
DISKUZE .....	75
ZÁVĚR.....	81
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

## ÚVOD

Jelikož jsou ošetrovatelské standardy nedílnou součástí práce všeobecných sester, rozhodla jsem se proto zpracovat diplomovou práci na toto téma. Téma jsem si také vybrala kvůli jeho zajímavosti, aktuálnosti, ale také proto že toto téma považuji velmi podstatné z důvodu navyšování kvality ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelské standardy jsou pro nemocné zárukou poskytnutí stejné kvalitní péče všem, měly by jim zajistit pocit jistoty a bezpečí. Standardy ale také slouží k navyšování kvality, poskytují objektivní posouzení poskytované péče a především chrání zdravotnický personál před neoprávněným postihem. Je ovšem otázkou, zdali sestry standardy dodržují.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části a to na část praktickou a teoretickou. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelské standardy, ale také se dočtete něco o kvalitě ošetrovatelské péče, ale také naleznete informace o auditu či akreditace, neboť tato témata jsou velmi blízká ošetrovatelským standardům. V druhé části, tedy té praktické, je proveden kvantitativní výzkum, který byl prováděn s všeobecnými sestrami.

Jelikož sestry musí standardy využívat, měly by tedy také vědět, z jakého důvodu je důležité jejich dodržování. Cílem této práce je zjistit, jaký mají všeobecné sestry přehled o ošetrovatelských standardech, jestli se o ně zajímají a zdali ví, jaký význam mají ošetrovatelské standardy.

Jako výstup z diplomové práce jsem vytvořila návrh standardu, který je zaměřen na komunikaci s pozůstalými. Jedním z důvodů, proč jsem vytvořila návrh tohoto standardu je, že 2 respondenti uvedli, že jim tento standard a chybí a také, že tématem mé bakalářské práce bylo „Úloha sestry při komunikaci s pozůstalými“. Dále jsem se rozhodla zpracovat právě komunikaci s pozůstalými z toho důvodu, že to je neustále aktuální téma, pro sestry obvykle velmi nepříjemné, ale musí se mu bohužel věnovat, ať chtějí či ne.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ

### 1.1 Koncepce ošetřovatelství

Nenahraditelnou pozici v péči o zdraví lidského jedince má ošetřovatelství. Za ošetřovatelskou péči se považuje komplex odborných činností, které jsou orientovány na udržení, prevenci, podporu a navrácení zdraví jednotlivci, rodině a osobám, které mají společné sociální prostředí či mají podobné zdravotní problémy. Dalšími neodmyslitelnými částmi ošetřovatelství je péče o nemocné s nevléčitelným onemocněním, snížení jejich utrpení a zabezpečení klidného umírání a důstojné smrti. (1, s. 2-3)

Výstižnými atributy ošetřovatelství je individualizovaná péče, která je vybudována na vyhledávání a plánovaném uspokojování potřeb člověka, v souvislosti s jeho zdravím a potřebami. Dále i s těmi potřebami, které se objevily nebo byly změněny chorobou. Ke splnění těchto složek je velmi důležité, aby organizace měla kvalitní řízení, kontrolu ošetřovatelské péče a aby samotná organizace byla dostatečně hodnotná. K novodobému trendu ošetřovatelství rovněž náleží poskytování ošetřovatelské péče víceúrovňovou formou. Pro ni je nutný ošetřovatelský tým, který je sestavený z ošetřovatelského personálu, kdy pracovníci mají různou úroveň vzdělání. Jejich kompetence jsou vytyčeny dle úrovně dosaženého vzdělání a specializace. (1, s. 2-3)

Koncepce ošetřovatelství ze září 2004 původně vystupuje z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998, zachovává rady Organizace spojených národů, doporučení Evropské komise, směrnic Evropské unie, Mezinárodní organizace práce, Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Zmíněné listiny udávají další směr a vývoj ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století. Koncepce udává především důraz na nezávislou a náročnou práci ošetřovatelského personálu a také poukazuje na důležitost využívání ošetřovatelského procesu, ke kterému náleží důkladně vedená zdravotnická dokumentace. (1, s. 2-3)

Koncepce přispívá k zaručení kvalitní ošetřovatelské péče, za pomoci ošetřovatelských standardů. Ty vymezují kritéria k hodnocení a poskytování ošetřovatelské péče. Zmiňovaná koncepce vystupuje ze systému vydávání osvědčení, které je nutné k vykonávání zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Lze tedy předpokládat,

že soustavné uplatňování této koncepce v praxi se zobrazí ve zkvalitnění a zlepšení kompletní péče o zdraví českého obyvatelstva. Nejedná se ale pouze o ambulantní, ústavní a domácí péči, ale také o komunitní ošetrovatelskou péči v části prevence a výchovy ke zdraví. (1, s. 2-3)

„Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech.” (1, s. 3)

Novodobá ošetrovatelská péče musí vyplývat z tzv. EBN, tedy ošetrovatelská praxe založená na důkazech, což znamená, že praktické výkony, postupy i standardy musí být potvrzeny validními a relevantními výsledky z výzkumu. EBM, tedy medicína založená na důkazech je vědomé, zřetelné a soudné využívání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči u jednotlivých nemocných. Z pojmu EBM tedy vychází EBP. (2, s. 19-21; 3, s. 72)

## **1.2 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces je individuální postoj k ošetrovatelské péči o nemocné a zaměřuje se na řešení problémů. Můžeme jej také považovat za způsob zorganizování ošetrovatelské péče. Jedná se o proces, který je dynamický a cyklický. Pacienti jsou v něm považováni za aktivní uživatele, nejsou bráni pouze jako objekty péče. Pacienti se účastní na ošetrovatelském procesu vlastním úhlem pohledu, stupněm sebezpečie, vnímáním svých potřeb ale také kvalitou interakce s ošetrovatelským personálem. (4, s. 356; 5, s. 32)

Ošetrovatelský proces je tedy logický, systematický přístup k celkové péči o pacienty a je to nejdůležitější pracovní metoda ošetrovatelského personálu. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence a zmírnění nebo odstranění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Je nesmírně důležité během poskytování ošetrovatelské péče minimalizovat či úplně eliminovat překážky, které negativně ovlivňují kvalitu. (6, s. 40-42)

### **1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces má několik fází. První fází je posuzování stavu potřeb. V této fázi procesu se shromažďují informace o pacientovi, a poté se stanovují ošetrovatelské problémy, což jsou pacientovy bio-psycho-sociální potřeby, které souvisejí s onemocněním. Posuzování stavu potřeb je proces, který probíhá jak v počátcích péče, tak v celém průběhu péče. Výsledkem procesu hodnocení stavu potřeb je vytyčení ošetrovatelských diagnóz. Druhou fází ošetrovatelského procesu je tedy samotné stanovení ošetrovatelských diagnóz. Musíme odlišit diagnózy ošetrovatelské

od medicínských. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální či potencionální. (7, s. 100-102)

Další fází procesu je plánování. Aby byla poskytovaná péče co nejefektivnější, systematická, cílená a zpětně vyhodnocená, musí být plánovaná. Podstatou plánování je stanovení cílů poskytované péče pro jednotlivé ošetrovatelské problémy, získané z první fáze ošetrovatelského procesu. Označujeme je jako očekávané výsledky. Pokud máme stanovené cíle, můžeme si začít plánovat ošetrovatelské intervence. (7, s. 100-102)

Předposlední, tedy čtvrtou fází je realizace ošetrovatelského plánu. Na odstraňování či zmírňování problémů se podílí multidisciplinární tým, ale také pacienti a jejich rodiny. Všechny zrealizované činnosti musí být zaznamenány v dokumentaci. Tyto záznamy slouží k ochraně ošetrovatelského personálu, ale také to jsou podklady pro vyhodnocování poskytované péče a její efektivity. (7, s. 100-102)

Poslední fází je hodnocení. To máme buď průběžné, nebo závěrečné. Při průběžném hodnocení se vyhodnocují jednotlivé problémy nemocného, plnění plánů a úroveň dosažení vymezených cílů během realizované péče. Průběžné hodnocení hraje velkou roli při zajištění kvality péče, její dynamičnosti a efektivnosti péče. Závěrečné hodnocení sumarizuje poskytovanou péči, pokroky, kterých pacient dosáhl, ošetrovatelské problémy, které trvají i nadále apod. Toto vyhodnocení slouží obvykle jako podklad při sestavování propouštěcí či překladačové ošetrovatelské zprávy. (7, s. 100-102)

## **2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

### **2.1 Co je kvalita**

Význam slova „kvalita“ je stanoven sociálními a kulturními poměry. Mínění o kvalitě zdravotní péče je dáno jak hodnotami, které v dané societě dominují, ale také individuálními hodnotami těch lidí, kteří kvalitu péče vymezují. Jsou to například tvůrci zdravotnické legislativy, politici a především jsou to sami zdravotničtí pracovníci. Kvalitní péče je teoreticky výsledek „úmluvy“ mezi nemocnými a s nimi širší veřejností, mezi zdravotníky a mezi vládou. Vláda reviduje zdroje. (8, s. 6-7; 9, s. 191)

V minulosti měly sestry velmi omezené možnosti pro ovlivnění kvality zdravotní péče, protože spoustu let převažovaly biomedicínské definice zdraví. Tyto biomedicínské teorie vymezovaly, co je a není ve zdravotní péči podstatné. Do té doby totiž medicínské hodnoty vytyčovaly principy, výzkumné programy dělení zdrojů a úlohu ošetřovatelství. Pro zajištění kvalitní ošetřovatelské péče, je důležité kvalitní péči nejdříve definovat, což znamená ustanovit, co je považováno za dobrou, standardní kvalitní péči. Kvalitní péče je ze zásady vyjádřena v tzv. standardech. Podle standardů se pak poskytnutá péče hodnotí. Smysl slova „kvalita“ ošetřovatelské péče je tedy závislý na definování toho, co konkrétně představuje „kvalitní nebo dobrá ošetřovatelská péče.“ Kvalita zdravotní péče se neustále dostává do popředí zájmu veřejnosti. Na procesu zajišťování a navyšování kvality se ale musí aktivně podílet i sestry. Za kvalitní péči můžeme považovat takovou péči, která je účinná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, je nemocnými pozitivně přijímána a je adekvátní z hlediska možného využití zdrojů. (8, s. 6-7; 9, s. 191)

### **2.2 Terminologie používaná ve zdravotnictví v oblasti kvality**

Management kvality, anglicky quality management, znázorňuje takové činnosti všech článků řízení, které vymezují politiku kvality, cíle a odpovědnosti a uskutečňují je prostřednictvím plánování, řízení kvality, zabezpečování kvality a zdokonalování v rámci systému kvality. (15, s. 35-36)

Zabezpečováním kvality, anglicky quality assurance, se rozumí veškeré plánové a systematické aktivity, které jsou realizované v rámci systému kvality a dle potřeby prokazované. Nezbytné je vzbuzování důvěry. (15, s. 35-36)

Jako kompletní záměry a směr působení instituce v oblasti oficiálně vyjádřené vrcholovým vedením je charakterizována politika kvality, anglicky quality policy. (15, s. 35-36)

Postup je charakteristický způsob vykonávání činnosti, většinou v písemné podobě. Dokumentované postupy se doporučují využívat tam, kde se opakují běžné činnosti. Jejich záměrem je snížit rozmanitost ve vykonávaných činnostech, zajistit jejich optimální průběh a závaznost s jistou mírou stability v čase. Jedná se o standardy, normy, instrukce, pokyny a manuály. (15, s. 35-36)

Jako neshoda bývá označováno nesplnění konkrétního požadavku, tedy kterýkoliv záporný projev kvality. (15, s. 35-36)

Příručka kvality je jedním ze zásadních dokumentů, které se používají při zajišťování kvality. Příručka stanovuje politiku kvality a obsahuje popis systému řízení kvality a funguje jako podklad pro udržování tohoto systému. (15, s. 35-36)

### **2.3 Kvalita zdravotních služeb**

Při definování toho, co je kvalita bychom neměli opomíjet subjektivní složku vnímání kvality, tedy vlastní prožitek. Ten je zcela individuální. Také je důležitá objektivní složka, ve které jde o sledování určitých a předem daných a domluvených kritérií. Dalšími faktory, které také působí na kvalitu zdravotních služeb, jsou faktory demografické, biologické, sociální, dále také stupeň vyspělosti společnosti, zdravotní politika ve státu a zdravotní pojišťovny. (10)

Abychom se vyhnuli pochybením, která se mohou vyvinout ze subjektivistického přístupu těchto poskytovatelů zdravotních služeb je nutné požadavky na zdravotní péči standardizovat. (10)

V souvislosti s navyšováním požadavků na zdravotní péči a klesajícími ekonomickými možnostmi mají země důležitý úkol. Tím je vybudovat účinný zdravotnický systém, který bude schopen co nejefektivněji reagovat na potřeby lidstva. Zdravotnická zařízení by tedy měla více věnovat pozornost otázkám týkající se kvality. Organizace, které hájí práva pacientů, se také věnují kvalitě zdravotní péče. Tímto se kvalita zdravotní péče posunuje stále více do popředí zájmu zdravotnických pracovníků i veřejnosti. Všeobecné sestry se musí aktivně účastnit procesu zajišťování kvality a musí být vždy v čele při vymezování kvality ošetrovatelské péče. Přitom by se měly zaměřovat zejména na tyto body. Soustředit se na vývoj nových typů ošetrovatelských služeb, např. komunitního ošetrovatelství. Měly by se orientovat na individualizovanou péči pomocí ošetrovatelského procesu, v systému primární sestry a na skupinovou péči. Sestry by se měly snažit lépe chápat potřeby nemocných a měly by se soustředit na výkonnost a efektivnost ošetrovatelské péče. (8, s. 6)

Kvalitu ošetrovatelské péče hodnotí každý jinak. Lékaři většinou posuzují práci všeobecných sester podle toho, jak plní jejich ordinace. Jiná kritéria ovšem volí zaměstnanci ošetrovatelského managementu na různých úrovních řízení, jelikož nesou za kvalitu ošetrovatelské péče osobní zodpovědnost. Sestry obvykle posuzují kvalitu poskytované péče podle koncepce ošetrovatelství, se kterou se sami ztotožňují. (11, s. 30-32)

„Není možné poskytovat kvalitativně dobrou úroveň péče – standardní péči, pokud nevíme, co je to dobrá standardní péče“. (12, s. 45)

Celková kvalita poskytované péče nezávisí pouze na sestrách, ale především na organizaci systému zdravotní péče, který se musí na takovou definici kvality zaměřit. Je třeba ke kvalitní práci vhodně motivovat všechny personál. Jinak nikdy nedojde k dosažení očekávaných výsledků. Za kvalitní se pokládá taková péče, která uspokojuje individuální potřeby nemocných. Mezi tyto potřeby mohou patřit podle Maslowovy hierarchie základní fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, láska a sounáležitost, sebeúcta a sebeaktualizace. (11, s. 30-32; 12, s. 45)

## **2.4 Proč se má zdravotnické zařízení zabývat kvalitou?**

Zdravotnické zařízení by k tomu měli vést zejména ekonomické důvody. Příkladem může být hospodárnost péče či omezení plýtvání materiálem. Dále také z forezních podnětů, kdy se jedná především o prevenci soudních sporů a prokazování, že poskytovaná péče byla provedena kvalitně. Dalším argumentem, proč by se na kvalitu měl brát zřetel je konkurence. V dnešní době mají pacienti nemalou možnost výběru zdravotnického zařízení. Dalším podnětem může být prestiž. Záleží na pověsti zdravotnického zařízení, s jakými pojišťovnami má uzavřené smlouvy nebo jestli např. hledá nějaké sponzory. (13, s. 60)

## **2.5 Zásady soustavného zlepšování kvality**

Zdravotnické zařízení musí mít jasný záměr neustále navyšovat kvalitu poskytovaných služeb. Je důležité mít srozumitelnou, jasnou a sjednocující definici kvality a neustále kvalitu měřit. Všichni zaměstnanci by měli pochopit vzájemnou závislost činnosti jednotlivých součástí organizace. Je nezbytné neustále objasňovat příčiny nedostatků. Prostředky ke zlepšení je možné přejímat z vědeckých výzkumů. Mělo by také dojít k redukci nezbytností, duplicit, neúčelných složitostí a nechtěné variability. Aby bylo



navyšování kvality efektivní, je dobré prostřídání rolí a aktivit vedoucích pracovníků. (14, s. 308)

## **2.6 Zásady řízení kvality**

Posuzování zdravotních služeb zastává důležitou roli ve zdokonalování výkonnosti zdravotnického systému. Máme sedm hlavních aspektů zdravotní péče. Těmi jsou dostupnost zdravotních zdrojů, kontinuita péče, dosažitelnost péče, úspěšnost péče, účinnost provádění péče, přijatelnost péče lékařem nebo kvalita vztahu lékaře s pacientem a kvalita poskytované péče. Ta může být posuzována ve dvou rovinách. V rovině jedince, což jsou výsledky u každého nemocného či v rovině organizace, což je zdraví celé populace. Pro vyhodnocení, je důležité nejprve nadefinovat koncept. (16, s. 222)

## **2.7 Systémové modely kvality**

Můžeme je rozdělit do několika základních skupin. Jsou to modely systémů řízení kvality, modely akreditačních standardů, modely které definují proces tvorby národních akreditačních standardů a modely excelence. Podstatnou součástí systému managementu jakosti utváří následujících pět aktivit. První je stanovení kvalitativních požadavků, kdy by měly řídicí systémy kvality poskytnout jistotu, že produkty zákazníka uspokojí. Dalším bodem je určení standardů kvality. Ty by měly být orientovány na zákazníka a odpovídat kvalitativním požadavkům. Třetím krokem je vytvoření programu sledování kvality, což znamená, že řízení kvality by mělo být realizovatelné jedině pomocí specifických postupů. Předposledním bodem je utváření zodpovědného postoje ke kvalitě. Měl by tedy být vyvíjen neustálý tlak na zodpovědnost dosahování stanovených kvalitativních standardů za pomoci komunikace, angažovanosti a vhodné motivace. Posledním důležitým krokem je vybudování informačního systému. Zde dochází k předání veškerých informací o jakosti pracovníkům, kteří mohou zrealizovat nápravné opatření při nedodržování standardů. (16, s. 223-224)

Systém řízení kvality by měl být chápán jako celistvý systém jakostních norem, jejich organizačních opatření a kontrol, jež dopadají na celý produkční proces včetně všech obslužných činností. (16, s. 223-224)

## 2.8 Modely systémů řízení kvality

### 2.8.1 Mezinárodní organizace pro standardizaci

Její anglický název je International Organisation for Standardization, užívaná zkratka je ISO. Jelikož byla tato zkratka v různých zemích rozdílná, (např. ve Francii OIN, v Anglii IOS) byla tato zkratka vytvořena z řeckého slova „isos“, což znamená „rovný“. Tato organizace byla založena v roce 1947 a sídlí ve městě Ženeva. ISO je nejrozsáhlejší světová organizace, která vytváří standardy. Od svého založení do roku 2012 zveřejnila více než 18 500 mezinárodních standardů. Ty jsou zaměřeny na různé okruhy. Patří tam například oblast zemědělství, strojírenství, stavebnictví, informační technologie a samozřejmě zdravotnické prostředky. Cílem organizace je co nejvíce zvýšit spokojenost spotřebitelů. Program společnosti ISO ale neobsahuje akreditace, s těmi se vzájemně doplňují. (16, s. 224-226; 17, s. 37)

Madar nadeřinoval osm pravidel, dle kterých jsou normy ISO z řady 9000 vytvořeny. Jsou platné pro kterýkoliv typ organizace. Je to: orientace na zákazníka, orientace na pracovníky ve všech úrovních organizace, moderní management, aplikace pojetí rozhodujících činností organizace jako procesů, také systémový přístup, zabezpečení neustálého zlepšování, snaha o partnerství a analýza údajů a informací. Pro systém managementu kvality jsou doporučení představena v několika normách ISO. Všechny tyto normy mají jinou funkci. ISO 9000:2000 – Systémy managementu jakosti – základy, zásady a slovník. V této normě je zahrnut výklad základů a principů managementu kvality a jsou zde vysvětleny nejdůležitější pojmy, které se týkají kvality a jejího zabezpečování. ISO 9001:2000 – Systémy managementu jakosti – požadavky. Tato norma je základní. Podle ní se uskutečňuje zavádění a také prověřování implementovaného systému jakosti. ISO 9004:2000 – Systém managementu jakosti – směrnice pro zlepšování výkonnosti. Hlavním cílem této normy je podat doporučení, které může organizace dále zavést nad rozsah požadavků, které jsou uvedeny v ISO 9001:2000 v zájmu zvýšení či zdokonalení systému managementu kvality tak, aby zahrnoval spokojenost jak spotřebitele, tak i dalších zainteresovaných stran a orientoval se na zvýšení produktivity organizace. Norma není předurčena jako prostředek k certifikaci. ISO neudává přesná pravidla, nýbrž pouze definuje, co musí být kontrolováno prostřednictvím nároků, které norma požaduje. (16, s. 224-226; 17, s. 37)

## **2.9 Modely akreditačních standardů**

Jakost poskytovaných zdravotnických služeb je téma velmi citlivé. Řeší jej nejen poskytovatelé zdravotnických služeb ale také široká veřejnost. Máme různé organizace, které mají za úkol posuzování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. (16, s. 226)

### **2.9.1 Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení**

Pod zkratkou JCAHO se skrývá anglický název organizace Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Organizace vznikla v roce 1913 z podnětů Amerického svazu chirurgů (The American College of Surgeons – ACS). V roce 1926 byl zpracován první osmnácti stránkový vytištěný manuál standardů a v roce 1950 používalo standard péče více jak 3200 nemocnic. V roce 1951 se k ACS přidali ještě další čtyři organizace a vytvořili tak Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH). Byla to nezisková a nezávislá organizace, která měla poskytovat dobrovolnou akreditaci. V roce 1953 JCAH zveřejnila akreditační standardy pro nemocnice a o třicet čtyři let déle, tedy v roce 1987 organizace změnila svůj název na JCAHO. Od roku 1951 organizace dohlíží na kvalitu a úroveň zdravotnictví. Cílem organizace je snaha rozvinout soubor kritérií, která slouží k hodnocení úrovně a jakosti poskytované zdravotní péče v ambulancích, laboratořích, v domácí péči, akutní a dlouhodobé péči a v nemocnicích. Orientuje se na práva pacientů, edukaci pacientů a jejich rodin, etiku, kontroluje infekce, specializuje se na profese lékařů a sester, management, rozšiřování informací apod. (16, s. 226-227)

### **2.9.2 Joint Commission International**

Spojená mezinárodní akreditační komise vznikla v roce 1998 jako nejvýznamnější součást mezinárodní dceřiné organizace JCAHO. Jejím cílem je zdokonalit bezpečnost a kvalitu poskytované péče na mezinárodní úrovni. Toho chtějí dosáhnout za pomoci vzdělávání, publikací a poskytnutím konzultací a evaluačních služeb. V červenci roku 1999 Joint Commission International zveřejnila mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy se rozdělují do dvou skupin a to na standardy, které jsou zaměřeny na potřeby nemocných a na standardy, které se vztahují na funkce zdravotnického zařízení jako instituce. JCI dodržuje různorodost jednotlivých států, jejich právní poměry a kulturu. (16, s. 227-228; 18, s. 9)

### **2.9.3 Spojená akreditační komise, o.p.s.**

Byla založena roku 1998 a posláním této komise je neustále zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR za pomoci akreditací zdravotnických zařízení,

poradenských a publikačních činností. Hlavními nástroji, kterými se SAK snaží zrealizovat svá poslání, jsou následující. Vyhotovují akreditační standardy včetně metodiky pro zdravotnická zařízení. Také pomáhají zdravotnickým zařízením, která se chystají na akreditaci, upřesňují jednotlivé metodiky podle typu zdravotnického zařízení, nabízejí poradenství při utváření vnitřních norem v jednotlivých zdravotnických zařízeních a poskytují možnost vyzkoušet si akreditace nanečisto. SAK organizuje jak regionální tak celostátní akce zaměřené na vzdělávání v problematice kvality zdravotní péče a bezpečnost pacientů. Publikují také díla, v tištěné i elektronické podobě, která se orientují na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí. SAK spolupracuje s dalšími institucemi v ČR, které se také podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče. Spolupracují také s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví. Další jejich aktivitou je školení konzultantů a auditorů akreditačního procesu. Od června 2012 je SAK oprávněným hodnotitelem kvality bezpečí v lůžkové zdravotní péči. (19)

## **2.10 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů**

### **2.10.1 Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví**

Pod zkratkou ISQua se ukrývá anglický název organizace International Society for Quality in Health Care. Organizace poskytuje ojedinělé možnosti v oblasti vývoje kvality ve zdravotnictví. Společnost byla založena roku 1985 při setkání odborníků ze zdravotnictví. Probíhalo v Itálii ve městě Udine. Asociace ISQua hluboce zapůsobila a získala si mezinárodní uznání úvahami Avedise Donabediana. Spolek své stálé sídlo zprovoznil v roce 1995 v australském Melbourne. Pod organizaci ISQua patří ještě dceřiná organizace ALPHA, tedy Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation. Jejich posláním je vytvářet a zlepšovat samostatným státům jejich vlastní akreditační standardy. Mají snahu do těchto standardů zakomponovat zásady důležitých systémů kvality, jako jsou ISO či Baldrige. (16, s. 229)

## **2.11 Modely excellence – světové ceny za kvalitu**

### **2.11.1 Cena Malcolma Baldrige za kvalitu**

Roku 1988 bylo založeno udílení ceny Malcolma Baldrige za kvalitu. Tato cena se dává jedenkrát za rok organizacím v USA za excelenci v kvalitě. Oceňuje se systém řízení, produkt ne. Cena se vztahuje k následujícím sedmi oblastem. Jde o strategické plánování, vůdcovství, informatiku, zaměření na zákazníka, lidské zdroje, řízení procesů,

ale také o kvalitu výstupu. Podle Baldrigeových kritérií si zdravotnické zařízení může zhodnotit své poměry v oblasti kvality pomocí dotazníku. (16, s. 229)

### **2.11.2 Evropská nadace pro řízení kvality**

EFQM, anglicky European Foundation for Quality Management chce stimulovat organizace v Evropě ke zkvalitňování a zlepšování poskytované péče s cílem, aby zákazníci, ale i zaměstnanci byli nadměru spokojeni. Organizace byla založena roku 1998. EFQM nabízí uchazečům strategickou osnovu a kritéria pro vedení organizace. Organizaci vede v rámci Evropské unie ke kvalitě s pomocí plánu TQM. TQM je Total Quality Management a byl založen díky zkušenostem amerických a japonských podniků, které se orientovaly na zabezpečování kvality a kladly důraz na nekončící zlepšování. TQM se zaměřuje hlavně na uživatele péče, týmovou spolupráci, zlikvidování profesionálních bariér a řízení lidských zdrojů. EFQM má zázemí v Bruselu. Samotné EFQM ale předkládá pouze model, který se zaměřuje pouze na pět podpůrných podmínek a na čtyři výsledné faktory. Podpůrné podmínky jsou vedení, strategie a politika, procesy a zdroje, zaměstnanci, a partnerství. Spokojenost zaměstnanců, zákazníků, společnosti a excelence v rozhodujících výsledcích výkonnosti jsou výslednými faktory. (16, s. 229-230)

### **2.11.3 Six sigma**

Program, který byl založen prestižní americkou společností Motorola v roce 1987, je modelem, který usnadňuje institucím plnit požadavky klientů na vysokou kvalitu, tedy procesy bez chyby. Písmeno sigma, které pochází z řečtiny, ve statistice označuje určování standardní odchylky. Tato odchylka nám říká, jak těsně jsou nashromážděna data kolem průměrné hodnoty. Six sigma označuje, že v souboru dat jsou pouze tři až čtyři vážné odchylky či chyby na milion případů. To je velice vysoký nárok na kvalitu. Pro zdravotní zařízení znamená velmi vysoko nastavenou, ale překonatelnou laťku. (16, s. 230)

## **2.12 Co je kvalitní ošetrovatelská praxe**

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe vyznačována následujícími znaky:

- V každé zemi ale i v každém zařízení je dána jasná koncepce ošetrovatelství.
- Nemocným se péče poskytuje za pomoci ošetrovatelského procesu a je vydedukována z potřeb nemocného.
- Je důležitá týmová souhra ošetrovatelského personálu. Ošetrovatelský personál je odborně připravený a vhodně motivovaný.

- Ošetrovatelský tým si určuje reálné cíle.
- Veškerý zdravotnický personál respektuje profesionální etický kodex.
- Poskytovaná péče musí být podložena vědecky.
- Je také nutné, aby pacienti byli aktivně zařazeni do ošetrovatelské péče.
- Mezi veškerými obory by měla existovat a fungovat účinná spolupráce.

Na tyto vypsane okruhy se orientuje hodnocení kvality péče, a proto se pro ně formují standardy, které mají snahu konkrétně vytýčit, co je v dané sféře pokládáno za kvalitní. Normy, které jsou vytvořené, ale nemusejí být vždy určeny jako standardy. V místě, kde se tyto charakteristiky ošetrovatelství vyskytují, lze však mluvit o poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče. (8, s. 7-8)

### **2.13 Systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče**

K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče se můžeme dopracovat pouze za předpokladu, že pro její dosažení a kontrolu kvality bude vybudován určitý systém, jehož hlavním a bezprostředním záměrem bude permanentní zkvalitňování a zdokonalování poskytované ošetrovatelské péče. Systém, který zabezpečuje kvalitu ošetrovatelské péče, by měl obsahovat tyto stěžejní prvky. Měly by být vytyčeny jasné cíle, profesionální hodnoty a definice vyžadované kvality. Také by měly být vyhotoveny ošetrovatelské standardy. Jejich dodržování by mělo požadovanou kvalitu zajistit. Dalším důležitým bodem je zpracování systému kontroly plnění ošetrovatelských standardů. Nutnou položkou je také opatření organizačních a personálních faktorů, které jsou nevyhnutelné pro zajištění standardní práce a případného přehodnocení standardů ve vztahu k žádané úrovni kvality. Poslední položkou je ujasnění si možností při hodnocení dosaženého efektu. (8, s. 7-8)

Systém zajištění kvality ošetrovatelské péče je proces, který obsahuje postup tří nejdůležitějších bodů. Prvním je monitoring skutečné praxe a v případě nutnosti plynulé eliminování problémů tak, aby péče odpovídala předem stanovené normě. Druhým krokem je stanovení si přesných bodů v systému zajištění kvality poskytované péče. Zmíněný proces se často označuje jako cyklus zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Nezbytnou součástí jsou metody, které slouží k hodnocení kvality péče. Nazývají se ošetrovatelské audity. Třetím a posledním bodem je vytváření specifických ošetrovatelských standardů. Měli bychom si určit, co je hlavním cílem kvalitní poskytované péče, jakým způsobem chceme cíle dosáhnout a jak můžeme změřit, že jsme stanoveného cíle skutečně dosáhli. (8, s. 7-8)

## **2.14 Indikátory kvality**

Indikátory mohou být označovány jako měřitelná kritéria, která v porovnání s danými standardy, směrnici či požadavky potvrzují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality mohou platit pro strukturu, proces i výsledek. (20, s. 237; 21, s. 100-101)

Rozlišujeme dva druhy indikátorů. První skupinou jsou indikátory vztahu či poměru, tedy poměrové indikátory. Ty jsou podloženy sběrem a seskupováním dat o jevech, které se objevují s určitou frekvencí a můžeme je vyjádřit jako hodnoty či průměry. Aby bylo možné je porovnat, musí mít čitatele a jmenovatele. Např. čitatelem může být rehospitalizace pacientů a jmenovatelem celkový počet propuštěných pacientů. Druhou skupinou indikátorů jsou indikátory strážní. Ty mají souvislost převážně s mimořádnými událostmi. Jejich úkolem je identifikovat takové fenomény, jejichž vyskytnutí má vždy za výsledek následné vyšetřování a analýzu příčin. Tyto jevy bývají obvykle nežádoucí. Příkladem může být úmrtí pacienta při chirurgickém zákroku, požáry, soudní spory atd. (20, s. 237; 21, s. 100-101)

## **2.15 Jak můžeme měřit kvalitu ošetrovatelské péče**

Shodování mezi prováděnou ošetrovatelskou péčí a mezi zavedenými standardy optimální péče je známkou kvality ošetrovatelské péče. Stupeň kvality můžeme měřit a vyhodnocovat třemi způsoby. Kvalitu může hodnotit vedoucí ošetrovatelského týmu, podle toho, jak je zajištěn její diagnosticko-terapeutický plán. Hodnotí se zda-li se péče odvíjí od potřeb nemocných, jestli je plánovaná a realizovaná v souladu s nároky na ošetrovatelský proces, jestli zdravotnický personál zachovává etické normy či zda je na pracovišti účinná týmová spolupráce. Kvalitu mohou také hodnotit pacienti. Ti ji hodnotí především subjektivně, podle rozsahu zmírnění strádání, přístupu k rodině, udržování respektu k vlastní osobě. Kvalitu své práce může také hodnotit sestra a to pocitý uspokojení, spokojeností se svým výkonem práce. (22, s. 35)

## **2.16 Kvalita očima pacientů**

Jedná se o kompletní rozbor stavu kvality poskytnuté péče ve zdravotnických zařízeních v České republice, která řídí ministerstvo zdravotnictví. Zdravotnická zařízení, která budou mít špičkové výsledky, obdrží certifikát „Spokojený pacient“. Úkolem certifikace je vhodné namotivování zdravotnických zařízení k navyšování úrovně

poskytované zdravotní péče ale také zlepšení informovanosti populace v problematice jakosti poskytovaných zdravotních služeb. (23)

Projekt se uskutečňuje ve všech nemocnicích, které jsou přímo řízené, v psychiatrických léčebnách a v rehabilitačních ústavech. Jedná se o jediný významný projekt v České republice zabývající se kvalitou, který je na stejné úrovni s mezinárodními standardy. Získat certifikát bude rok od roku náročnější, jelikož podmínky pro jeho obdržení se budou průběžně navyšovat. A to kvůli tomu, aby neustále motivovala zdravotnická zařízení k navyšování kvality poskytované péče pacientům. (24, s. 3)

Hodnocení kvality probíhá ve všech zařízeních a všechna tato zdravotnická zařízení mají stejné podmínky. Získané informace od pacientů jsou individuálně vyhodnocovány. Posuzuje se následujících osm oblastí kvality. První oblastí je nástup pacienta do zdravotnického zařízení. Druhá oblast hodnotí ohledy, respektování a úctu k nemocnému, třetí dimenze je zaměřena na koordinaci a integraci péče o nemocného. Čtvrtým bodem je informovanost, komunikace a edukace nemocného, pátá oblast zkoumá tělesné pohodlí nemocného ve zdravotnickém zařízení. Dalším, tedy šestým okruhem je emocionální podpora a zmírnění strachu a úzkosti nemocného. Sedmá dimenze se zaměřuje na zapojení rodiny a blízkých nemocného do jeho léčby a poslední, osmý bod pojednává o propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení a jeho následující péči. (23; 24, s. 3; 25, s. 1)

„Základem hodnocení je poznatek, že o kvalitě služby v konečném důsledku vždy rozhoduje její uživatel,“ uvedl RNDr. Tomáš Raitner, který je řešitelem projektu Kvalita očima pacientů. (25, s. 1)

Respondenti by měli dotazník obdržet vždy těsně před odchodem ze zdravotnického zařízení. V období, kdy probíhá výzkum, by měli dotazník obdržet všichni pacienti. Šetření je naprosto anonymní a dobrovolné. Z výsledků vyplývá, že poskytovaná kvalita péče v zařízeních, která řídí ministerstvo zdravotnictví je na velice kvalitním stupni. (23; 24, s. 3; 25, s. 1)

## **2.17 Zlepšování kvality – základní model**

W. Edward Deming navrhl roku 1950 schéma, známe jako PDCA kruh. Má čtyři fáze. Pod zkratkou PDCA se ukrývají pojmy Plan, Do, Check, Act. Plan znamená plánuj a v této fázi se má zpracovat plán aktivit zlepšování. Krok Do, nebo-li dále má za úkol realizovat plán a změřit jeho výkon, Check znamená zkontroluj a cílem tohoto kroku je posoudit měření. A poslední bod Act znamená reaguj. V této fázi by se mělo



rozhodnout o změnách, které jsou nutné pro zlepšení procesu. Jde tedy o postup kontinuálního navyšování kvality a o neustále se opakující cyklus. (15, s. 40; 26)

## **3 STANDARDY**

### **3.1 Definice standardů**

Standardy mají několik různých definic. „Ošetřovatelské standardy jsou platné definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetřovatelské péče. (8, s. 10)

„Standardy jsou neoddelitelnou součástí systému řízení kvality. Jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetřovatelské péče, k realizaci auditů. Pokud nehodláme péči zlepšit, nebudeme sledovat dodržování standardů či realizovat nápravná opatření vzešlá z auditů, pak je tvorba standardů zbytečná.” (27, s. 19)

Standard je tedy odborníky předem stanovená závazná norma. Srovnáváním se standardy se zvažují a hodnotí aktuální ošetřovatelská péče. (8, s. 10; 27, s. 19)

Máme standardy ošetřovatelské péče a standardy léčebné péče. (28)

### **3.2 Historie ošetřovatelských standardů**

První zmínka o ošetřovatelských standardech pochází z doby krymské války, která probíhala v letech 1853 – 1856. V této době Florence Nightingalová vytvořila jedny z prvních ošetřovatelských standardů a vymezila první indikátory kvality péče. Florence Nightingalová vymezila několik aspektů, které byly důležité při poskytování péče. Jednalo se o hluk a jeho kontrolu v okolí, složení a čas podávané stravy. Dále šlo o typy postelí a jejich rozmístění v pokojích, matrace a ložní prádlo, vzduch v pokoji a čistotu prostředí ale také o personální hygienu a kontrolu infekce. (27, s. 19; 9, s. 196)

V 50. letech 20 století se tým amerických lékařů na popud chirurgů, kteří si byli vědomi důležitosti dodržování jistých norem při zásahu do integrity nemocného, rozhodl zkompletovat nějakou standardizovanou péči. Tímto krokem se začaly vytvářet první standardy péče a zároveň tím byla udána podstata procesu, který se nazývá akreditace. V odvětví řízení kvality jsou standardy pokládány za jádro zdravotnické praxe. (27, s. 19)

První standardy ošetřovatelství pochází, stejně tak jako lékařské standardy, ze 70. let z USA. Vznikaly na popud ohlasů zdravotníků k vyhlášení první Charty práv nemocných. Standardy sdělovaly náležitou zdravotnickou péči a konkretizovaly, na jakou péči mají pacienti právo. Každá země tvoří standardy z vlastních dostupných podmínek, ale pro všechny státy s vyvinutým ošetřovatelstvím platí obecná a společná pravidla, která jsou nutná pro umožňování individualizované, na problematiku pacienta cílené ošetřovatelské péče, která je prováděna prostřednictvím ošetřovatelského procesu a zapsána v ošetřovatelské dokumentaci. (8, s. 10)

### **3.3 Donabedián a jeho proces**

Avedis Donabedián, který žil od roku 1919 do roku 2000, byl známý americký profesor veřejného zdravotnictví na univerzitě. Určil model, který slouží k měření kvality a ke zdokonalování zdravotní péče v celém světě. Jeho model je složený ze tří oddílů. Těmi jsou struktura, proces a výsledek. (27, s. 19)

Donabedián definuje kvalitu zdravotní péče jako „takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“ (27, s. 19)

### **3.4 Kritéria ošetrovatelského standardu**

Kritérium je objektivní, měřitelný a přizpůsobivý indikátor kvality péče, který se vztahuje k výkonům, chování, okolnostem, ke klinickému stavu a musí být specifikovaný měřitelnými veličinami. Jakmile jsou vypracovány standardy, konkretizují se kritéria, které je nutné splnit. Kritéria máme strukturální, procesuální a výsledková. (9, s. 200)

### **3.5 Význam ošetrovatelských standardů**

Standardy ošetrovatelské péče mají zásadní význam pro navyšování kvality péče, protože vymezují jasnou minimální úroveň péče, která musí být poskytnuta. Když je ošetrovatelský standard nedodržován, je tím pádem ošetrovatelská péče riziková, neboť ohrožuje zdravotní stav nemocného. Standardy ošetrovatelské péče tedy udávají platnou normu pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče. Standardy také poskytují objektivní posouzení poskytnuté péče, příkladem je uskutečnění auditu kvality péče kvůli obdržení akreditace. Standardy dále zajišťují pocit jistoty a bezpečí pacientům, garantují jim nejméně minimální standard kvality péče. Standardy mají v neposlední řadě úkol chránit zdravotnický personál před bezdůvodným postihem, neboť sestry mohou prokázat, že se držely příslušného standardu a směrnic. (8, s. 10-11)

### **3.6 Typy ošetrovatelských standardů**

Ošetrovatelské standardy můžeme rozdělit na tři skupiny, v souladu s jejich charakteristikou.

#### **3.6.1 Strukturální standardy**

První skupinou jsou strukturální standardy. Ty vymezují ideální personální, hygienické, technické a organizační vybavení, které dovolují dosáhnout určené kvality.

Jsou propojeny s regulováním ošetrovatelské činnosti a obsahují organizaci ošetrovatelských služeb, výběr a nábor nových zaměstnanců, personální zajištění na pracovišti, poskytnutí nezbytného vybavení a budov, ale také veškeré statutární a legislativní záležitosti. Většinou udávají minimální nároky na úroveň poskytované péče. Často se označují jako směrnice a jsou na národní úrovni vymezeny validní legislativou. Nejdůležitějším požadavkem na zaručení kvality péče je orientování na specializovanou či odbornou způsobilost zdravotnických profesí. Ty se účastní přímo či nepřímo na poskytování služeb ve zdravotnictví, zajišťování odborné úrovně celoživotního vzdělávání, určování kompetencí, ale také vymezení minimálního množství zdravotníků, kteří poskytují zdravotnické služby. (8, s. 11; 29)

### **3.6.2 Procesuální standardy**

Procesuální standardy, nebo-li standardy ošetrovatelské péče souvisejí s ošetrovatelskou činností a vymezují kvalitu ošetrovatelské péče. Můžeme je podle jejich orientace rozdělit na dvě skupiny. První skupinou jsou standardy ošetrovatelských postupů, které se užívají při výkonech. Druhou skupinou jsou standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Ty se mohou orientovat na individuální ošetrovatelské problémy, jako je rozvíjení soběstačnosti, pečování o spánek, vyprazdňování apod. Rovněž mohou vystupovat z onemocnění, např. péče o nemocné po operaci žlučníku, péče o pacienty s diabetem mellitem apod. Zmíněné standardy vždy obsahují měřítko, které ukazuje na spokojenost nemocného s péčí, která mu byla poskytována. Veškeré procesuální standardy pojímají několik kritérií, která musí být splněna. Pokud tomu tak není, nedošlo ke splnění cíle standardu. Kritéria se zaměřují na veškeré okolnosti kvality. Těmi jsou struktura, proces a výsledek. Vystupují z domněnky, že náležité uspořádání navyšuje možnost správného procesu. Správný proces navyšuje možnost kvalitního výsledku. (8, s. 11-12; 29)

### **3.6.3 Standardy hodnocení výsledků**

Jsou to takzvané monitorovací standardy, jelikož udávají způsoby pro monitorování, měření, analýzu a vyhodnocování výsledků. Jsou zaměřeny na kompletní hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče buď v zařízení, nebo na jednotlivých pracovištích. Může být hodnocena kvalita ošetrovatelských pracovníků, uspokojení jak zaměstnanců, tak personálu atd. Máme několik standardizovaných metodik, ty slouží k objektivnímu stanovení reálného stupně poskytované péče včetně spokojenosti pacientů. Standardizované metodiky se všeobecně nazývají ošetrovatelský audit. Sestra,

kteře vede oddělení, by měla mít náležitě vyškolená pro správné využívání těchto metodik. Máme ale ještě druhý přístup, který vychází z přesvědčení, že struktura, proces i výsledek jsou navzájem propojeny. Tento postup je nejideálnější pro lokální standardy. (8, s. 12; 29)

Standardy se dále dělí na lokální a centrální (8, s. 12)

### **3.6.4 Centrální standardy**

Jsou vydávány Ministerstvem zdravotnictví a to jako zákonné či podzákonné normy. Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno publikovat rámcové standardy, jimiž jsou navrhované podklady pro vytváření lokálních standardů. Tyto standardy jsou rámcové. Vymežují základní cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria k jeho vypracování. Jsou to například kompetence a druhy ošetrovatelských pracovníků, jejich vzdělávání, náplň práce, ošetrovatelský proces jako základní pravidlo pro poskytování ošetrovatelské péče atd. Většinou nebývají označovány výrazem standard, i když udávají jasné a zásadní směrnice pro vykonávání práce ve zdravotnictví. Patří sem oficiální koncepce ošetrovatelství, zákony, podzákonné normy což jsou vyhlášky, směrnice Ministerstva zdravotnictví apod., které se vztahují k ošetrovatelství a k ošetrovatelským pracovníkům, k hygienickým předpisům pro chod pracoviště, k etickým kodexům atd. (8, s. 12-13)

### **3.6.5 Lokální standardy**

Obvykle jsou vytvořeny a přijaty jednotlivými zdravotnickými zařízeními nebo jednotlivými pracovišti. Musí ale vystupovat z rámcových standardů. Měli by být s nimi obeznámeni všichni zaměstnanci a písemně potvrdit v pracovní smlouvě, že je budou dodržovat. Lokální standardy nesmějí být v nesouladu se standardy centrálními. Do tvorby lokálních standardů by měly být co nejvíce včleňovány řadové sestry. Tím dosahují profesionálního rozvoje a mnohem vstřícněji standardy dodržují při své práci. Standardy, které jsou vytvořeny nadřízenými či vyučujícími ošetrovatelství izolovaně od praxe, nemají takovou odezvu jako ty standardy, které se utváří samy sestry. (8, s. 13)

## **3.7 Platnost ošetrovatelských standardů**

V každé zemi jsou orgány, které dle norem zpracovávají ošetrovatelské standardy. Jejich formální důležitost zabezpečuje, že v praxi, kde budou používány, budou standardy uznávány a zachovávány. Tyto orgány mají také za úkol postihnout jejich porušování postihnout. Platnost ošetrovatelských standardů může mít rozmanitý rozsah, který určuje, jak moc jsou sestry nebo celé zdravotnické zařízení nuceny se podle daného standardu řídit.

Platnost standardů pochází buď ze zákona (například podmínky vzdělání pro výkon povolání) či z podzákoné normy, tím je např. vyhláška Ministerstva zdravotnictví o základním zařízení pracoviště. Standardy musí být vždy dodržovány těmi, jichž se týkají. Standardy, které jsou vytvořené lokálně a jsou uznány zdravotnickým zařízením nebo oddělením, jsou platné pro jejich ošetrovatelský personál. (8, s. 13-14)

### **3.8 Co musí obsahovat správně vytvořený standard**

Všechny standardy musí jasně vytyčovat požadovanou normu, což je takové minimum kvality, které musí být splněno, aby bylo možné říct, že je standard dodržován a tím je tedy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Standardy bývají většinou zhotoveny jako směrnice, čili guideline, které jsou dané pro nějakou činnost. (8, s. 14)

Aby byl ošetrovatelský standard platný, musí obsahovat název, pořadové číslo, dobu, po kterou je platný, komu je určen a pro kterou oblast bude používán. Dále musí být uvedeno o jaký typ standardu se jedná, zda - li jde o procesuální, strukturální nebo k hodnocení výsledků a také místo či oddělení, na kterém bude využíván. Další nezbytnou součástí je výčet kritérií, která jsou potřebná k zaručení cíle standardu a jsou rozčleněná na tato kritéria. Prvním je kritérium strukturální, které označuje to, co všechno sestra potřebuje. Druhým kritériem je procesuální kritérium, a to popisuje, jaký sestra zvolí postup. Posledním je výsledkové kritérium, které nám říká, jaká má být kvalita ve výsledku. Nesmí v něm však chybět, kdo jej vytvořil. Ve standardech můžeme také často najít přílohy, těmi jsou např. cíle ošetrovatelství nebo kritéria k provádění auditu. (8, s. 14, 17-18; 27, s. 19)

Další z nejdůležitějších podmínek pro formulaci standardů je ta, že standard musí být formulován srozumitelně a jasně. Cíle standardu musí být jasně vymezeny a sestra i nemocný jim musí rozumět. Standardy, které nejsou zformulovány jasně, nejsou zhodnotitelné, a tudíž nemají velkou váhu. Veškeré standardy musí odpovídat požadavkům, nárokům a možnostem zdravotnického zařízení, či jednotlivých pracovišť, kde působí. Jinak nemohou být sestry zodpovědné za jejich plnění. Další důležitou podmínkou je, že všechny cíle, ale i standardy musí být reálné a také dosažitelné. Ve standardu musí být zakotvena požadovaná úroveň péče, o kterou je třeba usilovat. Je ovšem zbytečné, aby byly vytvářeny standardy, které sestry nemohou dodržet. Pro ošetrovatelskou praxi jsou tedy přínosnější a ideálnější standardy lokální, jelikož mohou být upravovány podle potřeb jednotlivých pracovišť. (8, s. 14, 17-18; 27, s. 19)

## **3.9 Jak má být standard formulovaný**

### **3.9.1 Strukturální kritéria – Co budu potřebovat?**

Ty vymezují, jaké materiální, personální a organizační podmínky jsou pro zrealizování standardu potřebné. Do organizačních podmínek se řadí i potřebný způsob organizace při práci sester na oddělení, předávání informací, spojení s příbuznými, sociálními pracovníky apod. (8, s.15)

### **3.9.2 Procesuální kritéria – Jak mám postupovat?**

Jedná se o nejpodrobnější součást standardu, jelikož určuje, co se musí provést, jaké aktivity musí sestra vykonat a v jakém sledu, aby byl cíl splněn. Tyto činnosti jsou většinou kritéria, pomocí nichž je kontrolována kvalita poskytované péče. Je možné je formulovat buď v infinitivu (př. kontrolovat, měřit) nebo ve třetí osobě (př. sestra zkontroluje, změří) a nebo v pátém pádu (př. kontroluj, měř). (8, s. 16)

### **3.9.3 Kritéria výsledku – Kam chci dojít?**

Vymezuje, jaké výsledky můžeme předpokládat. Toto je nejdůležitější součást standardu. Slouží ke kontrole kvality péče, která byla pacientovi poskytována. Kritéria výsledku posuzují, jestli potřeby nemocných byly uspokojeny, jak nemocný reagoval na intervence sester, zdali jsou nemocní a jejich blízcí spokojeni s péčí, která je v nemocnici nemocnému poskytována apod. Kritéria jsou vyjadřována tak, aby obsahovala to, jaký je správný postup, aby dávala možnost zodpovědět otázku, jestli se standard splnil. Musí obsahovat ošetřovatelské intervence, které jsou nutné ke splnění cíle a může určovat časový harmonogram pro jednotlivé intervence. (8, s.16)

## **3.10 Formulace standardů**

Nějaké standardy jsou pouze rámcové a z toho důvodu nejsou příliš obsáhlé. Mohou vymezovat třeba jednoduchý rámec určený sestřím při využívání ošetřovatelského procesu jako primární metodu práce s pacienty. Detailní standardy charakterizují důležité kroky při pracovním postupu nebo během poskytování ošetřovatelské péče. Obvykle bývají řazeny v logickém řetězci, který nesmí být během plnění přerušen. Při formulování standardů vybíráme takový způsob, který bude pro sestry na jednotlivých odděleních neakceptovanější. Je také velmi podstatné pro praxi, aby se při vytváření standardu vystupovalo z jednotného schématu, na který si sestry lépe navyknu. Naučí se jednak podle něj postupovat, ale také jim ulehčuje vytváření dalších standardů. Standardy mohou

být napsány různými způsoby, ale vždy musí zahrnovat tři základní kritéria kvality a těmi jsou struktura, proces a výsledek. (8, s.16-17)

### **3.11 Udržování standardů**

Všechny sestry, které jsou postavené ve funkci vrchních a staničních sester se věnují poskytování celkové péče, která nemocným prospívá. Tyto vedoucí sestry musí znát, čím mohou všichni zdravotníci, kteří jsou v kontaktu s nemocnými, k této péči přispět, ale i to, jaké mají kompetence, které získaly svým vzděláním. Velká množství oddělení, převážně ta v nemocničních zařízeních a v zařízeních dlouhodobé péče, jsou vybudována na usilovné práci ošetrovatelského personálu. Rozsah práce zdravotníků je usměrněn složitým rámcem etických, sociálních, profesních, vládních, právních i organizačních podmínek. (32, s. 185)

#### **3.11.1 Prostředí pro ošetrovatelskou praxi**

Je několik kontrolních složek, které dávají fenoménu udržování kvality v ošetrovatelské péči jiný rozměr. Tyto složky jsou: profese, společnost, vláda, federální a právní složka a etika. Společnost chápe potřebu ošetrovatelství, označuje ji jako absolutně zákonnou službu, ale také požaduje zodpovědnost. Ošetrovatelská péče je řízena profesními standardy, které si mohou zdravotnická zařízení do jisté míry upravovat. Za zdraví lidstva nese kompletní zodpovědnost vláda a z toho důvodu vytváří federální a státní pravidla a nařízení, která jsou zaměřena na poskytování zdravotní péče. Etické zásady, které jsou zakotvené v profesních, organizačních a osobních hodnotách dávají ohraničením ošetrovatelské praxe další rozměr. Následující faktory uvádějí limity odborné péče a tím i hodnocení kvality. (32, s. 187)

#### **3.11.2 Odborný základ pro zajištění kvality**

Sestry profesionálky nesou zodpovědnost za své činy. Kvůli tomu je nutné, aby byly vytvořeny standardy a tudíž bylo možné zhodnotit, v čem spočívá profesionální ošetrovatelská praxe. Standardy musí mít předem dané kritérium hodnocení, aby mohly být standardy měřitelné. Pokud je nemožné měřit standard a nelze sepsat konkrétní kritéria, využívají se ukazatele, které mají dokázat, že s největší pravděpodobností byl standard dodržen. Ukazatel je aspekt zdravotnického procesu či výsledku, který ohlašuje, jestli byly vybrány vhodné intervence. (32, s. 188-189)



### **3.11.3 Právní základ ošetřovatelství**

Právním ustanovením, které definuje ošetřovatelství a definuje také kompetence sester, je zákon o poskytování ošetřovatelské péče. Obsah tohoto zákona je v každém státě rozdílný, ale obecně všechny reprezentují to, co vymezila ANA (American Nurses Association). Všechny sestry musí znát zákon o poskytování ošetřovatelské péče, který platí v jejich státě. (32, s. 190)

### **3.11.4 Etické a společenské faktory**

Na zdravotnickou legislativu působí společenské a etické hodnoty. Zhodnotit, jestli sestry řeší etické problémy, je náročné. Ale i pro samotné sestry je těžké určit, co je etický problém. Častým příkladem konfliktu hodnot při poskytování ošetřovatelské péče nemocným je polohování nemocných proti jejich vůli. Podle výzkumu z roku 2010 se sestry nad touto problematikou spontánně nezamýšlely. V osobním kontaktu pak při řešení této situace nevyužívají terminologii principů a hodnot, ale ošetřovatelských standardů a dodržování léčebného režimu. Sestry mají pocit, že v záležitostech tzv. velkých morálních dilemat, což jsou např. otázky ohledně eutanazie, vysazení či nenasazení život udržující léčby, potratů, dárcovství orgánů, asistované reprodukce apod. nemají žádnou pravomoc, jelikož vždy o těchto věcech musí rozhodnout lékař. Sestry ovšem vnímají to, že lékaři ne vždy rozhodují po vůli pacienta nebo mu nedají příležitost rozhodnout se a vybírat z různých možností. (32, s. 190-191, 33)

### **3.11.5 Management rizik**

Dalším podstatným aspektem řízení kvality je chápání problémů a rizik. Jako management rizik se označuje plánování, organizace a řízení komplexního programu aktivit, proto aby bylo možné identifikovat, vyhodnocovat a odstranit rizika, která mohou vést k poranění pacientů či zaměstnanců a nebo ke ztrátě či poničení majetku s následnou finanční ztrátou. Náplní práce managementu je zabývání se zanedbáváním povinné lékařské a ošetřovatelské péče, nedbalostí a otázkami profesionální zodpovědnosti. Kvalifikovaný personál je povinen poskytovat nemocným přiměřenou péči. Pokud není takováto péče poskytnuta, je odborník shledán odpovědným nebo mu hrozí soudní žaloba. Aby pacient, který říká, že byl poškozen, mohl podat obžalobu, musí být splněny jisté podmínky. Je třeba mít důkazy, že sestra měla vůči nemocnému povinnost. Pokud nebyl zachován správný postup a došlo by k újmě pacienta, je dále nutný důkaz, že standard byl porušen a že poškození nemocného jasně vyplynulo z jednání sestry. V současné době nejsou žaloby na zdravotnický personál žádnou výjimkou, naopak jsou celkem častou

záležitostí. A jelikož žalob neustále přibývá, musí mít zdravotnické zařízení management rizik, který zvládá tyto problémy. Do jejich kompetencí spadají žaloby, které se týkají zanedbání povinné péče a nedbalosti, odpovědnosti za produkt, odškodnění pracovníků a odpovědnost ředitele a úředníků. (32, s. 192-193)

### **3.12 Jak sestavovat standardy**

#### **3.12.1 Desatero praktických rad při tvorbě standardů dle Staňkové**

Prvním pravidlem je to, že bychom se měli oprostít od pocitů, že pracujeme perfektně a nepotřebujeme žádnou změnu, že vlastně žádná změna nemůže být, např. kvůli nedostatku financí apod. Měli bychom být otevřeně kritičtí a především sebekritičtí. (8, s. 19-20)

Je důležité provést inventarizaci veškerých problémů, nedokonalostí a slabin a otevřeně o nich mluvit v pracovním týmu. Měli bychom zjišťovat od nemocných, příbuzných, lékařů a ostatních pracovníků, co se jim při ošetřování nemocných nelíbí, nezamlouvá. To je druhé pravidlo. (8, s. 19-20)

Problémy bychom měli rozčlenit na tři bloky, je dáno ve třetím pravidle. Prvním blokem jsou nedostatky, které můžeme nějak vyřešit ihned, odstranit je a nevyžadují náročnou standardizaci. Příkladem může být opožděné rozdávání stravy pacientům, a s tím spojené podávání studeného jídla. Do druhé skupiny spadají nedostatky, které převyšují naše kompetence. Tyto problémy by se měly prodiskutovat s takovými nadřízenými, kteří je mohou nějak vyřešit. Může to být např. nedostatek zaměstnanců, či vybavení apod. Do třetí skupiny je vhodné dát takové problémy, které nám zbyly a souvisejí s ošetrovatelskou péčí. Jsou možným předpokladem pro utvoření standardu. Je důležité je utřídit podle naléhavosti a důležitosti. Tím určíme, který standard zpracujeme nejdříve. Je důležité nejdříve vybrat ty, které se vztahují k ošetrovatelské péči. (8, s. 19-20)

Jako další bod by měl být sestaven tým, který bude vytvářet standardy. Takový tým by měl být složen z aktivních sester, které jsou ochotné nahradit zaběhlé a navyklé způsoby práce a mají motivaci stávající péči změnit. Je dobré jednu sestru zvolit lídrem skupiny. Lídr skupiny je vedoucí, mluvčí, je to hnací síla ale měl by být ostatními dobře akceptován, a nést odpovědnost za jejich práci. (8, s. 19-20)

V pátém kroku by se zpracovatelský tým měl seznámit s odbornou literaturou, která je zaměřena na oblast standardizace. Měli by si také zjistit, zda-li není podobný standard již v jiném zdravotnickém zařízení zpracovaný a mohli by jej využít. Tým by měl také

debatovat o tom, jak si sestry, lékaři, nemocní a popřípadě další představují kvalitní provedení činnosti. Nemělo by se opomenout porovnat nápady s odbornými poznatky. (8, s. 19-20)

V šestém pravidle je práno, že byste si měli zpracovat do písemné formy veškeré návrhy a rozčlenit je do tří bloků. Na blok strukturální, procesuální a na blok týkající se výsledků. (8, s. 19-20)

Nyní, tedy v sedmém kroku by měl být vytvořen první návrh na standard. Je nutné zkontrolovat, jestli je text jasný, pochopitelný a jestli jsou kritéria hodnotitelná. Návrh by měl být zkonzultován s ostatními spolupracovníky (uvedeno v pátém pravidle), vedoucí by měli naslouchat jejich názory, návrhy a kritiku a popřípadě ještě text poupravit. (8, s. 19-20)

Osmé pravidlo udává, že je podstatné také zjistit, jestli je nově zavedený standard pro sestry akceptovatelný. Vedení by mělo ověřit, jestli sestry souhlasí s novým ošetrovatelským standardem, zda-li odpovídá vědeckým poznatkům, jestli je splnitelný a reálný, jestli je možné dobře vyhodnocovat jeho plnění a jestli je všemi sestrami pochopen stejně. (8, s. 19-20)

Devátým pravidlem je, že nově navržený standard by měl projít pilotní studií. Sestry by tedy podle něj měly pracovat ve vymezeném období a poté by mělo dojít k vyhodnocení, jestli se osvědčil. Jestli se osvědčil, si ověříme auditem. Pokud je to nutné, upraví se původní standard. (8, s. 19-20)

V posledním kroku byste měli mít zpracovanou výslednou verzi vytvářeného ošetrovatelského standardu. Standard by měl být nyní připraven k širokému dlouhodobému využívání. Je ale důležité mít na paměti, že standard není trvalý a že je nutné v souladu s rozvíjením odborných poznatků po nějaké době provést korekci. (8, s. 19-20)

### **3.12.2 Tvoření standardů metodou DySSSy (Dynamic Setting Standard System)**

Na začátku je podstatné v ošetrovatelském týmu najít a charakterizovat problém, kterým je nutné se zabývat a vymezit si, jaké cíle by měl vyřešený problém dosáhnout. Při určování cíle je nutné si vymezit požadovanou úroveň kvality. (30; 31, s. 21)

Je také nutné přidat si ke standardu kritéria. To zmiňuje druhý krok. Jelikož metoda DySSSy vystupuje z Donabediánovi struktury, je nutné přiřadit ke standardu kritéria strukturální, procesuální i výsledková. Všechna kritéria získají svůj kód a jsou číslována. Strukturální se označují písmenem S, procesuální písmenem P a výsledková písmenem V. Pro stanovení strukturálních kritérií je podstatná otázka: „Jaké podmínky musí být splněny, aby mohlo být standardu dosaženo?“ Může se jednat o teoretické znalosti zdravotnických

pracovníků, praktické dovednosti zdravotnických pracovníků, potřebné pomůcky či dokumentaci. Aby bylo možné určit procesuální kritéria, pokládáme si otázku: „Co je potřebné vykonat, aby mohlo být standardu dosaženo?“ Pro stanovení výsledkových kritérií si můžeme položit otázku: „Jaké kvality musí splňovat výsledek?“ Při vytváření kritérií je nutné brát ohled na to, aby byla dosažitelná, což znamená, že je třeba vycházet z podmínek dané instituce, v níž bude standard uveden do provozu. Nesmíme ale zároveň dovolit, aby byl standard vymezen příliš nízko (např. nelze nadále využívat zastaralé pomůcky). Občas je nutné včlenit do vytváření standardů i management, který zodpovídá za materiální výbavu. Do této metody spadá i navržení grafické úpravy standardu tak, aby byl co nejkratší a přehledný. (30; 31, s. 21)

Standard, který je již sepsaný je důležité opět prodiskutovat v pracovním týmu a nanovo posoudit jednotlivá kritéria, čímž se nám ověří, že byla vymezena taková úroveň poskytované péče, která je žádoucí a zároveň reálná, je uvedeno ve třetím kroku. (30; 31, s. 21)

Ve čtvrtém kroku je uvedeno, že dříve, než se vyhlásí závaznost standardu, je potřeba jej verifikovat v praxi a to tím, že bude vložen do praxe a po nějakou dobu sledován a hodnocen. Zjišťuje se jestli se srozumitelný, jestli je možné ho realizovat, zdali je dosažitelná žádoucí úroveň realizace a jestli je standard měřitelný. Všechny nedokonalosti a chyby, které jsou zjištěny v době ověřování, je nutné ve finálním znění standardu upravit či doplnit. (30; 31, s. 21)

V dalším kroku uvádí, že standard musí obsahovat přesný název, který bude vystihovat jeho obsah. Jelikož se množství standardů ve zdravotnických zařízeních neustále navyšuje, je potřeba je archivovat a logicky třídit. (30; 31, s. 21)

Pokud jsou uskutečněny předchozí kroky, je možné prohlásit standard za platný, uvádí šestý krok. Měl by ovšem splňovat pravidlo RUMBA. R znamená relevant, tedy odpovídající, U ozančuje understandable, což znamená pochopitelný, pod písmenem M se skrývá measurable tedy měřitelný. Písmenko B ozančuje behaviourable, tedy akceschopný a A jako achievable což je dosažitelný. (30; 31, s. 21)

V sedmém kroku se píše, že neopomenutelnou složkou standardu musí být také schéma kontrol či hodnocení. V oblasti kvality pracujeme s pojmem „audit“. Máme několik přístupů pro hodnocení. První přístup doporučuje orientovat se pouze na výsledky. Pokud je požadovaného výsledku dosaženo, usoudíme, že byly splněny struktura i proces. Ovšem jestli se doopravdy postupovalo dle námi zformovaných kritérií ve struktuře a procesu už bohužel nemáme šanci zjistit. Pokud jsou nedostatky ve výsledcích, není

možné analyzovat, v jaké úseku struktury či procesu byla chyba. Druhý přístup navrhuje hodnotit raději všechna kritéria. Pak je tedy důležité mít přichystaný k jednotlivým standardům arch s kontrolními kritérii. V něm musí být mimo samotných kritérií metoda monitorování, většinou se používá metoda sledování (dokumentace, prostředí, praktických činností) a metoda dotazování (zdravotnických pracovníků, nemocných, rodiny). Nesmí v něm chybět ani kontrolní kritéria, která se týkají jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku. Proto tedy označení S, P a V. Dále pak musí být v archu obsažena forma hodnocení jednotlivých kritérií (splněno či nesplněno apod.) Dále musí být v kontrolním listu, který je potřebný k auditu, zařazen název oddělení či stanice kde audit probíhal, datum provedení auditu a jména auditorů. Také je možné kontrolní list rozšířit o iniciály nemocného, iniciály sestry, datum přijetí nemocného k hospitalizaci, datum plánovaného propuštění, popřípadě lékařské či sesterské diagnózy. (30; 31, s. 21)

Při posledním kroku je nutné myslet na to, že zpracovaný standard není materiál, který už se nemusí znovu měnit. Standard je nutné periodicky kontrolovat a měnit, pokud se objeví nějaké nové poznatky či názory, nebo dle vyhodnocených výsledků auditu. Ty mohou najít chyby či mezery ve standardech. (30; 31, s. 21)

### **3.13 Standardy dle ANA**

Pod zkratkou ANA se skrývá název American Nurses Association, tedy Americká asociace sester. Jde o profesní organizaci, která zastupuje zájmy všeobecných sester. ANA podporuje vysokou kvalitu standardů ošetrovatelské péče, prosazování práv sester na jejich pracovištích, různé kongresy apod. Jejich hlavním posláním je to, aby sestry navyšovaly zdraví pro všechny. (32, s. 161-162; 48)

V ošetrovatelství existuje složka standardů, které vedou ke standardu dokonalosti. Organizace ANA vytvořila pro sestry manažerky a pracovníky ve vedení sedm standardů organizovaných ošetrovatelských služeb. První standard zmiňuje to, že oddělení ošetrovatelské péče má strukturu a filozofii, která zajišťuje poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče a poskytuje materiály k řešení problémů ošetrovatelské praxe v rámci celého zdravotnického zařízení. Druhý standard řeší to, že oddělení ošetrovatelské péče vede kvalifikovaná sestra manažerka, která je příslušníkem vrcholového managementu. Další standard říká, že metody a praktiky oddělení zajišťují rovnost a kontinuitu ošetrovatelských služeb, které přijímají kulturní, ekonomické a sociální odlišnosti mezi pacienty zdravotnického zařízení. Ve čtvrtém standardu je uvedeno, že oddělení ošetrovatelské péče zajišťuje, že k plánování a provádění ošetrovatelské péče, která splňuje

individuální potřeby nemocných a jejich rodin, se používá ošetrovatelský proces. Že oddělení ošetrovatelské péče poskytuje prostředí, které zajišťuje efektivitu prováděné péče, je zmíněno v pátém standardu. Šestý standard popisuje, že oddělení ošetrovatelské péče by mělo obstarat vzdělávací programy, které podporují poskytování kvalitní péče na vysoké úrovni. V posledním standardu je naspáno, že oddělení ošetrovatelské péče iniciuje a používá výzkumné studie či projekty, které jsou ve vztahu se zlepšováním a zkvalitňováním péče o nemocné a podílí se na nich. Tyto standardy mají za úkol vybudovat v ošetrovatelské praxi profesionální a příhodné prostředí. (32, s. 161-162; 48)

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT

Farkašová definuje audit jako systematické hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na jeho účinnost, finanční efektivnost a etickou přiměřenost. Ošetrovatelským auditem se označuje metoda, která hodnotí kvalitu poskytované péče nemocným. Ošetrovatelský audit se zaměřuje na realizování ošetrovatelské procesu a na výsledky léčby pacientů. Obě tato zaměření jsou důležitá pro hodnocení kvality poskytované péče. Jde vlastně o následující hodnocení, které hodnotí jak kvalitu péče jednotlivých nemocných, tak poskytuje hodnocení komplexní péče v daném zdravotnickém zařízení. (9, s. 201; 34, s. 142)

Při vytváření a formování ošetrovatelských standardů je podstatné stanovit, jakým způsobem budou vyhodnocovány. Audit se zaměřuje většinou na objektivní měřitelné stránky kvality poskytované péče. Obtížnější je objektivní posuzování subjektivních hledisek kvality, jako je např. spokojenost nemocných. (35)

Audit je složka procesu managementu a jeho hlavním cílem je navyšování kvality ve zdravotnictví. Za dosažení cíle je považováno to, pokud dojde v průběhu zdravotní péče k dosažení zlepšení, rizika pro nemocného jsou minimalizována a náklady pro zaměstnavatele jsou nižší. Audit zastává důležitou roli při zajišťování kvality poskytované péče ale i při vedení zdravotnické dokumentace. Během probíhajícího auditu se z dokumentace může posoudit úroveň poskytované péče a je možné identifikovat okruhy, ve kterých by mělo dojít ke zlepšení. (35)

„Dříve než je na oddělení možné začít s měřením s hodnocením kvality formou auditů, je nutné kvalitu s pomocí standardů, směrnic, příkazů ředitele, zákonů apod. jasně definovat.“ (21, s. 108)

Cílem auditu nikdy není posuzování výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření, ale cílem je snaha najít slabá místa v systému či procesu a obstarat co nejrychlejší nápravu. Je důležité vědět, že pro oddělení, které neumí nebo nechce být flexibilní v reakcích na problémy, které se ukážou při ošetrovatelském auditu, nemá audit téměř žádnou hodnotu. Jednou z hlavních podmínek úspěšného ošetrovatelského auditu je schopnost a ochota na oddělení zrealizovat nutné změny. (21, s. 109)

### 4.1 Druhy ošetrovatelského auditu

Retrospektivní revize je metoda, kdy se provádí revize ošetrovatelských záznamů u propuštěných nemocných. Další je audit implementace ošetrovatelských standardů,

který má za cíl přesvědčit se o tom, jestli se v praxi tyto odsouhlasené standardy plní. Třetím je algoritmový audit, který hodnotí strategie péče z perspektivy zachování stanovených procesů a jejich možných alternativ. Poslední jsou audity výsledků péče. Ty se nespokojí pouze se zjištěním kdo, jak a komu, ale kladou si otázku: Bylo to k něčemu dobré? (21, s. 109)

Audity se dále mohou rozdělovat na interní a externí. Externí audit vykonává certifikační organizace nebo komise nezúčastněná přímo v ošetrovatelské péči. Interní audit vykonávají interní auditoři, kteří jsou přímo zapojeni do ošetrovatelské péče. (9, s. 202)



## 5 AKREDITACE

Slovo „akreditace“ pochází z latinského slova „credere“, což znamená důvěřovat. Po roce 1989, kdy proběhly změny v českém zdravotnictví, bylo úsilí o vytvoření mechanismu, který by mohl snížit vysokou proměnlivost mezi samostatnými zdravotnickými zařízeními. Spolehlivou metodou takovéto standardizace byla ve vyspělých zemích akreditace. Akreditace, čili akreditační řízení, je proces, který je zahájen tím, že se zdravotnické zařízení rozhodne sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů. V případě úspěchu po ukončení procesu zdravotnické zařízení získá akreditační certifikát. V České republice byla první akreditace udělena v roce 1999. Akreditace je dobrovolná, ale málokteré zdravotnické zařízení si může dovolit ji přehlížet. Z ignorací akreditačních standardů a neobdržení certifikátu kvality může zdravotnické zařízení docílit toho, že ztratí důvěru nemocných, ale také ztrátu trhu a možnost obstát v konkurenčním boji o udržení existence. Pokud si nemocnice požádá o akreditaci, obdrží akreditační standardy, podpůrné materiály, přihlášku, ceník a informace o tom, jak bude akreditační setření prováděno. Po tomto kroku se může nemocnice pustit do náročné přípravy. Musí vytvořit koordinační výbor, zpracovat akreditační směrnice, a zavést audity a výuku. Nemocnice musí dát své standardy do souladu s akreditačními standardy. (21, s. 72)

JCI definuje akreditaci jako proces, během kterého externí organizace (většinou bývají nestátní), posuzují zdravotnické zařízení a hodnotí, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na navyšování kvality péče. Akreditační standardy jsou považovány za optimální a dosažitelné. Akreditace má takovou úlohu, že slouží pro dané zdravotnické zařízení jako závazek k navyšování kvality poskytované péče o nemocné, k zajišťování bezpečného prostředí, kde se péče provádí a k systematické snaze o snižování četnosti rizik pro nemocné i pro personál. Po celém světě se navyšuje zájem o akreditaci jako o efektivní nástroj hodnocení a řízení rizik kvality. (18, s. 11)

Akreditace proniká do všech složek provozu zdravotnického zařízení. Zařízení se posuzuje jako celek, na požadované úrovni musí být jak zdravotnické, tak nezdravotnické oddělení zdravotnického zařízení. Jde hospodářsko-technický úsek, stravovací úsek apod. (36, s. 11)

Po třech letech od vydání akreditace se zdravotnická zařízení musí o nové získání akreditace ucházet znovu. Tento proces se nazývá reakreditace. Zdravotnická zařízení si nechají znovu zkontrolovat, jestli plní a dodržují všechny zavedené standardy. Komise

při reakrediaci hodnotí i to, jestli se navýšila kvalita a bezpečí poskytovaných služeb od posledního udělení akreditace. Jednou za dvanáct měsíců auditoři akreditační organizace kontrolují fungování nastavených procesů ve zdravotnickém zařízení a navrhnou oblasti, na které se nemocnice musí do reakrediacce ještě zaměřit. (36, s. 11)

Standardizace se týká především vybraných, většinou rizikových, procesů. Těmi jsou např. podávání medikace, vykonávání lékařských, ošetrovatelských a diagnostických výkonů, předávání podstatných informací o nemocných mezi jednotlivými službami a vedení zdravotnické dokumentace. Pro nemocné to má význam takový, že služby, které jim budou poskytovány ve zdravotnickém zařízení, budou kvalitnější a celkové bezpečí samotných pacientů bude na lepší úrovni. Cílem je např. minimalizovat riziko záměny stran během operačních výkonů, mediační chyby, eliminace nozokomiálních nákaz a jiné mimořádné události. Pro zaměstnance to znamená, že mají jasně dané mantinely, jak má být ošetrovatelská péče v různých situacích poskytována bezpečně, profesionálně a především standardně. (37, s. 6)

Správa budov a zařízení zahrnuje pochůzku po areálu zdravotnického zařízení. Pozornost zaměřuje na sledování bezpečnosti a ochrany zdraví, požární bezpečnost, zacházení s nebezpečným odpadem, manipulace se zdravotnickou technikou, dále také na funkčnost krizových plánů a stav obslužných systémů. (38, s. 5)

Za zásadní faktor pro udělení certifikátu je úroveň vnitřní a vnější komunikace a samotná kvalita poskytované péče je na úrovni komunikace bezprostředně vázaná. (39, s. 5)

Akreditace je důležité ocenění profesionality a práce zaměstnanců ale také významný signál pro nemocné. O akreditaci pojednává zákon č. 100/2013. (41, s. 1031)

## **5.1 Metoda Stopař**

Jde o metodu, kdy se sledují „stopy“ určitého pacienta v nemocnici. V jeho chorobopisu hodnotí auditoři JCI jednání a chod celého zdravotnického zařízení. Začínají příjmem nemocného, také hodnotí laboratorní vyšetření, ambulantní či hospitalizační poskytovanou péčí, vyhodnocují operace a dokonce i stravovací provoz. Zjištěné informace jsou srovnávány v rozhovorech se zdravotníky a nemocnými a následně jsou ověřovány. Auditoři se ale také zaměřují na systém řízení kvality, bezpečnost v nemocnici, technickou bezpečnost provozu zdravotnického zařízení, personalistiku, nemocniční informační systém apod. (40)

## 5.2 Oblasti akreditačních standardů

Akreditační standardy jsou rozčleněny do deseti tematických celků. Prvním celkem je oblast kvality a sem patří sledování, zajišťování kontinuálního zvyšování kvality, dokumentace, infrastruktura a vytváření standardů. Druhou oblastí jsou diagnostické postupy, což je standardizace příjmového vyšetření a standardizace zapisování do zdravotnické dokumentace. Třetí hodnocenou oblastí je péče o pacienta. V se zkoumá plán poskytované péče, epikríza, pozitivní list, politika léčiv, přístrojové vybavení a pomůcky k práci, standardy ošetrovatelské péče a stravování nemocných. Kontinuita péče je čtvrtou oblastí a hodnotí propouštěcí zprávy, překlad nemocných na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. V páté oblasti se zjišťuje dodržování práv pacientů. Jestli jsou obeznámeni s Kodexem práv a imobilizace nemocných. V šesté oblasti se hodnotitelé zaměřují na podmínky poskytované péče, tedy konkrétně na metodické listy, směrnice, předpisy a bezpečnostní aspekty. Sedmá oblast posuzuje standardy managementu a těmi jsou organizační řád, poslání, plán rozvoje, jejich komunikaci a výkazy pro státní správu. Následující krok zkoumá péči o zaměstnance a tam patří popis práce, kontinuální vzdělávání a stanovení kvalifikací. Devátý bod, tedy sběr a vypracování informací vymezuje standardizace zdravotnické dokumentace a spektra sbíraných. A posledním bodem, který akreditační tým kontroluje, jsou protiepidemická opatření, a tam spadají nozokomiální infekce, manipulace s biologickým materiálem a jeho likvidace. (21, s. 73)

## 6 LEGISLATIVA

### 6.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Článek 4 z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně se zabývá standardy. „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“ (42, s. 16)

Během poskytování ošetrovatelské péče se jako zákrok považuje každá intervence sestry, a to buď v oblasti prevence, diagnostiky nebo léčby. Všechny výkony musí být prováděny lege artis. Standardy vymezují určité podmínky pro jednotlivé výkony. Porušení postupu lege artis a standardů se pokládá za protiprávní postup, ze kterého je možné odvodit odpovědnost a uložit postih. V dnešní době je možné se odchýlit od standardu pouze ojediněle, a to v případě, že je to v zájmu nemocného, jeho zdraví a respektování práv pacienta. Ovšem motiv tohoto postupu musí být zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci. (42, s. 16)

### 6.2 Právní úprava

Zdravotnický pracovník povinen provádět své povolání v rozsahu a způsobem, jenž pravidla určuje Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi. (43, s. 53; 44)

Při vytváření strukturálních standardů v lokální úrovni je nutné vycházet z jistých legislativních norem. V zákoně 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 je vymezena odborná způsobilost zdravotníků a vystavení osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Nároky na studijní a vzdělávací programy jsou zapsány ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., ve které jsou zadány minimální požadavky na studijní programy k obdržení odborné způsobilosti výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. Národní standard vzdělávacího programu, který je určen všeobecným sestrám a porodním asistentkám je vydán dvěma metodickými pokyny, které konkretizují a detailněji rozpracovávají obsah § 5 a § 6 vyhlášky č. 39/2005 Sb. Ty byly publikovány ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a jsou zapsány ve Věstníku č. 6/ 2008 pro obor všeobecná sestra a pro porodní asistentky platí Věstník č. 3/2009. Ve Věstníku č. 2/2011 jsou sepsány minimální požadavky na mentora klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence.

Specializovaná způsobilost je uvedena v Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., které je o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. V metodickém pokynu, ve Věstníku č. 3/2011, jsou vymezena pravidla průběhu specializačního vzdělávání dle zákona č. 96/2004 Sb. Tento metodický pokyn umožňuje nelékařským zdravotnickým pracovníkům přehled o průběhu specializačního vzdělání a zároveň sjednocuje postupy akreditovaných zařízení při uskutečňování vzdělávacích programů specializačního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání je obsaženo ve vyhlášce č. 423/2004 Sb., a je jí stanoven kreditní systém pro vystavení osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu či přímého vedení zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. a č. 4/2010 Sb. Ve vyhlášce č. 55/2011 je stanovena činnost zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Personální obsazení a množství zdravotnických pracovníků je obsaženo ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Ve Věstníku MZ č. 6/2009 jsou informace, týkající se adaptačního procesu k upevnění zdravotnických pracovníků. Věstník MZ částka 7/2004 obsahuje Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka, který je platný na národní úrovni. Jednotlivé obory nelékařských zdravotnických pracovníků mají své vlastní etické kodexy, v rámci jejich profesní organizace. (43, s. 53; 44)

### **6.3 Odpovědnost při poskytování zdravotní péče**

Protiprávní jednání může být aktivní a pasivní. Aktivní protiprávní jednání znamená to, že dotyčný provede něco, co je v rozporu s povinností uloženou zákonem, např. úmyslné ublížení na zdraví. Pasivní protiprávní jednání je to, když někdo nevykoná to, co je mu platným předpisem uloženo, např. neposkytnutí první pomoci. Jednání je z pravidla uskutečněno zaviněně, je tedy projevem vůle s účastí vědomí. Zavinění můžeme rozdělit na úmyslné přímé a nepřímé a nedbalostní vědomé či nevědomé. Úmysl přímý je takový čin, kdy pachatel ví, že porušuje zákon, a přesto chce škodlivý následek způsobit, kdežto úmysl nepřímý je takový, že pachatel ví, že porušuje zákon, škodlivý následek způsobit nechce, ale pokud by následek vznikl, je s tím srozuměn. Nedbalost vědomá je taková, že pachatel ví, že může porušit nebo ohrozit zákonem chráněný zájem, ale bez přiměřeného důvodu předpokládá, že k tomu nedojde. Oproti tomu o nedbalosti nevědomé pachatel neví, že jedná protiprávně, ovšem se zřetelem ke všem skutečnostem by to vědět mohl a měl. Škodlivý následek může být hmotný, kdy dojde k poničení určité

věci nebo nehmotný, tím je třeba poškození dobrého jména. Během ošetrovatelské péče nejběžněji dochází ke škodě na zdraví. (45, s. 14-15)

## **6.4 Sestra a odpovědnost**

Právní odpovědnost sester je v České republice regulována především v zákoně 96/2004 Sb., který pojednává 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. A dále také ve vyhlášce č. 55/2011, kterou je vymezena činnost zaměstnanců ve zdravotnictví a jiných odborníků. Jinak tedy můžeme říci, že sestry nesou zodpovědnost za to, že budou provozovat pouze činnost v rozsahu jejich dosaženého vzdělání. Úplnou právní odpovědnost nese sestra za aktivitu, kterou vykoná bez indikace lékaře. Je ale rozdíl mezi tím být odpovědný a mít odpovědnost. Být odpovědný je morální aspekt člověka a lidského jednání. Být odpovědný je ale i ctností člověka. Pokud hovoříme o tom, že jsem odpovědní, opíráme se o svědomí a hodnoty, kterých dosahujeme, zvnitřňujeme je, bereme je za své po celý náš život. Pozoruje co se v našem okolí děje, identifikujeme etické problémy. Být odpovědný ale vyžaduje zapojit se, být aktivní a mnohdy vyžaduje obrovskou morální odvahu. Profesionální odpovědnost zahrnuje osobní odpovědnost, která vystupuje z našich upřednostňovaných hodnot, ale také odpovědnost pocházející z příslušnosti k určitému povolání. Profesní hodnoty se ale někdy odlišují a mohou být tedy v konfliktu s osobními hodnotami. Morální odpovědnost tkví v tom, že mimo právní odpovědnosti, která je dána z vnějšku vezmeme na sebe i odpovědnost, která vychází z našeho lidského vztahu. Zde je kromě dodržování standardů a postupů lege artis podstatná také ochota porovnávat hodnoty vlastní s hodnotami nemocného a uvědomit si, jak moc naše vlastní hodnoty mohou ovlivnit péči o konkrétního pacienta. Pro sestry to vůbec nemusí být snadné. Některé vztahy mohou být složité, pro sestry to může být náročné nechat se vtáhnout do životního příběhu nemocných, vnímat jejich utrpení, těžkosti a osud. Náročné jsou ale také vztahy, kde sestra hodnotí hodnoty a životní styl nemocných v zrcadle jejich vlastních hodnot. (46, s. 66 – 67)

## **6.5 Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče**

Kteroukoliv lidskou činnost může provázet selhání lidského faktoru s různě velkými následky. To se může týkat i poskytované péče ve zdravotnictví. Zdravotničtí pracovníci si musí být vědomi toho, že následky může mít pacient, ale i ten, kdo péči

poskytovat a dopustil se chyby. Právo na soudní a jinou právní ochranu mají nemocní i zdravotničtí pracovníci, jestli jsou jejich práva omezována či porušována. Tato práva jsou zapsána v Listině základních práv a svobod v článku 36. Odpovědnost můžeme definovat jako povinnost snést sankce za protiprávní jednání. Ve zdravotnictví je při poskytování ošetrovatelské péče protiprávním jednáním také způsob *non lege artis*. Podle typu protiprávního jednání, jehož předpis byl porušen, ale také podle velikosti a vážnosti následků a dalších podstatných faktů, může být založena odpovědnost trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správněprávní včetně disciplinární odpovědnosti. (47, s. 10-11)

Trestněprávní odpovědnost má podporu především v trestním zákoně. Podle podmínek českého právního řádu může být trestněprávně zodpovědná jediná fyzická osoba, tedy jednotliví zdravotničtí pracovníci, v žádném případě to není celé zdravotnické zařízení. Fyzická osoba je za svoje jednání zodpovědná. Trestní řízení probíhá vždy před soudem. Impulsem k zahájení trestního stíhání, které předchází trestnímu řízení před soudem, bývá většinou trestní oznámení, které může být podáno každým, kdo má opodstatněné podezření, že byl proveden trestný čin. Oznámení se podává na Policii ČR či na státní zastupitelství. Je ale důležité podotknout, že eventuálně lživé prohlášení může být postihováno jako trestný čin křivého obvinění. Sestry bývají nejčastěji obviňovány za ublížení na zdraví z nedbalosti, za ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví nebo smrti a za neoprávněné nakládání s osobními údaji. (47, s. 10-11)

Pod občanskoprávní odpovědnost spadá odpovědnost za škodu, za vady a za prodlení. Občanskoprávní odpovědnost může mít buď osoba právnická, což jsou sestry, lékaři, nebo osoba právnická, což jsou nemocnice, stát apod. Je dané, že pokud se nemocný, který je hospitalizovaný v lůžkovém zdravotnickém zařízení domáhá v občanskoprávním řízení o náhradě škody, směřuje svou stížnost na celé zařízení, ne na jednotlivé pracovníky. Škodu tedy následně hradí zdravotnické zařízení. (47, s. 10-11)

Pracovněprávní odpovědnost je uvedena v základním právním předpisu který ji upravuje a tím je zákoník práce. V případě pracovněprávní odpovědnosti je zaměstnanec podřízen svému zaměstnavateli. Pro vznik pracovněprávní odpovědnosti jsou téměř shodné podmínky jako pro vznik odpovědnosti občanskoprávní. Zaměstnanci jsou povinni pracovat svědomitě a řádně podle svých sil, znalostí a schopností, plnit pokyny nadřízených vydané v souladu s právními předpisy, dodržovat zásady spolupráce

s ostatními zaměstnanci, také plně využít pracovní dobu, plnit kvalitně, hospodárně a včas úkoly, dodržovat právní předpisy, které se vztahují k práci jimi vykonané, řádně hospodařit s prostředky svěřenými jim zaměstnavatelem a také střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele před poškozením, ztrátou, zničením a zneužitím. Pracovníci na vedoucích pozicích musí řídit a kontrolovat práci, organizovat práci, hodnotit pravidelně poměr zaměstnanců k práci a pracovní výsledky, vytvářet příznivé osobní podmínky, zajišťovat bezpečnost a ochranu zdraví při práci, definovat mzdu zaměstnanců podle jejich výkonnosti, zabezpečovat dodržování právních a jiných předpisů a zabezpečovat přijetí včasných a účinných opatření k ochraně majetku zaměstnavatele. (47, s. 10-11)

Správněprávní odpovědnost můžeme popsat jako odpovědnost za porušení takových právních norem, které spadají do oblasti správního práva. Správněprávní odpovědnost se zaměřuje na specifické druhy deliktů, z nichž jsou nejvýznamnější, takové delikty, které se označují jako přestupky. A přestupek je takové zaviněné jednání, které porušuje či ohrožuje zájem společnosti. Odpovědnost za přestupky je shodná s odpovědností za trestné činy s tím, že nebezpečnost přestupků nedosahuje stupně nebezpečnosti trestných činů. Při poskytování péče jde často o nedodržování hygienických předpisů, předpisů o ochraně prostředí, předpisů o zacházení s omamnými a psychotropními látkami a látkami škodlivými zdraví. (47, s. 10-11)

Funkční odpovědnost je odvozována z funkčního postavení pracovníků. Vedoucí pracovníci mají vymezená oprávnění, mohou vydávat příkazy, pokyny, ale mají také jisté povinnosti, jako např. kontrolovat práci podřízených. Za fungující chod oddělení nese zodpovědnost primář, za ošetrovatelskou péči oddělení či klinik jsou zodpovědny vrchní sestry a za poskytování ošetrovatelské péče na jednotlivých odděleních nese zodpovědnost staniční sestra. Za konkrétní prováděné výkony při ošetrovatelské péči si zodpovídá sestra, které může v rámci svého oprávnění výkon provést. (47, s. 10-11)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 7.1 Výzkumný problém

Ve své diplomové práci zpracovávám téma, které je v dnešní době velmi aktuální. Ošetrovatelské standardy jsou součástí práce všeobecných sester, a proto by je sestry měly znát, dodržovat, ale především vědět, proč jsou standardy při ošetřování nemocných tak moc důležité.

### 7.2 Výzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit jaký mají sestry přehled o standardech a jestli se všeobecné sestry zajímají o standardy ošetrovatelské péče.

Cíl 2: Zjistit, zdali většina všeobecných sester ví, jaký význam mají ošetrovatelské standardy a také zjistit, jestli sestry, které mají vysokoškolské vzdělání a praxi pod 5 let mají lepší znalost o ošetrovatelských standardech než sestry, které nesplňují tato kritéria.

### 7.3 Úkoly výzkumného šetření

Úkolem výzkumu bylo dle nastudovaných zdrojů sestavit hypotézy, které se týkají této problematiky. Dále jsem také chtěla získat podstatná data s pomocí dotazníku, která jsem následně statisticky zpracovala a srovnávala jsem je výsledky z různých závěrečných prací. Dále jsem si také jako úkol stanovila na základě získaných výsledků vytvořit návrh na ošetrovatelský standard a navrhnout doporučení pro praxi.

### 7.4 Metodika

Pro mou empirickou část diplomové práce jsem si vybrala jako formu výzkumu kvantitativní výzkum, jelikož jeho zaměření je komplexní a široké. (49, s. 21) Konkrétně jsem provedla dotazníkové šetření (viz příloha č. X), aby mohl být výzkum proveden s větším množstvím respondentů. Dotazník respondenti vyplňovali anonymně a byl určen všeobecným sestrám. Výzkum jsem prováděla online pomocí internetu. V úvodu dotazníku získali respondenti instrukce ohledně vyplňování a počtu možných odpovědí. Dotazník obsahoval 27 otázek, z toho 15 uzavřených otázek, 5 jich bylo otevřených a 7 polouzavřených. Uzavřené jsou otázky č. 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 20, 24, 25 a 26. Těchto otázek bylo nejvíce. Otevřené otázky jsou s č. 10, 11, 14, 16 a 18. Těchto

otázek bylo v dotazníku nejméně. Polouzavřené otázky v dotazníku nesou č. 4, 5, 17, 21, 22, 23 a 27.

Otázky č. 1 až 5 jsou identifikační, otázky č. 6 až 8 zjišťují obecnou znalost všeobecných sester o ošetrovatelských standardech. Od otázky č. 9 až po otázku č. 18 zjišťují od všeobecných sester přístup a vztah k ošetrovatelským standardům. Otázky od čísla 19 až k číslu 23 jsou zaměřeny na kontrolu ošetrovatelských standardů a na kvalitu poskytované péče. Poslední čtyři dotazy se týkají toho, jestli sestry znají význam ošetrovatelských standardů. Dotazník se odvozoval od sestavených hypotéz. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce ledna až února roku 2014. Před samotným rozdáním dotazníku byla provedena pilotní studie s 5 všeobecnými sestrami z mého okolí. Po pilotní studii došlo k drobným změnám v dotazníku. Údaje, které jsem získala v dotazníkovém šetření, byly zpracovány pomocí programu Windows - Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Získaná data jsou pro přehlednost uvedena v tabulkách či grafech. Hodnoty jsou uváděny jako absolutní a relativní četnost, relativní četnost je uvedena procentuelně se zaokrouhlením na dvě desetinná místa.

## **7.5 Hypotézy**

Cíl 1:

H 1: Většina sester má obecný přehled o ošetrovatelských standardech.

(Kritérium: Většina je více jak 75%, aby bylo kritérium splněno, musí respondenti odpovědět správně na 2 ze 3 otázek. Otázky č. 6, 7 a 8.)

H 2: Většina sester se zajímá o ošetrovatelské standardy.

(Kritérium: Většina je více jak 75%, aby bylo kritérium splněno, musí respondenti odpovědět správně na 2 ze 3 otázek. Otázky č. 6, 12 a 15.)

Cíl 2:

H3: Většina sester zná význam ošetrovatelských standardů.

(Kritérium: Většina je více jak 75%, aby bylo kritérium splněno, musí respondenti odpovědět správně na 3 ze 4 otázek. Otázky č. 24, 25, 26 a 27.)

H4: Sestry s vysokoškolským vzděláním a praxí pod 5 let mají lepší znalosti o ošetrovatelských standardech.

(Kritérium: Otázky č. 3, 5, 6, 7 a 8.)

## **7.6 Výzkumný vzorek respondentů**

Respondenty pro toto výzkumné šetření byly všeobecné sestry. Zařízení ani pracoviště nebylo vymezeno, kvůli získání různých odpovědí. Výzkumu se zúčastnilo celkem 291 respondentů, z toho 15 respondentů dotazník vyplnilo částečně, takže správně vyplněných dotazníků bylo 276. Návratnost činila tedy 95%.

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1 – Pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Žena</b>	262	94,93
<b>Muž</b>	14	5,07
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Z celkového počtu 276 (100%) respondentů, bylo 14 (5,07%) respondentů mužů a 262 (94,93%) žen.

Otázka č. 2 – Věk?

Tabulka č. 2 – Věk

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>19 – 30 let</b>	112	40,58
<b>31 – 40 let</b>	92	33,33
<b>41 – 50 let</b>	62	22,46
<b>50 let a více</b>	10	3,62
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Dotazník vyplnilo nejvíce dotazovaných z věkové skupiny 19 – 30 let, těch bylo celkem 112 (40,58%). Z věkové skupiny 31 – 40 let se průzkumu zúčastnilo 92 (33,33%) respondentů, z věkové kategorie 41 – 50 let bylo 62 (22,46%) všeobecných sester. Nejmenší počet respondentů byl z věkové skupiny 50 let více, těch bylo pouze 10 (3,62%).

Otázka č. 3 - Délka Vaší praxe?

**Tabulka č. 3 – Délka praxe**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Do 5 let</b>	82	29,71
<b>6 – 10 let</b>	44	15,94
<b>11 – 15 let</b>	32	11,59
<b>16 let a více</b>	118	42,75
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, jak dlouho respondenti pracují ve zdravotnickém zařízení. Praxi do 5 let má 82 (29,71%) respondentů, 6 – 10 let pracuje 44 (15,94%) respondentů. 11 – 15 let je v praxi 32 (11,59%) dotazovaných. Nejvíce bylo respondentů s praxí nad 16 let, těch se zúčastnilo 118 (42,75%).

Otázka č. 4 – Pracoviště?

**Tabulka č. 4 – Pracoviště**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>JIP</b>	68	24,64
<b>Standardní oddělení</b>	122	44,2
<b>Ambulance</b>	42	15,22
<b>Operační sály</b>	12	4,35
<b>Jiné</b>	32	11,59
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

V odpovědích na otázku č. 4 respondenti uváděli, na jakém druhu oddělení pracují. Nejvíce respondentů, kteří vyplnili dotazník, bylo ze standardních oddělení, bylo jich

122 (44,2%). Druhou nejpočetnější skupinu utvořili sestry z jednotek intenzivní péče, těch bylo 68 (24,64%). Sester, které pracují na ambulanci, se zúčastnilo 42 (15,22%), 12 (4,35%) bylo sester z operačních sálů. V poslední skupině, kterou jsem označila jako jiné, bylo 32 (11,59%) respondentů. Do složky „Jiné” jsem zařadila sestry, které pracují v léčebně dlouhodobé péče, sestry z domácí péče, z následné péče, z dlouhodobé intenzivní péče, ze sociálních zařízení, ze zdravotnické záchranné služby apod.

Otázka č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání?

**Tabulka č. 5 – Nejvyšší dosažené vzdělání**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Středoškolské</b>	136	49,27
<b>Vyšší odborné</b>	42	15,22
<b>Vysokoškolské – Bc.</b>	72	26,09
<b>Vysokoškolské – Mgr.</b>	18	6,52
<b>Specializační</b>	7	2,54
<b>Jiné</b>	1	0,36
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Otázkou číslo pět jsem zjišťovala, jaké měly sestry nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentů bylo se středoškolským vzděláním, v počtu 136 (49,27%). S vyšším odborným vzděláním odpovídalo 42 (15,22%) respondentů. S bakalářským vzděláním bylo 72 (26,09%) dotazovaných. 18 (6,52%) bylo všeobecných sester s magisterským vzděláním. Specializační vzdělání mělo 7 (2,54%) respondentů a jiné uvedl 1 (0,36%) respondent. Co to bylo za vzdělání, ale nevedl.

Otázka č. 6 - Co je to standard?

**Tabulka č. 6 – Co je to standard**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Předem stanovená závazná norma</b>	268	97,10
<b>Zákon</b>	2	0,72
<b>Vyhláška</b>	5	1,81
<b>Norma vymezená zdravotní pojišťovnou</b>	1	0,36
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Na otázku co to je standard jsem získala od 268 (97,10%) respondentů odpověď, že standard je předem stanovená závazná norma. Tito respondenti odpověděli správně. 2 (0,72%) respondenti označili druhou možnost, že standard je zákon. Jako vyhlášku označilo standard 5 (1,81%) respondentů. Jediný respondent (0,36%) uvedl, že standard je norma vymezená zdravotní pojišťovnou.

Otázka č. 7 - Kdo vytvořil jedny z prvních ošetrovatelských standardů?

**Tabulka č. 7 – Tvůrce prvního standardu**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Henri Dunant</b>	8	2,9
<b>Alexandr Fleming</b>	0	0
<b>Florance Nihgtingalová</b>	228	82,61
<b>Dorothea Oremová</b>	40	14,5
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Že první ošetrovatelské standardy vytvořil Henri Dunant, uvedlo 8 (2,9%) respondentů a Alexandra Fleminga neoznačil žádný respondent. Tyto odpovědi nebyly správné. Nejvíce respondentů, tedy 228 (82,61%) uvedlo jako tvůrkyni standardů Florance Nightingalovou. Tato odpověď byla správná. Dorotheu Oremovou označilo 40 (14,5%) dotazovaných.

Otázka č. 8 - Jaké máme typy standardů?

**Tabulka č. 8 – Typy standardů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>
<b>Strukturální, procesuální a výsledkové</b>	235
<b>Centrální a lokální</b>	53
<b>Soukromé a veřejné</b>	36
<b>Celoevropské, celostátní a krajské</b>	16

Shrnutí:

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí, správně však byla první a druhá možnost. První odpověď byla označena 253x, druhá odpověď byla uvedena 53x.



Soukromé a veřejné standardy uvedlo 36 respondentů a poslední odpověď byla zmíněna 16x.

Správnou kombinaci odpovědí, tedy strukturální, procesuální a výsledkové společně s centrálními a lokálními uvedlo 73 (26%) dotazovaných.

Otázka č. 9 - Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení standardy ošetrovatelské péče?

**Tabulka č. 9 – Standardy ve zdravotnickém zařízení**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	252	91,3
<b>Ne</b>	24	8,7
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Z 267 (100%) respondentů odpovědělo 252 (91,3%) respondentů, že mají ve svém zařízení ošetrovatelské standardy. 24 (8,7%) všeobecných sester uvedlo, že nemají v zařízení ošetrovatelské standardy. Pokud respondenti uvedli že nemají na oddělení ošetrovatelské standardy, vyplňovali v dotazníku již pouze otázky č. 19, 24, 25, 26 a 27.

Otázka č. 10 - Kde můžete najít ošetrovatelské standardy ve Vašem zdravotnickém zařízení.

**Tabulka č. 10 – Uložení standardů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>V elektronické podobě (intranet ZZ)</b>	96	38,1
<b>Na jednotlivých odd. v tištěné formě</b>	74	29,76
<b>V elektronické podobě + tištěné na jednotlivých odd.</b>	64	25,4
<b>Jiné</b>	18	7,14
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Otázku č. 10 vyplňovalo z celého počtu respondentů pouze 252 (100%) zúčastněných. Nejvíce respondentů uvedlo, že ošetrovatelské standardy mají v elektronické podobě. Takto odpovědělo 96 (38,1%) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že respondenti mají standardy uloženy v tištěné formě na jednotlivých odděleních, tuto odpověď napsalo 74 (29,76%) respondentů. 64 (25,4%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelské standardy mají elektronické podobě a zároveň je mají uložené v tištěné na jejich oddělení. Další odpovědi nebyly časté, proto jsem je zařadila do tabulky pod názvem jiné. Respondenti např. uvedli, že standardy mají uložené u vrchní sestry v tištěné podobě a zároveň v elektronické podobě, dále také napsali, že ošetrovatelské standardy mohou najít uložené u staniční sestry tištěné podobě a zároveň na intranetu, zmínili ale i odpověď, že standardy jsou k nalezení pouze u vrchní sestry v tištěné podobě. Jako další místo uložení standardů uvedli u staniční sestry v tištěné podobě. Vyskytlo se ale i pár respondentů kteří neví, kde jsou na jejich oddělení uloženy ošetrovatelské standardy.

Otázka č. 11 - Kdo ve Vašem zdravotnickém zařízení vytváří ošetrovatelské standardy?

**Tabulka č. 11 – Kdo tvoří standardy**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Hlavní sestra + tým pro tvorbu standardů</b>	23	9,13
<b>Náměstek pro ošetrovatelskou péči</b>	22	8,73
<b>Nevím</b>	22	8,73
<b>Vedení + řadové sestry</b>	21	8,33
<b>Vedení</b>	20	7,94
<b>Jiné</b>	144	57,14
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Tuto otázku zodpovědělo 252 respondentů z celkového počtu 275, jelikož ti uvedli, že mají v jejich zařízení ošetrovatelské standardy. 23 (9,13%) respondentů uvedlo, že ošetrovatelské standardy vytváří hlavní sestra společně s týmem pro tvorbu standardů. 22 (8,73%) respondentů uvedlo, že standardy vytváří náměstek pro ošetrovatelskou péči. Stejný počet respondentů uvedl, že neví, kdo vytváří ošetrovatelské standardy. 21 (8,33%) dotazovaných zmínilo, že standardy vytváří vedení společně s řadovými sestrami. Že standardy vytváří pouze vedení, uvedlo 20 (7,94%) respondentů. Jinou odpověď uvedlo 144 (57,14%) respondentů. V odpovědích, které jsem zahrnuji do složky jiné se objevovaly různé kombinace hlavních, vrchních, staničních a řadových sester, v některých zařízeních vytvářejí standardy také ve spolupráci s lékaři, ostatními náměstky a vedením zařízení.

Otázka č. 12 - Podílíte se na vytváření ošetřovatelských standardů?

**Tabulka č. 12 – Podílení se na tvorbě standardů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	70	27,78
<b>Ne</b>	182	72,22
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Na otázku č. 12 odpovídalo všech 252 respondentů. Respondenti, kteří odpověděli ano, se přesunuli k otázce č. 15. Takových respondentů bylo 70 (27,78%). Zbýlých 182 (72,22%) dotazovaných odpovědělo, že se nepodílí na vytváření ošetřovatelských standardů.

Otázka č. 13 - Pokud se nepodílíte, chtěl/a byste se podílet na vytváření?

**Tabulka č. 13 – Chtějí se sestry podílet na tvorbě?**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	30	16,5
<b>Ne</b>	152	83,5
<b>Celkem</b>	182	100

Shrnutí:

Tuto otázku zodpovídalo 182 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se nepodílí na vytváření ošetřovatelských standardů. V této otázce měli respondenti označit, zdali by se chtěli podílet na vytváření či nikoliv. 30 (16,5%) respondentů uvedlo, že by se chtělo podílet na vytváření a 152 (83,5%) respondentů uvedlo že, se podílet na vytváření nechce.

Otázka č. 14 - Proč byste se chtěl/a či nechtěl/a podílet na vytváření standardů?

**Tabulka č. 14 – Sestry se chtějí podílet, protože ...**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>By byl zohledněn názor a mé zkušenosti</b>	11	40,74
<b>Dochází k nedorozumění v rámci provozu odd. a postupem ve standardech</b>	9	33,33
<b>Bych měl možnost najít neoptimálnější řešení</b>	4	14,81
<b>Chci aby byly kratší</b>	1	3,7
<b>Jsem z praxe a ne pouze teoretik</b>	1	3,7
<b>Standardsy jsou nereálné</b>	1	3,7
<b>Celkem</b>	27	100

Shrnutí:

V následující otázce jsem zjišťovala, proč se chtějí či nechtějí všeobecné sestry podílet na vytváření ošetrovatelských standardů. Tato otázka byla nepovinná, takže neodpovídali všichni respondenti. Celkem tedy odpovědělo jen 125 respondentů, z toho 27 (21,6%) jich uvedlo, proč by se chtěli podílet na ošetrovatelských standardech a 98 (78,4%) jich sdělilo odpověď, proč by se nechtěli podílet na vytváření ošetrovatelských standardů.

Na otázku proč by se respondenti chtěli podílet na vytváření ošetrovatelských standardů, odpovědělo 27 respondentů. 11 (40,74%) respondentů uvedlo, že by se chtěli podílet na vytváření kvůli tomu, že by byl zohledněn jejich názor a jejich získané zkušenosti. 9 (33,33%) dotazovaných uvedlo jako důvod to, že velmi často dochází k nedorozumění v rámci provozu oddělení a vytyčenými postupy v ošetrovatelských standardech. Že by chtěli najít neoptimálnější řešení, uvedli 4 (14,81%) respondenti. Další 1 (3,7%) respondent uvedl že chce, aby standardy byly kratší, další respondent uvedl, že je z praxe

a ne pouze teoretik a poslední respondent zmínil, že ošetrovatelské standardy jsou nereálné.

**Tabulka č. 15 – Sestry se nechtějí podílet, protože ...**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Nemám na to čas</b>	40	36,36
<b>Nemám dostatečné zkušenosti a znalosti</b>	23	20,91
<b>Nemám zájem</b>	20	18,18
<b>Jde o nevděčnou práci</b>	10	9,09
<b>Nevím</b>	9	8,18
<b>Standardy jsou nereálné</b>	6	5,45
<b>Jde o opisování již nařízeného jinou složkou</b>	1	0,99
<b>Nemám motivaci</b>	1	0,99
<b>Celkem</b>	110	100

Shrnutí:

Na vytváření ošetrovatelských standardů se nechce podílet 110 respondentů. Z důvodu nedostatku času je to 40 (36,36%) respondentů. Nedostatek zkušeností a znalostí má 23 (20,91%) respondentů, 20 (18,18%) dotazovaných nemá zájem. Vytváření standardů označilo 10 (9,09%) respondentů jako nevděčnou práci. 9 (8,18%) respondentů sice uvedlo že se nechtějí podílet na vytváření standardů, ale jako důvod uvedlo, že neví proč. Z důvodu nereálnosti takto odpovědělo 6 (5,45%) respondentů, 1 (0,99%) uvedl, že jde o opisování již nařízeného jinou složkou a 1 zúčastněný uvedl, že nemá žádnou motivaci.

Otázka č. 15 - Čtete nově vydané standardy?

**Tabulka č. 16 – Čtou sestry nově vydané standardy**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	232	92,06
<b>Ne</b>	20	7,94
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Zdali čtou sestry nově vydané standardy, jsem zjišťovala v následující otázce. 232 (92,06%) respondentů uvedlo, že čtou nové standardy a 20 (7,94%) dotazovaných uvedlo, že nečte nově vydané standardy.

Otázka č. 16 - Který standard byste chtěl/a změnit či zrušit?

**Tabulka č. 17 – Jaký standard změnit či zrušit**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Nevím</b>	104	41,27
<b>Žádný</b>	87	34,52
<b>Většinu</b>	19	7,54
<b>Nerušit, ale spíše upravit některé</b>	15	5,95
<b>Na provoz technického zařízení</b>	7	2,78
<b>Ty, které nevedou ke zlepšení, pouze plýtvají časem a materiálem</b>	6	2,38
<b>Ty dlouhé</b>	4	1,59
<b>Vytváření diagnóz</b>	2	0,79
<b>Jiné</b>	8	3,17
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Když jsem od respondentů zjišťovala, zdali by chtěli nějaký ošetrovatelský standardy změnit či zrušit, odpovídali následovně. Odpověď nevím uvedlo 104 (41,27%) respondentů. Změnu či zrušení žádného standardu nechce 87 (34,52%) dotazovaných, naopak zrušit většinu by chtělo 19 (7,54%) respondentů. 15 (5,95%) se zmínilo, že ošetrovatelské standardy nechtějí zrušit, pouze některé poupravit. Zrušit standardy na provoz technického zařízení by chtělo 7 (2,78%) respondentů. 6 (2,38%) všeobecných sester by chtělo zrušit či pozměnit standardy, které nevedou ke zlepšení, ale pouze plýtvají materiálem. Dlouhé standardy by chtěli změnit nebo zrušit 4 (1,59%) respondenti, 2 (0,79%) respondentům přijdou bezvýznamné ošetrovatelské standardy k vytváření ošetrovatelských diagnóz a odpověď jiné uvedlo 8 (3,17%) respondentů.



Otázka č. 17 - Postrádáte nějaký ošetrovatelský standard k ošetrovatelskému výkonu?

**Tabulka č. 18 – Chybějící standardy**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ne</b>	244	96,82
<b>Komunikace s pozůstalými</b>	2	0,79
<b>CVVH</b>	1	0,4
<b>Propuštění a překlad pacienta</b>	1	0,4
<b>Zavedení NGS</b>	1	0,4
<b>Více obyčejných lidských rozhovorů s pacienty, veskrze ze strany lékařů.</b>	1	0,4
<b>Pacient s HIV</b>	1	0,4
<b>Nevím</b>	1	0,4
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Jestli sestry postrádají nějaký ošetrovatelský standard, jsem hodnotila v otázce č. 17. Žádný ošetrovatelský standard nepostrádá 244 (96,82%) respondentů. Standard na komunikaci s pozůstalými postrádají 2 (0,79%) respondenti. Další odpovědi uvedl vždy 1 (0,4%) respondent. Jako chybějící standard byl uveden standard k CVVH (kontinuální (continuous) venovenózní hemofiltrace), také na překlad a propuštění pacienta, k zavedení NGS, pro komunikaci s pacienty ale také o přístupu k pacientovi s HIV a jeden respondent uvedl, že neví.

Otázka č. 18 - Máte problém s dodržováním nějakých standardů? Pokud ano tak s jakým nejčastěji? Můžete uvést i proč.

**Tabulka č. 19 – Dodržování standardů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ne</b>	225	89,29
<b>Hygiena rukou u personálu</b>	9	3,57
<b>Skoro všechny</b>	6	2,38
<b>Hygienická péče u pacientů</b>	3	1,19
<b>Práce s biologickým materiálem</b>	2	0,79
<b>Odběr žilní krve</b>	2	0,79
<b>Registraci EKG</b>	1	0,4
<b>Nechci uvádět</b>	1	0,4
<b>Převazy ran</b>	1	0,4
<b>Podávání léčiv</b>	1	0,4
<b>Katetrizace močového měchýře u ženy</b>	1	0,4
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Většina respondentů, tedy 224 (89,29%) uvedla, že nemá problém s dodržováním ošetřovatelských standardů. 9 (3,57%) respondentů má problém s dodržováním standardu, který se vztahuje k hygieně rukou. S dodržováním skoro všech standardů má problém 6 (2,38%) dotazovaných. Předepsaný postup pro hygienu pacientů nedodržují 3 (1,19%) dotázaní. Dodržovat zásady práce s biologickým materiálem nezvládají 2 (0,79%) respondenti a stejný počet dotazovaných má problémy s dodržováním standardu pro odběru žilní krve. Následující odpovědi byly uvedeny vždy jen jedním (0,4%) respondentem a týkají se registrace EKG, převazů ran, podávání léčiv, katetrizace močového měchýře u žen a jeden respondent nechtěl uvést žádný konkrétní standard.

**Tabulka č. 20 – Důvod nedodržování standardů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Nedodržuji je kvůli časové náročnosti</b>	5	55,56
<b>Nelogické postupy</b>	1	11,11
<b>Na odd. nejsou pomůcky</b>	1	11,11
<b>Nerozumím jim</b>	1	11,11
<b>Nedostatek personálu</b>	1	11,11
<b>Celkem</b>	9	100

Shrnutí:

Respondenti mohli také uvést důvod nedodržování ošetrovatelských standardů. Důvod uvedlo 9 (3,57%) respondentů. Kvůli časové náročnosti standardy porušuje 5 (55,56%) respondentů. Následující odpovědi uvedl vždy 1 (11,11%) respondent. Dotazovaní uvedli jako důvody nedodržování že jde o nelogické postupy, dále že nemají na odd. potřebné pomůcky, nerozumí jim anebo nemají dostatek personálu.

Otázka č. 19 - Myslíte si, že poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči?

**Tabulka č. 21 – Kvalitní ošetrovatelská péče**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	262	94,93
<b>Ne</b>	14	5,07
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Na otázku č. 19 odpovídalo všech 276 respondentů. 262 (94,94%) dotázaných uvedlo že si myslí, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči. Zbývajících 14 (5,07%) dotázaných označilo odpověď druhou a tedy si myslí, že neposkytují kvalitní ošetrovatelskou péči.

Otázka č. 20 - Máte na oddělení audity na dodržování ošetřovatelských standardů?

**Tabulka č. 22 – Audity na oddělení**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	220	87,3
<b>Ne</b>	32	12,7
<b>Celkem</b>	252	100

Shrnutí:

Tuto otázku zodpovídalo pouze 252 respondentů kteří uvedli, že mají ve zdravotnickém zařízení ošetřovatelské standardy. Otázka se týkala ošetřovatelských auditů. 220 respondentů (87,3%) uvedlo že mají na oddělení audity na dodržování ošetřovatelských standardů a 32 (12,7%) zúčastněných uvedlo, že v jejich zařízení neprobíhají audity.

Otázka č. 21 - Jak často probíhají audity na dodržování ošetřovatelských standardů na Vašem oddělení?

**Tabulka č. 23 – Častost auditů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>4x za rok</b>	73	33,18
<b>2x za rok</b>	66	30
<b>1x za měsíc</b>	59	26,82
<b>Náhodně</b>	11	5
<b>Nevím</b>	7	3,18
<b>1x za rok</b>	1	0,45
<b>Dle plánu</b>	1	0,45
<b>1x za 2 roky</b>	1	0,45
<b>Často protože se nemocnice připravuje na akreditaci</b>	1	0,45
<b>Celkem</b>	220	100

Shrnutí:

Tuto otázku zodpovídalo pouze 220 respondentů, podle otázky č. 20. Že za porušení ošetřovatelských standardů jim není udělen žádný postih, uvedlo 114 (51,82%) respondentů. 56 (25,45%) udává že mají finanční postih, 23 (10,45%) uvádí jako trest napomenutí. Postižení ve formě napomenutí a při opakovaném porušování až finanční postižení, odpovědělo 12 (5,45%) všeobecných sester. 10 (4,55%) respondentů nevědělo jaký je postih za nedodržení. Že mohou být postihy v různé formě dle závažnosti porušení svých povinností, uvedli 4 (1,82%) respondentů. 1 (0,45%) respondent se nasetkal s postihem za porušování ošetřovatelských standardů.

Otázka č. 22 - Obáváte se auditů? Pokud ano, uveďte prosím proč.

**Tabulka č. 24 – Obavy z auditů**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ne</b>	134	60,91
<b>Že nebudu znát odpověď</b>	32	14,55
<b>Stresují mě</b>	21	9,55
<b>Přehnaná kontrola</b>	15	6,82
<b>Negativní prezentace odd.</b>	5	2,27
<b>Nekompromisní</b>	4	1,82
<b>Kvůli postihům</b>	3	1,36
<b>Jiné</b>	6	2,73
<b>Celkem</b>	220	100

Shrnutí:

Otázku zodpovídalo 220 respondentů, kteří uvedli, že na jejich pracovišti se vyskytují audity na hodnocení dodržování ošetrovatelských standardů. Velká většina respondentů se neobává auditů. Uvedlo to 134 (60,91%) respondentů. 32 (14,55%) dotázaných se obává z toho důvodu, že nebudou znát správnou odpověď. Další častou odpovědí bylo, že audity všeobecné sestry stresují. Tuto odpověď napsalo 21 (9,55%) respondentů. 15 (6,82%) dotazovaných uvedlo, že se jedná o přehnanou kontrolu a 5 (2,27%) respondentů se obává auditů, kvůli negativní prezentaci oddělení. Že jsou při auditu auditoři nekompromisní, zmínili 4 (1,82%) respondenti. Kvůli postihům na audit negativně pohlíží 3 (1,36%) respondenti. Jinou odpověď uvedlo 6 (2,73%) všeobecných sester.

Otázka č. 23 - Máte nějaký postih za porušování standardů? Pokud ano uveďte prosím jaký.

**Tabulka č. 25 – Postih za porušení**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ne</b>	114	51,82
<b>Finanční</b>	56	25,45
<b>Napomenutí</b>	23	10,45
<b>Napomenutí, při opakování finanční postih</b>	12	5,45
<b>Nevím</b>	10	4,55
<b>Různé dle závažnosti</b>	4	1,82
<b>Nesetkala se</b>	1	0,45
<b>Celkem</b>	220	100

Shrnutí:

Tuto otázku zodpovídalo pouze 220 respondentů, podle otázky č. 20. Že za porušení ošetrovatelských standardů jim není udělen žádný postih, uvedlo 114 (51,82%) respondentů. 56 (25,45%) udává že mají finanční postih, 23 (10,45%) uvádí jako trest napomenutí. Postižení ve formě napomenutí a při opakovaném porušování až finanční postižení, odpovědělo 12 (5,45%) všeobecných sester. 10 (4,55%) respondentů nevědělo jaký je postih za nedodržení. Že mohou být postihy v různé formě dle závažnosti, uvedli 4 (1,82%) respondentů. 1 (0,45%) respondent se nesetkal s postihem za porušování ošetrovatelských standardů.

Otázka č. 24 - Myslíte si, že standardy slouží k navyšování kvality péče?

**Tabulka č. 26 – Standardy a navyšování kvality péče**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	174	63,04
<b>Ne</b>	102	36,96
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Od této otázky až do konce odpovídalo již všech 276 respondentů. Odpověď ano, tedy že ošetřovatelské standardy slouží k navyšování kvality péče, uvedlo 174 (63,04%) respondentů. Opačnou odpověď označilo 102 (36,96%) respondentů. Správná odpověď byla ano.

Otázka č. 25 - Myslíte si, že standardy poskytují objektivní posouzení poskytnuté péče?

**Tabulka č. 27 – Standardy a objektivní posouzení poskytnuté péče**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	124	44,93
<b>Ne</b>	152	55,07
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

Jestli standardy poskytují objektivní posouzení poskytnuté péče, jsem zjišťovala otázkou č. 25. Zde 124 (44,93%) respondentů uvedlo že poskytují, a 152 (55,07%) dotázaných zmínilo že neposkytují. Správnou odpovědí byla první možnost, tedy ano.



Otázka č. 26 - Myslíte si, že standardy zajišťují pocit jistoty a bezpečí pacientům?

**Tabulka č. 28 – Standardy a pocit jistoty a bezpečí**

	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	140	50,72
<b>Ne</b>	136	49,28
<b>Celkem</b>	276	100

Shrnutí:

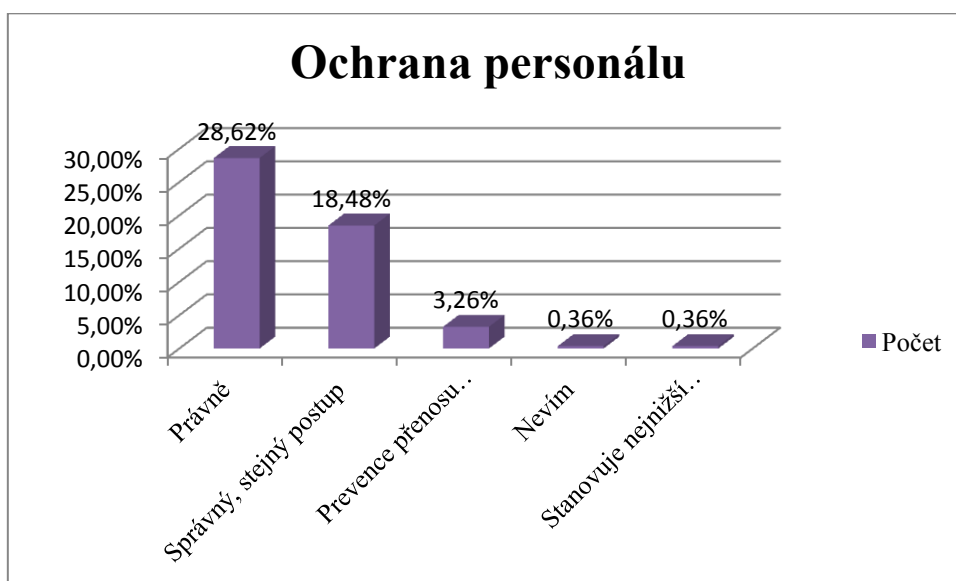
V této otázce byly odpovědi od respondentů velmi vyrovnané. 140 (50,72%) jich uvedlo, že si myslí že standardy zajišťují pocit jistoty a bezpečí pacientům. Opačnou odpověď uvedlo 136 (49,28%) respondentů. Pokud respondenti označili první odpověď, tedy ano, odpověděli správně.

Otázka č. 27 - Myslíte si, že standardy chrání zdravotnický personál? Pokud ano, uveďte jak.

**Tabulka č. 29 – Standardy a ochrana personálu**

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ne</b>	135	48,91
<b>Ano</b>	141	51,09
<b>Celkem</b>	276	100

**Graf č. 1 – Ochrana personálu**



Shrnutí:

V této otázce jsem získávala od respondentů odpověď, zdali standardy chrání zdravotnický personál. 135 (48,91%) respondentů označilo odpověď ne. Odpověď ano uvedlo 141 (51,09%) dotázaných. 79 (28,62%) všeobecných sester napsalo odpověď, že standardy je chrání právně. Toto byla správná odpověď. 51 (18,48%) všeobecných sester, které se zúčastnily výzkumu uvedly, že standardy chrání zdravotnický personál tím, že udávají správný a pro všechny stejný postup, tedy jakýsi návod. Že je nutné je dodržovat kvůli prevenci přenosu infekce si myslí 9 (3,26%) respondentů. Odpověď nevím zmínil 1 (0,36%) respondent a že standardy stanovují nejnižší možnou úroveň poskytované péče, uvedl také 1 respondent.

## DISKUZE

Prvním cílem Naší diplomové práce bylo zjistit, jaký mají všeobecné sestry přehled o standardech a zdali se zajímají o standardy ošetrovatelské péče. K tomuto cíli se vztahovala první a druhá hypotéza.

První hypotézou jsme zjišťovali, zdali má většina všeobecných sester přehled o ošetrovatelských standardech. Do kritéria jsme si jako většinu zvolili 75% a respondenti museli zodpovědět správně alespoň dvě otázky ze tří. Tyto otázky vyplňovalo všech 276 (100%) respondentů. K této hypotéze se vztahovaly v dotazníku otázky č. 6, 7 a 8. V otázce č. 6 museli respondenti jako správnou odpověď uvést, že standard je předem stanovená závazná norma. V otázce č. 7 určovali, kdo vytvořil jedny z prvních ošetrovatelských standardů. Správnou odpovědí byla Florence Nightingalová. V otázce č. 8 museli respondenti vědět, jaké jsou typy standardů a označit jako správnou odpověď jak standardy strukturální, procesuální a výsledkové, tak standardy centrální a lokální. Minimálně dvě správné otázky označilo 242 (88%) respondentů. Naším kritériem neprošlo 34 (12%) dotazovaných. Hypotéza č. 1 byla tedy potvrzena.

Pomocí druhé hypotézy jsme hodnotili, zdali se většina sester zajímá o ošetrovatelské standardy. Kritériem bylo, že většina je více než 75% a dotazovaní musí správně odpovědět na dvě otázky ze tří vybraných. K této hypotéze patřily otázky č. 6, 12 a 15. V otázce č. 6 zmiňujeme již u předchozí hypotézy, tedy co je standard. Otázkou č. 12 jsme mapovali, zdali se dotazovaní podílí na tvorbě ošetrovatelských standardů a pokud odpověděli ano, otázka byla považována za vhodně vyplněnou. V otázce č. 15 jsme se ptali, zdali čtou respondenti nově vydané standardy. Pokud uvedli kladnou odpověď, otázku jsme považovali za vhodně zodpovězenou. Otázky zodpovídalo pouze 252 (100%) respondentů, kteří uvedli, že v jejich zdravotnických zařízeních se nachází ošetrovatelské standardy. Z 252 respondentů odpovědělo správně alespoň na dvě otázky ze tří 226 (90%) respondentů. Negativní či nevhodné odpovědi uvedlo 26 (10%) dotázaných. Hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, jestli většina všeobecných sester ví, jaký význam mají ošetrovatelské standardy. Rovněž také zjistit, zdali sestry, které mají vysokoškolské vzdělání a praxi pod 5 let mají lepší znalost o ošetrovatelských standardech než sestry, které nesplňují tato kritéria.

Pomocí třetí hypotézy jsme hodnotili, zdali většina sester zná význam ošetrovatelských standardů. Většinu jsme považovali opět více jak 75% respondentů, kteří

museli uvést správné odpovědi k otázkám č. 24, 25, 26 a 27. Na tyto čtyři otázky odpovídalo všech 276 (100%) respondentů. U následujících čtyř otázek bylo z odpovědi vždy na výběr buď ano, nebo ne, ale správná odpověď byla pokaždé ano. Respondenti museli minimálně na tři otázky odpovědět správně. První otázkou jsme zjišťovali, zdali slouží standardy k navyšování kvality péče, druhou zdali poskytují objektivní posouzení poskytnuté péče, třetí otázkou jsme mapovaly, zdali si sestry myslí, že standardy zajišťují nemocným pocit jistoty a bezpečí a v poslední otázce jsme chtěli vědět, zdali ošetrovatelské standardy nějak chrání zdravotnický personál. Správně odpovědělo 130 (47%) respondentů a zároveň naším kritériem neprošlo 146 (53%) respondentů. Hypotéza č 3 nebyla potvrzena.

Čtvrtou hypotézou jsme zkoumali, zdali sestry s vysokoškolským vzděláním a praxí pod 5 let mají lepší znalosti o ošetrovatelských standardech než sestry, které nesplňují toto kritérium. K hypotéze se vztahovala otázka č. 3, kterou jsme zjišťovali délku praxe, dále otázka č. 5, tedy nejvyšší dosažené vzdělání a otázka číslo 6 co to je standard, kde respondenti museli označit odpověď, že jde o předem stanovenou závaznou normu. Pak také otázka č. 7 o tom, kdo byl tvůrcem prvních ošetrovatelských standardů. Prvním tvůrcem byla Florence Nightingalová. A dále otázka č. 8 o typech ošetrovatelských standardů. Respondenti museli označit první a druhou odpověď, tedy strukturální, procesuální a výsledkové ale také centrální a lokální. Ze všech vyplněných dotazníků, celkově tedy 276 (100%), jsme vybrali ty, kde respondenti uvedli že mají vysokoškolské vzdělání a praxi méně než 5 let. Těch bylo celkem 78 (100%), ostatní nesplňovali daná kritéria. U těchto 78 respondentů jsme hodnotili zbylé otázky. Poté jsme vyhodnotili odpovědi u zbývajících dotázaných. Jich bylo celkem 198 (100%). Respondenti museli alespoň na dvě ze tří otázek odpovědět správně. Z vysokoškolsky vzdělaných sester s praxí pod 5 let odpovědělo na otázky správně 68 (87%) a 10 (13%) respondentů uvedlo špatné odpovědi. Výsledky sester, které neměly buď vysokoškolské vzdělání, nebo se nevešly do hranice praxe pěti let, měly takovéto výsledky: 174 (88%) respondentů uvedlo správné odpovědi a 24 (12%) dotázaných napsalo nevyhovující odpovědi. Z výsledků tedy vyplývá, že sestry bez vysokoškolského vzdělání a s praxí delší než 5 let mají o 1% lepší výsledek než sestry s vysokoškolským vzděláním a praxí pod 5 let. Hypotéza č. 4 byla vyvrácena.

Otázkou č. 7 jsme mapovali znalosti sester o tom, kdo vytvořil jeden z prvních ošetrovatelských standardů. Velké množství respondentů, konkrétně 228 (82,61%), uvedlo správnou odpověď, tedy Florence Nightingalovou. Osobně mne ale zaujalo, že 40 (14,5%)

respondentů označilo Dorotheu Oremovou. Pravděpodobně si ji místo s ošetrovatelskými standardy spojili s ošetrovatelskými modely. Víím, že tato otázka není pro sestry při vykonávání práce podle ošetrovatelských standardů příliš podstatná, ale tato odpověď mě zaujala.

Otázka č. 8 je ukazatelem toho, jaký mají sestry přehled o druzích ošetrovatelských standardů. V tabulce v praktické části uvádím, kolikrát byla která odpověď označena. Dále jsme sečetli, kolik respondentů uvedlo správně obě dvě odpovědi. Strukturální, procesuální, výsledkové, centrální a lokální označilo 73 (26,45%) dotázaných. Druhou nejčastější odpovědi byly samotné strukturální, procesuální a výsledkové standardy. Pouze ty označilo 125 (45,29%) respondentů.

V otázce č. 12, ve které jsme se ptali zdali se všeobecné sestry podílí na vytváření ošetrovatelských standardů odpověděla velká část, konkrétně tedy 182 (72,22%) respondentů, že se nepodílí na tvorbě. Myslím si, že je to v celku škoda, neboť sestry jsou nejvíce v kontaktu s nemocnými a činnosti, které jsou standardizovány, vykonávají denně. Ony nejlépe ví, jaké k tomu potřebují pomůcky a jak to časově zvládnou.

V další otázce s č. 13 jsme se všeobecných sester dotazovali, zdali by měly zájem o podílení se na tvorbě ošetrovatelských standardů. Pouhých 30 (16,6%) sester projevilo zájem o podílení se na utváření standardů. Ale velká část, tedy 152 (83,5%) respondentů odpověděla, že by se nechtěli podílet na tvorbě. Je ovšem zarážející, že všeobecné sestry jsou nespokojeny s ošetrovatelskými standardy. Právě podílením se na jejich tvorbě by měly možnost je přizpůsobit tak, aby co nejlépe vyhovovaly jak pro nemocné tak i pro personál.

Paní Radka Prudká, která byla studentkou Západočeské univerzity v Plzni, uvádí ve své praktické části bakalářské práce na téma „Standardy ošetrovatelské péče ve státním a nestátním zdravotnickém zařízení z pohledu sester” následující informace. (51) Dotazovala se respondentů, zdali by měli zájem se podílet na tvorbě standardizovaných postupů ošetrovatelské péče. Z 89 dotázaných respondentů, kteří pracovali ve státním zdravotnickém zařízení jí 12 (13,48%) respondentů odpovědělo pozitivně. 58 (65,17%) dotázaných uvedlo, že nemá zájem a 19 (21,36%) respondentů uvedlo, že o tom nepřemýšlelo. Z nestátního zařízení, kde měla pí. Prudká 75 respondentů, byla data velmi podobná, 13 (17,34%) respondentů by se rádo podílelo na tvorbě, 52 (69,33%) nemá zájem a 10 (13,33%) jich o tom nepřemýšlelo.

Další otázkou, tedy otázkou č. 14 jsme od sester zjišťovali, z jakého důvodu by se nechtěly podílet na tvorbě ošetrovatelských standardů. 40 (36,36%) respondentů jako

důvod uvedlo to, že nemají čas na tvorbu standardů. V této otázce také odpovědělo 23 (20,91%) respondentů, že nemají dostatečné zkušenosti a znalosti. To, že nemají respondenti dostatečné znalosti je možné a v případě tvorby standardů by to byl možná značný problém. Vždyť zkušenosti sestry získávají praxí a zkoušením si nových praktik, proto bych v tom neviděla velký problém. Velmi mě zaujala odpověď, kterou označilo 6 (5,45%) respondentů. Uvedli, že standardy jsou nereálné. Bylo by dobré se zamyslet nad otázkou, z jakého důvodu přijdou sestrám standardy nereálné a pokud tedy pro sestry nereálně jsou, měly by se snažit vytvořit dostatek připomínek pro úpravu standardu. V opačném případě ovšem 11 (40,74%) dotázaných uvedlo, že by se chtěli podílet na tvorbě právě z důvodu jejich zkušeností proto, aby bylo by přihlédnuto k jejich názoru. Dále mě velmi zaujalo, že alespoň 9 (33,33%) respondentů by se chtělo na tvorbě podílet z toho důvodu, že dochází k nedorozumění v rámci provozu oddělení a postupy ve standardu. Myslím si, že takovýto názor je správný a sestry by se měly podílet právě z tohoto důvodu.

Zdali sestry čtou nově vydané standardy, jsme se tázali v otázce č. 15. Většina respondentů označilo odpověď ano, konkrétně tedy 232 (92,06%). Negativní odpověď uvedlo 20 (7,94%) dotázaných. Kolegyně Monika Hálková, studentka lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně uvádí ve své bakalářské práci podobnou otázku. (52) Táže se respondentů, jakým způsobem se seznamují s nově vydaným standardem. 172 (80,4%) respondentů pí. Hálkové uvedlo, že nově vydané standardy si prostudují a potvrdí to svým podpisem, naopak 35 (16,4%) dotázaných uvedlo, že nově vydané standardy nečtou, pouze se podepíší. 5 (2,3%) dotázaných uvedlo, že se o změnách či nových standardech dozvídají z provozní schůze. 2 (1%) respondenti uvedli odpověď jiné. Po shrnutí tedy většina respondentů odpověděla, že nově vydané standardy čtou.

Otázkou č. 18 jsme zjišťovali od všeobecných sester, zdali mají problém dodržovat nějaký ošetrovatelský standard. Ačkoliv drtivá většina, tedy 225 (89,29%) respondentů uvedla, že nemá problém, našli se i tací jedinci, kteří ho mají. 9 (3,57%) respondentů má potíže s dodržováním standardu, který vymezuje hygienu rukou u personálu. Do budoucna by např. bylo dobré zapátrat, proč právě tento standard dělá sestrám problém.

Důvod nedodržování ošetrovatelských standardů byla otázka č. 20, která byla pro respondenty nepovinná. Odpovědělo na ni pouze 9 (33,33%) respondentů z 27 dotázaných, kteří uvedli nějaký standard, který nejčastěji porušují. Nejvíce respondentů, tedy 5 (55,56%) se zmínilo, že standardy nemohou dodržovat kvůli časové náročnosti.

Bylo by dobré v dalším výzkumu více propátrat, za jakého důvodu nestíhají dodržovat standardy, popřípadě zajistit nějakou nápravu.

Odpověď v otázce č. 19 mě velmi zarazila. Dotazovali jsme se v ní respondentů, zdali si myslí, že poskytují nemocným kvalitní ošetrovatelskou péči. Z 276 respondentů uvedlo 14 (5,07%) všeobecných že neposkytují kvalitní ošetrovatelskou péči. Je opravdu k zamyšlení proč tomu tak asi je. Zdali je to kvůli nedostatku času, velkému množství pacientů na jednu sestru či kvůli syndromu vyhoření, to je otázkou.

Jestli mají sestry obavy z auditů, jsme zjišťovali v otázce č. 22. Velká část sester, konkrétně 134 (60,91%) uvedla, že se neobávají auditů. Oproti tomu v bakalářské práci kolegyně Hálková uvádí, že dle jejího výzkumu audity nevadí 61 (28,5%) respondentům. (52) Rozdíl mezi procenty je více jak polovina. Dále z našeho výzkumu vyplývá, že pouze 21 (9,55%) dotázaných audity stresují, naopak kolegyně Hálková uvádí, že 112 (52,3%) respondentů je nervózních z ošetrovatelských auditů. Nabízí se zde otázka k zamyšlení, zdali jsou v různých nemocnicích auditoři více striktnější a neúprosní nebo zda se sestry zbytečně stresují.

Zdali mají sestry nějaký postih za porušování standardů, jsme zjišťovali v otázce č. 23. Velká část dotázaných, konkrétně tedy 56 (25,45%) uvedla, že mají finanční postih za nedodržení ošetrovatelských standardů. Pokud se podíváme na otázku č. 18, zdali mají sestry problém s dodržováním standardů, je tedy dost možné, že finanční postih je pro ně takovou motivací, že ošetrovatelské standardy raději dodržují.

Odpovědi u následujících čtyř otázek mě velmi nemile překvapily. Tyto otázky byly vytvořeny z teoretické části práce a měly za úkol zjistit, zdali sestry znají význam ošetrovatelských standardů. V otázce č. 24 jsme se ptali, jestli slouží standardy k navyšování kvality. 174 (63,04%) respondentů uvedlo správnou odpověď, ale 102 (36,96%) neznalo správnou odpověď. Je tedy velmi pravděpodobné, že sestry si nespojují ošetrovatelské standardy s kvalitou ve zdravotnickém zařízení.

Správnou odpověď na otázku č. 25, ve které jsme se dotazovali, zdali poskytují standardy objektivní posouzení ošetrovatelské péče, znalo pouze 124 (44,93%) respondentů. Ovšem více jak polovina dotázaných, konkrétně 152 (55,07%) respondentů označila špatnou odpověď. Myslím si, že sestry berou standardy pouze jako jakýsi návod na poskytování ošetrovatelské péče, ale evidentně netuší, že ošetrovatelské standardy mají mnohem hlubší význam.

Zdali standardy zajišťují pocit jistoty a bezpečí jsme se tázali v otázce č. 26. Zde byly odpovědi velmi vyrovnané, 140 (50,72%) respondentů uvedlo kladnou odpověď,

136 (49,28%) dotázaných odpovědělo záporně. Standardy by měly zajišťovat nemocným pocit jistoty a bezpečí. Kolegyně Eva Sedláčková, která psala bakalářskou práci na téma „Hodnocení kvality ošetrovatelské péče“, se dotazovala pacientů, zdali mají ve zdravotnickém zařízení pocit jistoty a bezpečí. (53) Z celého počtu 82 (100%) respondentů uvádí 56 (68%) nemocných, že mají pocit jistoty a bezpečí, 17 (21%) pacientů uvedlo, že spíše ano a 9 (11%) nemocných nevědělo odpovědět.

V poslední otázce v dotazníku jsme se ptali respondentů, zdali standardy nějak chrání zdravotnický personál. Pokud respondenti uvedli že ano, měli také uvést jak. 135 (48,91%) dotázaných sester uvedlo, že standardy nijak nechrání zdravotnický personál. Oproti tomu 141 (51,09%) dotázaných uvedlo odpověď správnou. Více jak polovina z respondentů, kteří odpověděli kladně uvedla, že standardy chrání všeobecné sestry především právně, konkrétně tedy 79 (28,62%) respondentů. Myslím, že by sestry měly znát odpověď na tuto otázku, vždyť standardy jsou především pro ně a sestry netuší, jak moc jsou pro ně důležité.

Na základě těchto čtyř otázek, kde byly odpovědi ve velké míře špatně zodpovězeny, navrhuji jako doporučení pro praxi proškolení všeobecných sester o významu ošetrovatelských standardů. Sestry na ně nebudou hledět tak negativně a je možné, že se začnou ve větším množství podílet na jejich tvorbě. Výsledky těchto otázek mě velmi překvapily, neboť jsem čekala, že sestry mají větší znalosti o významu ošetrovatelských standardů.

Jako výstup z diplomové práce jsme se pokusily o zpracování návrhu ošetrovatelského standardu na téma komunikace s pozůstalými, jelikož 2 respondenti zmínili, že jim tento standard chybí a dále také z toho důvodu, že jsem psala bakalářskou práci na téma Úloha sestry při komunikaci s pozůstalými. Standard byl vytvořen do šablony dle Ministerstva zdravotnictví. (54)



## ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce byly „Ošetřovatelské standardy a všeobecné sestry“. Aby ošetřovatelská péče byla vykonávána dobře a především kvalitně, měly by znát sestry jednotlivé ošetřovatelské standardy, vědět, kde standardy v případě potřeby naleznou, mít povědomí o tom, jaký význam mají ošetřovatelské standardy a měly by je brát zejména jako pomocníky při výkonu sesterského povolání.

V teoretické části práce jsem se zabývala úvodem do ošetřovatelství a kvalitou ošetřovatelské péče, která s ošetřovatelskými standardy velmi úzce souvisí, další podstatnou kapitolou jsou samotné standardy, kdy definuji, co to standard je, jaký má význam a jak by měl správně vypadat. Čtvrtá kapitola práce je zaměřena na ošetřovatelský audit, další kapitola pak uvádí, co to je akreditace zdravotnických zařízení a v poslední kapitole teoretické části práce se zmiňuji o legislativě.

V praktické části práce jsem si stanovila dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký mají sestry přehled o standardech a zdali se sestry zajímají o ošetřovatelské standardy. Z výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry mají přehled o standardech a také se většina sester o ošetřovatelské standardy zajímá. U prvního cíle byly potvrzeny obě hypotézy. Ve druhém cíli zjišťuji, zdali většina sester ví, jaký význam mají ošetřovatelské standardy a také zdali sestry, které mají vysokoškolské vzdělání a praxi pod pět let, mají lepší znalosti o ošetřovatelských standardech než sestry, které nesplňují tato kritéria. Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry příliš nemají ponětí o významu ošetřovatelských standardů, ale také že sestry, které mají vysokoškolské vzdělání a praxi pod 5 let, nemají lepší znalosti o ošetřovatelských standardech než sestry, které nevyhovují tomuto kritérium. U tohoto cíle se nepotvrdila ani jedna hypotéza.

Jelikož z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry nemají příliš přehled o tom, jaký význam mají ošetřovatelské standardy, navrhuji tedy jako doporučení pro praxi, aby sestry byly více proškoleny či informovány na toto téma.

Jako výstup z diplomové práce jsem se na základě získaných výsledků z výzkumu pokusila o návrh ošetřovatelského standardu na téma komunikace s pozůstalými, který je uveden v přílohách.

## LITERATURA A PRAMENY

- 1) ČESKÁ REPUBLIKA. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, 9.
- 2) MANDYSOVÁ, Petra a HLAVÁČKOVÁ, Eva. Ošetřovatelství založené na důkazech - zahraniční databáze. Sestra. 2009, č. 3, 19-21. ISSN 1210-0404.
- 3) BUŽGOVÁ, Radka a JAROŠOVÁ, Darja. Evidence based practice jako součást celoživotního vzdělávání. In: Ošetřovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech: Nursing diagnostics and evidence based practice. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 72-75. ISBN 978-80-7368-230-9.
- 4) KOLEKTIV AUTORŮ. Výkladový ošetřovatelský slovník. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-802-4722-405.
- 5) KELNAROVÁ, Jarmila, CAHOVÁ, Martina, KŘEŠŤANOVÁ, Iva, KŘIVÁKOVÁ, Marcela a KOVÁŘOVÁ, Zdeňka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. Ročník. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 244 s. ISBN 978-802-4728-308.
- 6) CINOVÁ, Jana a ONDRIOVÁ, Iveta. Sestry a ošetřovatelský proces v praxi. Sestra. 2012, č. 10, 40-42. ISSN 1210-0404.
- 7) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Multikulturní ošetřovatelství 2. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- 8) NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELEKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
- 9) FARKAŠOVÁ, Dana a kol. Ošetřovatelstvo-teória. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- 10) STRNADOVÁ, Alice. 4. Kongres primární péče 26. - 27. 2. 2010, Top hotel Praha. [online]. [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: < <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2010-05/supplementum-pro-sestry-05-2010.pdf> >.

- 11) LÁVIČKOVÁ, Jana. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. Sestra. 2006, 4, 30-32. ISSN 1210-0404.
- 12) MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství 2. díl: systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
- 13) BÁRTLOVÁ, Sylva a MARKOVÁ, Marie. Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.
- 14) GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. 392 s. ISBN 80-722-6996-8.
- 15) MADAR, Jiří. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- 16) PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
- 17) PEŠEK, Jaromír. Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO. vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 110 s. ISBN 80-247-0551-6.
- 18) INTERNATIONAL JOINT COMMISSION. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 287 s. ISBN 978-802-4724-362.
- 19) SPOJENÁ AKREDIATČNÍ KOMISE. Hlavní prostředky pro naplňování našeho poslání. [online]. [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>>.
- 20) INTERNATIONAL JOINT COMMISSION. Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči. vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
- 21) ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
- 22) ŠAMÁNKOVÁ, Marie, HUŠKOVÁ, Marie a MATOUŠOVIC, Karel. Základy ošetrovatelství: pro studující lékařských fakult. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.

- 23) MZČR. Ministerstvo zdravotnictví zveřejňuje kompletní výsledky projektu Kvalita Očima Pacientů – tentokrát včetně psychiatrických léčení a rehabilitačních ústavů [online]. [cit. 2014-02-12]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zverejnuje-kompletni-vysledky-projektu-kvalita-ocima-pacientu-tentokrat-vcetne-psychiatrickych-leceben-a-rehabilitacnich-ustavu\\_2957\\_1513\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zverejnuje-kompletni-vysledky-projektu-kvalita-ocima-pacientu-tentokrat-vcetne-psychiatrickych-leceben-a-rehabilitacnich-ustavu_2957_1513_1.html)>.
- 24) Kvalita péče v zařízeních zřizovaných MZ. Infoservis VZP. 2010, 1 (6) 3.
- 25) KULHAVÝ, Jan. Kvalita očima pacientů. Zdravotnické noviny: odborné fórum zdravotnictví a sociální péče. 2010, 59 (4), 1-2. ISSN 0044-1996.
- 26) AVRESON, Paul. The Deming Cycle. [online]. [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <<http://balancedscorecard.org/?TabId=112>>.
- 27) MÁŠOVÁ, Renata a HAVRDLÍKOVÁ, Markéta. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. Sestra. 2009, 9, 19. ISSN 12-10-0404.
- 28) MZČR. Standardy. [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy\\_2885\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy_2885_15.html)>.
- 29) MZČR. Standardy ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-osectrovatelske-pece\\_2889\\_15.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/standardy-osectrovatelske-pece_2889_15.html)>.
- 30) MÁDLOVÁ, Ivana. Sestavování standardů metodou DySSSy [online]. [cit. 2014-01-17]. Dostupné z: <<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodika%20dysssy.htm>>.
- 31) Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. Sestra. 2007, 2, 21-22. ISSN 1210-0404.
- 32) GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a DICROCE, Helen. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
- 33) HEŘMANOVÁ, Jana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a SVOBODOVÁ, Hana. Morální tíseň: nové téma etiky v ošetrovatelství. Sestra. 2010, 2, 16-17. ISSN 1210-0404.

- 34) WHITE, Lois. Foundations of Basic Nursing. 2. vyd. Delmar Cengage Learning, 2004. 830 s. ISBN 1401826962.
- 35) ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Vedení ošetrovatelské dokumentace [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <<http://www.cnna.cz/vedeni-osevrotatelske-dokumentace>>.
- 36) FILKA, Jozef. Akreditace nemocnic mají smysl. Zdravotnictví a medicína. 2013, 13, 11. ISSN 2336-2987.
- 37) FILKA, Jozef. Aktuálně: Akreditace je nikdy nekončící proces. Sestra. 2013, 9, 6. ISSN 1210-0404.
- 38) FN MOTOL, Akreditace nemocnice. Sestra. 2012, 2, 5. ISSN 1210-0404.
- 39) Akreditace má smysl. Sestra. 2013, 7-8, 5. ISSN 1210-0404.
- 40) KALOUSKOVÁ, Jitka. Auditoři JCI používají metodu Stopař [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/auditori-jci-pouzivaji-metodu-stopar-383328>>.
- 41) Zákon č. 100/2013Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů. 25. 4. 2013.
- 42) VONDRÁČEK, Lubomír. Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
- 43) CÍSAŘOVÁ, Dagmar a SOVOVÁ, Olga. Trestní právo a zdravotnictví. 2. vyd. Praha: Orac, 2004. 183 s. ISBN 80-861-9975-4.
- 44) MZČR. Standardy ošetrovatelské péče [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osevrotatelske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-osevrotatelske-pece_7399_2849_29.html)>.
- 45) VONDRÁČEK, Lubomír a LUDVÍK, Miloslav. České ošetrovatelství 12. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I. 1. vyd. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 74 s. ISBN 80-7013 376-7.

- 46) HEŘMANOVÁ, Jana a kol. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 47) HOLUBOVÁ, Adéla. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. Sestra. 2008, 1, 10-11. ISSN 1210-0404.
- 48) NURSING WORLD. About ANA. [online]. [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA>>.
- 49) KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 50) FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa. Manuál pro zpracování diplomové práce. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2013. 56 s. ISBN 978-80-261-0167-3.
- 51) PRUDKÁ, Radka. Standardy ošetrovatelské péče ve státním a nestátním zdravotnickém zařízení z pohledu sester. Plzeň, 2009. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Andrea MAŠÍNOVÁ.
- 52) HÁLKOVÁ, Monika. Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta lékařská. Vedoucí práce Andrea POKORNÁ.
- 53) SEDLÁČKOVÁ, Eva. Hodnocení kvality ošetrovatelské péče. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně-sociální. Vedoucí práce Pavel SCHOLZ.
- 54) MZČR. Šablona standardního postupu. [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html)>.

## **SEZNAM ZKRATEK**

ANA - American Nurses Associaton

CVVH - Kontinuální (continuous) venovenózní hemofiltrace

Č. - Číslo

ČR - Česká Republika

EBM - Evidence Based Medicine (medicína založená na důkazech)

EBN - Evidence Based Nursing (Praxe založená na důkazech)

EBP - Evidence Based Practice (Praxe založená na důkazech)

EFQM - European Foundation for Quality Management (Evropská nadace pro řízení kvality)

EKG - Elektrokardiografie

HIV - Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

ISO - International Organisation for Standardization (Mezinárodní organizace pro standardizaci)

ISQua - International Society for Quality in Health Care (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví)

JCAH - Join Commision on Accreditation of Hospital (Společná komise pro akreditaci nemocnic)

JCAHO - Join Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení)

JCI - Joint Commission International (Spojená mezinárodní akreditační komise)

JIP - Jednotka intenzivní péče

Lege artis - Poskytování zdravotní péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

NGS - Nazogastrická sonda

Non lege artis - Neposkytování zdravotní péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy

Odd. - Oddělení

P - Proces

S - Struktura

SAK - Spojená akreditační komise

SOP - Standard ošetřovatelské péče

TEP - Totální endoprotéza

TQM - Total Quality Management

USA - Spojené státy americké

V - Výsledek

ZZ - Zdravotnické zařízení



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 2: Věk

Tabulka č. 3: Délka praxe

Tabulka č. 4: Pracoviště

Tabulka č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 6: Co je to standard

Tabulka č. 7: Tvůrce prvního standardu

Tabulka č. 8: Typy standardů

Tabulka č. 9: Standardy ve zdravotnickém zařízení

Tabulka č. 10: Uložení standardů

Tabulka č. 11: Kdo tvoří standardy

Tabulka č. 12: Podílení se na tvorbě standardů

Tabulka č. 13: Chtějí se sestry podílet na tvorbě?

Tabulka č. 14: Sestry se chtějí podílet, protože ...

Tabulka č. 15: Sestry se nechtějí podílet, protože ...

Tabulka č. 16: Čtou sestry nově vydané standardy?

Tabulka č. 17: Jaký standard změnit či zrušit

Tabulka č. 18: Chybějící standardy

Tabulka č. 19: Dodržování standardů

Tabulka č. 20: Důvod nedodržování standardů

Tabulka č. 21: Kvalitní ošetrovatelská péče

Tabulka č. 22: Audity na oddělení

Tabulka č. 23: Častost auditů

Tabulka č. 24: Obavy z auditů

Tabulka č. 25: Postih za porušení

Tabulka č. 26: Standardy a navyšování kvality péče

Tabulka č. 27: Standardy a objektivní posouzení poskytnuté péče

Tabulka č. 28: Standardy a pocit jistoty a bezpečí

Tabulka č. 29: Standardy a ochrana personálu

# **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Ochrana personálu

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Edwards Deming

Příloha č. 2: Demingův kruh

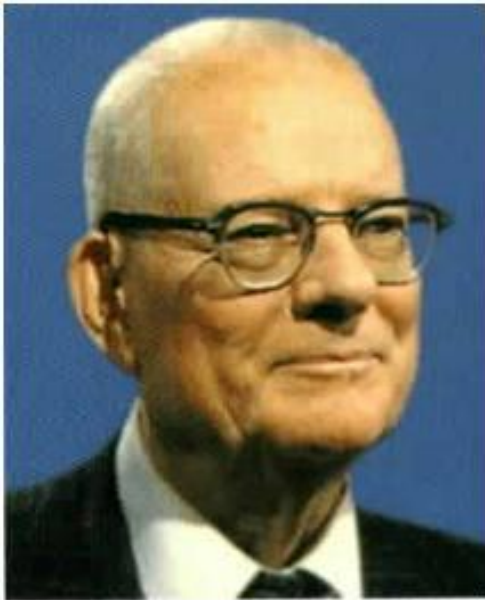
Příloha č. 3: Florence Nightingale

Příloha č. 4: Avedis Donabedian

Příloha č. 5: Dotazník

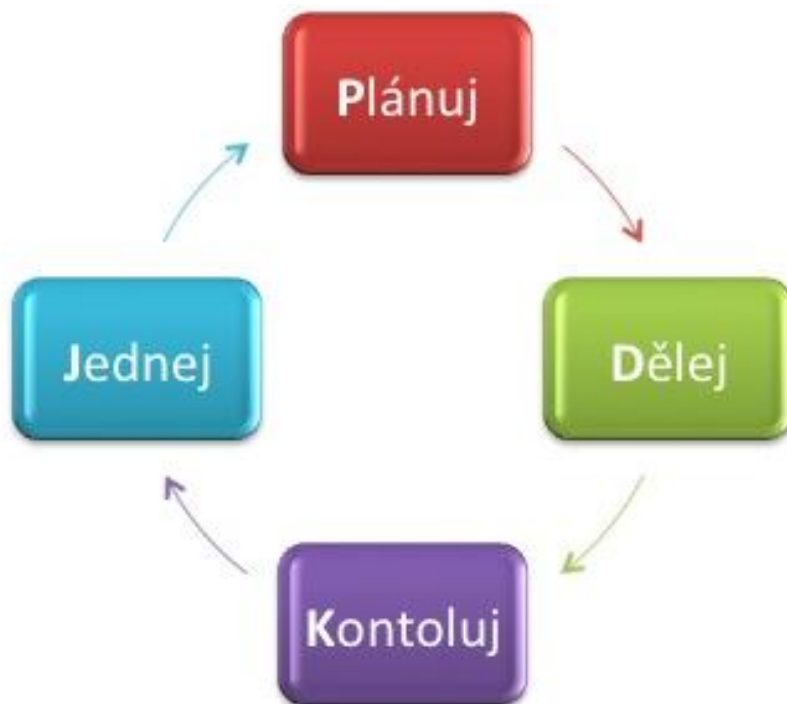
Příloha č. 6: Návrh ošetrovatelského standardu

## Příloha č. 1 - Edwards Deming



Zdroj: <http://www.pro-qaly.hu/minoseg-tortenete-az-egeszsegugyben-106.html>

## Příloha č. 2 – Demingův kruh



Zdroj: <http://www.vlastnicesta.cz/clanky/informace-a-bezpecnost/>

### **Příloha č. 3 - Florence Nightingale**



Zdroj: [http://en.wikipedia.org/wiki/File:Florence\\_Nightingale\\_by\\_Goodman,\\_1858.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Florence_Nightingale_by_Goodman,_1858.jpg)

### **Příloha č. 4 – Avedis Donabedian**



Zdroj: <http://www.pro-qaly.hu/minoseg-tortenete-az-egeszsegugyben-106.html>

## Příloha č. 5 – Dotazník

1. Pohlaví
  - a) Žena
  - b) Muž
  
2. Věk
  - a) 19 – 30 let
  - b) 31 – 40 let
  - c) 41 – 50 let
  - d) 50 let a více
  
3. Délka Vaší praxe
  - a) Do 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 – 15 let
  - d) 16 let a více
  
4. Pracoviště
  - a) Ambulance
  - b) Standardní oddělení
  - c) Jednotka intenzivní péče
  - d) Jiné.....
  
5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Středoškolské
  - b) Vyšší odborné
  - c) Vysokoškolské – bakalářské
  - d) Vysokoškolské – magisterské
  - e) Jiné .....
  
6. Co je to standard?
  - a) Předem stanovená závazná norma
  - b) Zákon
  - c) Vyhláška
  - d) Norma vymezená zdravotní pojišťovnou
  
7. Kdo vytvořil jedny z prvních ošetřovatelských standardů?
  - a) Henri Dunant
  - b) Alexander Fleming
  - c) Florence Nightingalová
  - d) Dorothea Oremová

8. Jaké máme typy standardů?
- a) Strukturální, procesuální a výsledkové
  - b) Centrální a lokální
  - c) Soukromé a veřejné
  - d) Celoevropské, celostátní a krajské
9. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení standardy ošetrovatelské péče?
- a) Ano
  - b) Ne
10. Pokud jste u předchozí otázky odpověděl/a že NE, pokračujte otázkou číslo 19 a poté na otázky č. 24 - 27. Pokud jste odpověděl/a že ANO, tak prosím uveďte, kde můžete najít ošetrovatelské standardy ve Vašem zdravotnickém zařízení.
- .....
11. Kdo ve Vašem zdravotnickém zařízení vytváří standardy?
- .....
12. Podílíte se na vytváření ošetrovatelských standardů? Pokud odpovíte ANO, pokračujte otázkou č. 15.
- a) Ano
  - b) Ne
13. Pokud se nepodílíte, chtěl/a byste se na něm podílet?
- a) Ano
  - b) Ne
14. Můžete uvést proč ANO či NE.
- .....
15. Čtete nově vydané standardy?
- a) Ano
  - b) Ne
16. Které standardy byste chtěl/a změnit či zrušit?
- .....

17. Postrádáte nějaký ošetrovatelský standard k ošetrovatelskému výkonu?  
a) Ano. Jaký?.....  
b) Ne
18. Máte problém s dodržováním nějakých standardů? Pokud ano tak s jakým nejčastěji a proč?  
.....
19. Myslíte si, že poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči?  
a) Ano  
b) Ne
20. Máte na oddělení audity na dodržování ošetrovatelských standardů? Pokud nemáte, přejděte na otázku č. 24 a pokračujte dále v dotazníku.  
a) Ano  
b) Ne
21. Pokud máte na oddělení audity na dodržování ošetrovatelských standardů, jak často probíhají?  
a) 1x měsíčně  
b) 4x za rok  
c) 2x za rok  
d) Jiné.....
22. Obáváte se auditů?  
a) Ano. Proč?.....  
b) Ne
23. Máte nějaký postih za porušování standardů?  
a) Ano. Jaký?.....  
b) Ne
24. Myslíte si, že standardy slouží standardy k navyšování kvality péče?  
a) Ano  
b) Ne
25. Myslíte si, že standardy poskytují objektivní posouzení poskytnuté péče?  
a) Ano  
b) Ne



26. Myslíte si, že standardy zajišťují pocit jistoty a bezpečí pacientům?

- a) Ano
- b) Ne

27. Myslíte si, že standardy chrání zdravotnický personál?

- a) Ano. Proč? Jak?.....
- b) Ne

## **Příloha č. 6 – Návrh ošetrovatelského standardu**

### **Návrh standardního postupu pro komunikaci s pozůstalými**

Znak nemocnice *[název]*

Vydání: *[číslo]*

Frekvence kontroly: *[datum]*

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Připomínkové řízení do: *[datum]*

*[Připomínkující]*

Průběh schvalování standardního ošetrovatelského postupu:

Odborný garant:

Datum:

Schválil: *[Schvalovatel – vedoucí zaměstnaneckého úseku]*

Datum:

Ověřil: *[Ověřovatel – kontrolní osoba ze skupiny]*

Datum:

Kontaktní osoba: *[Z úseku ošetrovatelské péče]*

Nabývá účinnosti dne:

Držitel dokumentu: *[Číslo úseku]*

### **DEFINICE KOMUNIKACE**

Komunikace je prostředek, kterým lidé navazují vzájemný kontakt, předávají si své citové zážitky, myšlenky a postoje. Komunikace ve zdravotnictví není pouze o mluvení, ale hlavně o sdělování a získávání informací, na nichž závisí zdraví či život pacientů. Správná komunikace posiluje kvalitu vztahu sestry s pacientem a jeho rodinou. Pro sestru je důležité, aby uměla navázat s pacientem a jeho blízkými kontakt a vytvořila vztah založený na úctě a respektu. Sestra, která správně komunikuje, bývá úspěšnou iniciátorkou změn orientovaných na upevnění zdraví, příznivěji vytváří důvěrný vztah s pacientem a jeho blízkými a také předchází právním obtížím, které bývají spojeny s ošetrovatelskou praxí. Komunikace je součástí odborné kompetence všeobecné sestry. (Špatenková, Králová, 2009)

## **VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ**

Eufemismus - zjemnění jazykového výrazu označujícího nepříjemnou nebo drsnou skutečnost

## **ZKRATKY**

SOP – standard ošetrovatelské péče

S – sestra/y

## **CÍL**

Komunikace s pozůstalými musí být velmi citlivá, ale správná a založená především na úctě a respektu.

## **KOMPETENTNÍ OSOBY**

Návrh standardu je určen pro potřeby všeobecných sester při komunikaci s pozůstalými.

## **JEDNÁNÍ A PŘÍSTUP K POZŮSTALÝM**

### **PODÁVÁNÍ INFORMACÍ**

- S pozůstalými by měla jednat taková osoba, která je součástí ošetrovatelského týmu a je pro pozůstalé autoritou.
- Pozůstalí by měli zprávu o úmrtí blízkého vyslechnout v sedě.
- Rodina by se o úmrtí blízkého neměla dozvědět tzv. „zážitkem prázdného pokoje“, kdy vstoupí do pokoje a lůžko, kde ležel jejich blízký je prázdné. Pokud se tak stane, značí to o naprostém profesionálním selhání při komunikaci s příbuznými zemřelého.
- Je velmi důležité, aby se informace sestry a lékaře shodovaly, neboť nepřesné a rozporné informace mohou vnímat pozůstalí jako chybnou péči.
- Sestra nesmí poskytnout medicínské informace, na to má právo pouze lékař.

### **PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K POZŮSTALÝM**

- Pozůstalí přicházejí do nemocnice pro osobní věci, které jejich blízký v době hospitalizace užíval. Nepřicházejí ale pouze pro věci, očekávají i rozhovor, který jim dá odpověď na řadu otázek, které se týkají smrti jejich blízkého člověka.

- Během předávání osobních věcí by si měla především sestra najít čas na krátký rozhovor s pozůstalými. Pozůstalí se většinou chtějí dozvědět, jak jejich blízký prožil poslední hodiny života a jak zemřel.
- Sestry mohou nabýt dojmu, že rozhovor o bolestivých záležitostech spojených se smrtí je pro pozůstalé sám o sobě bolestivý. Toto přesvědčení je nepravdivé, ale zato velmi rozšířené. Příčinou bolesti pozůstalých není hovor o smrti, ale smrt je příčinou jejich strádání.
- Sestra by měla pozůstalé ujistit, že jejich blízký netrpěl, že mu byla poskytnuta nejlepší možná péče, dále pak, že měl dostatečný přísun léků proti bolesti a že celý ošetrovatelský tým provedl všechny možné postupy pro jeho záchranu popřípadě na zmírnění utrpení. Po takovémto krátkém rozhovoru je pro pozůstalé snažší přijmou zprávu o úmrtí. Je možné říct například, že medicína ještě doposud neobjevila lék na dané onemocnění, nebo že jejich blízký prožil dlouhý život a že oceňujeme jejich laickou pomoc a péči o pacienta.
- Když lékař oznámí příbuzným smrt blízkého, pozůstalí v takovéto chvíli potřebují podporu a pomoc. Sestry by jim ji měly nabídnout, neboť první okamžiky po smrti blízkého jsou pro pozůstalé velmi důležité. Sestra většinou bývá první osoba, kterou pozůstalí na oddělení potkají. Komunikací, lidskostí, vřelostí a vědomostmi může pozůstalým výrazně pomoci.
- Pro poskytování podpory pozůstalým je důležitá osobní zkušenost, vzdělání v problematice truchlení a samotná podpora truchlících.
- Dále by sestra neměla opomenout pozůstalým podat informace o zdrojích pomoci a podpory, jako jsou poradny pro pozůstalé či psychologické ordinace, popřípadě dát kontakty či informační letáky.
- Na smrt reaguje každý člověk jiným způsobem a sestry si tuto skutečnost musí uvědomit. Velkou pozornost sestry musí věnovat sebevražedným úmyslům a myšlenkám pozůstalých.
- Dalším důležitým úkolem je normalizovat symptomy truchlení, tedy přesvědčit pozůstalé, že to, co cítí a prožívají je přirozené a normální.
- Je důležité myslet na to, že zármutek není nemoc, ale splňuje všechna její kritéria a že truchlení je velmi podobné depresi, ale není depresí.
- Pokud by došlo k neprofesionálnímu přístupu k pozůstalým, velmi silně to může degradovat výsledky kvalitní práce a poskytované péče klientovi.

## **ZÁSADY KOMUNIKACE**

- Komunikovat s pozůstalými je náročné a proto by komunikace s pozůstalými měla probíhat důstojně, měla by být vstřícná a empatická.
- Sestra by měla pozůstalým naslouchat a také je utěšovat v počátečním šoku. Takovýmto přístupem se projevuje její role poradce, učitele a advokáta.
- Sestra by měla komunikovat citlivě, měla by mít dostatek trpělivosti.
- Je ideální užívat slova, která jsou pro pozůstalé užitečná a přinášejí úlevu. Je vhodné říct například: „Netrpěl, zemřel ve spánku”.
- Další důležitou věcí je, aby si sestra vyhranila dostatek času na komunikaci s pozůstalými.
- Sestra by měla pomoci truchlícím vyjádřit jejich emoce a pozůstalí by měli mít dostatečný prostor a čas, aby mohli plakat a zlobit se.
- Sestry by neměly zapomenout využívat aktivní prvky naslouchání.

## **CO JE IDEÁLNÍ UDĚLAT**

- Sestra se dostává do kontaktu s rodinou především při předávání pozůstalosti.
- Úkolem sestry je zajistit klidné prostředí, kde nebudou nikým rušeni, kde nebudou na očích ostatním pacientům.
- Sestra by se měla pozůstalým představit a kondolovat jim a také by měla taktně a důstojně popsat průběh posledních chvil zemřelého.
- Pozůstalí se v takovouto chvíli neobejdou bez podpory a pomoci. Sestry by jim ji měla nabídnout a také poskytnout informace o postupu při vyřizování pohřbu a jak dále postupovat při vyřizování ostatních formalit.
- Pozůstalým je nutné věnovat nemalou pozornost.
- Důležité je, aby sestry nebránili v pláči pozůstalým, protože pláčem se projevují pocity pozůstalých. V takovéto chvíli by měla sestra plačícím nabídnout papírové kapesníky a symbolicky ale i reálně své rameno.
- Hlavním pravidlem během komunikace s pozůstalými je zaměřit a soustředit se na jejich pocity.

## **ČEMU SE VYVAROVAT**

- Během komunikace s pozůstalými bychom se měli vyhnout eufemismům.
- Sestry by neměly říkat „Stalo se to včera”, ale raději říct „Zemřel včera večer”.

- Také není vhodné říkat: „Vše bude dobré, chce to čas“.
- Fráze „Je to pro něj takhle lepší“ také není příliš vhodná.
- Říkat pozůstalým „Netrapte se tím“ je absurdní, protože jak se pozůstalí nemají trápit, když jim odešel milovaný člověk.
- Sestra by truchlící neměla přerušovat v rozhovoru a není ani vhodné jim skákat do řeči.

## **POUŽITÁ LITERATURA**

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4 .

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

KOTALÍKOVÁ, Jaroslava. Chování k pozůstalým. Sestra. 1996, 6 (2), s. 27. ISSN 1210-0404.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KŘIVÁNKOVÁ, Tamara. Zážitek prázdného pokoje. Florence. 2007, 3 (5), s. 235-236. ISSN 1801-464X.

HALADOVÁ, Renata. Psychologický přístup k pozůstalým. Sestra-slovenská verze. 2005, 4 (12), s. 17. ISSN 1335-9444.

## **ZPRACOVATELÉ**

Bc. Kristýna Šmajdová

## KRITÉRIA K AUDITU

Klinika, oddělení:

Datum:

Iniciály sestry							
Metoda	Kontrolní kritéria						
Dotaz na S	Může S podat pozůstalým medicínské informace, pokud není přítomen lékař?						
Dotaz na S	Vyjmenujte alespoň 5 zásad správné komunikace.						
Dotaz na S	Uveďte alespoň 3 body, které je nutné provést při kontaktu s pozůstalými.						
Dotaz na S	Uveďte alespoň 3 věty, které není vhodné pozůstalým říct.						
Dotaz na S	Uveďte 1 větu, kterou byste řekl/a pozůstalým.						

Metoda dotazování sester je zde uvedena záměrně, neboť pozorování sester při komunikaci s pozůstalými či při předávání pozůstalosti by nebylo příliš etické a vhodné vůči pozůstalým.