

# BEZPEČNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

**Bakalářská práce**

***EVA KARPÍŠKOVÁ***

***VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE***

Mgr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31  
Datum obhajoby:

**Praha 2008**

**ABSTRAKT**

KARPIŠKOVÁ, Eva: Bezpečná ošetrovatelská péče. (Bakalářská práce) Eva Karpíšková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Andrea Pohlová Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je zjištění znalosti pojmu bezpečná ošetrovatelská péče u všech všeobecných sester, které pracují na lůžkových pracovištích dané nemocnice. Teoretická část práce popisuje stručný vývoj ošetrovatelství po dnešní dobu, která se řídí Konceptí ošetrovatelské péče České republiky z roku 2004. Následuje stať teorie posuzování kvality ošetrovatelské péče a pokračuje částí týkající se bezpečné ošetrovatelské péče, jejíž součástí jsou poznatky ze zahraničí i stav v naší republice. Před vlastním šetřením je závěr teoretické části věnován šetření mimořádné události při poskytování ošetrovatelské péče. Vlastní výzkum byl prováděn anonymním dotazníkem a osloveny byly všechny všeobecné sestry, které pracují u lůžka pacienta. Cílem bylo zjistit znalost pojmů, které jsou spojeny s bezpečnou péčí, dále situaci v dané nemocnici, souvislosti mezi stupněm vzdělání a znalostí bezpečné péče.

Bezpečí pacientů je v posledních letech středem zájmu všech lůžkových zdravotnických zařízení a je nedílnou součástí při hodnocení jednotlivých nemocnic mezi sebou a při akreditačním šetření.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče, bezpečí pacienta, všeobecná sestra, mimořádná událost, standardní postup, bezpečná ošetrovatelská péče.

## **ABSTRACT**

Main subject of this bachelor's thesis is a survey of knowledge of the term "safe nursing care" among all general practice nurses working in bed wards of the selected hospital. Theoretical part of the thesis briefly describes development of nursing care up to present date (it is currently determined by Nursing care strategy of the Czech Republic from 2004). Ensuing main theoretical part deals with assessment of the quality of nursing care and develops the term "safe nursing care", which includes part about foreign and local experience and relevant information. Last section of the theoretical part describes investigation of an extraordinary case in nursing care. Actual research was conducted using anonymous questionnaire and all general practice nurses working at patients' beds were surveyed. Main objective of the survey was an assessment of nurses' knowledge, related to safe nursing care terminology, situation in the particular hospital and correlation between educational degree and knowledge of safe nursing care.

Safety of the patients has recently become one of the main concerns of all hospitals with bed-ward sections and it has also become one of the important components in the assessment of hospitals and in accreditation surveys.

Key words: Nursing care, safety of the patient, general practice nurse, extraordinary case, standard care, safe nursing care.

## **PŘEDMLUVA**

Cesta k bezpečnému prostředí pro pacienta, ale i pro zdravotníka, je jednou z priorit českého zdravotnictví a tvoří součást snahy o zvyšování kvality zdravotní péče. Na světě neexistuje jediná nemocnice, v níž není riziko ohrožení pacienta nežádoucí

událostí a proto je jedním z hlavních cílů všech takovýchto zdravotnických zařízení minimalizovat rizikové situace.

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se na danou problematiku v konkrétní nemocnici. Cílem bylo zjistit znalost této oblasti mezi všeobecnými sestrami, které svou ošetrovatelskou péčí věnují hospitalizovaným pacientům a jsou s nimi nejvíce v kontaktu. Jaký je jejich postoj ke standardním postupům, k pochybení při výkonu povolání a v názoru na tuto problematiku. V neposlední řadě byla snaha zjistit, zda souvisí stupeň vzdělání všeobecné sestry se znalostí a využíváním prostředků pro bezpečnou ošetrovatelskou péči. Materiál jsem čerpala hlavně z knižních publikací PhDr. Petra Škrdly, Ph.D., dále z časopiseckých publikací, konferencí a přednášek, které se daným tématem zabývaly a to zejména přednášky MUDr. Davida Marxe, Ph.D.

Práce je určena managementu dané nemocnice, která by výsledky šetření mohla využít při plánu pracovníků, co do počtu dle stupně vzdělání a dále, jaká opatření by měla v dané oblasti podniknout, jaké standardní postupy připravit a v čem zlepšit edukaci všeobecných sester.

Touto cestou bych ráda vyslovila poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Andree Pohlové, za podporu a pedagogické usměrnění, které mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Současně patří mé poděkování Mgr. Barbaře Dostálové a Bc. Marii Vávrové za rady a pomoc.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne 12. března 2008

.....  
Eva Karpíšková

## **OBSAH**

<b>Úvod</b>	<b>8</b>
<b>1 Teoretická část</b>	<b>10</b>
1.1 Vývoj ošetrovatelství	10
1.2 Stručná historie ošetrovatelství	10
1.2.1 Historie českého ošetrovatelství	12
1.3 Charakteristické rysy moderního ošetrovatelství	14
1.3.1 Ošetrovatelství – koncepce	14
1.3.2 Ošetrovatelství – definice	15

1.3.3	Ošetřovatelství – cíle	16
1.4	Posuzování kvality ošetřovatelské péče	17
1.4.1	Kvalita ošetřovatelské péče – definice	18
1.4.2	Kvalita ošetřovatelské péče z globálního pohledu	19
1.5	Bezpečná ošetřovatelská péče	19
1.5.1	Zahraniční poznatky	21
1.5.2	Situace v České republice	23
1.5.3	Požadavky na bezpečné ošetřovatelství	25
1.5.4	Mimořádné události – definice	26
1.5.5	Mimořádné události – klasifikace	26
1.5.6	Mimořádné události – typy	27
1.5.7	Mimořádné události – postupy šetření	27
1.5.8	Hlášení mimořádných událostí	28
1.5.9	Mimořádné události – šetření	29
<b>2</b>	<b>Praktická část</b>	<b>31</b>
2.1	Cíle a hypotézy výzkumu	31
2.2	Cíle výzkumu	31
2.3	Hypotézy	32
<b>3</b>	<b>Metodika výzkumu</b>	<b>33</b>
3.1	Použité metody	33
3.2	Pilotní studie	33
3.3	Charakteristika souboru	34
<b>4</b>	<b>Výsledky šetření a jeho analýza</b>	<b>35</b>
4.1	Identifikační údaje	36
4.2	Postoj ke standardním postupům	41
4.3	Postoj k mimořádné události	50
4.4	Ovlivnění bezpečné péče	59
<b>5</b>	<b>Diskuze</b>	<b>67</b>

5.1	Identifikační údaje	67
5.2	Standardní postupy	68
5.3	Mimořádné události	69
5.4	Vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči	71
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>Přílohy</b>	<b>75</b>
7.1	Příloha A – dotazník	75
7.2	Příloha B - souhlas se šetřením	79
<b>8</b>	<b>Seznam bibliografických odkazů</b>	<b>80</b>
<b>9</b>	<b>Seznam zkratk a symbolů</b>	<b>84</b>
<b>10</b>	<b>Slovník termínů</b>	<b>85</b>

## Úvod

„Je zřejmé, že jednou z lidských vlastností je chybovat. Jednou z nich je ale také vytvářet řešení, objevovat alternativy a čelit výzvám, které jsou před námi.“

Institut medicíny, USA

Po přečtení předložených témat na bakalářskou práci mne oslovilo téma „Bezpečná ošetrovatelská péče.“

Jde o širokou oblast, která je v současné době středem zájmu všech, kteří poskytují zdravotní péči a je tématem na řadě seminářů, kongresů i tiskových prohlášení Ministerstva zdravotnictví České republiky. Hovoří o ní všichni, kdo žádají o národní či mezinárodní akreditaci. Souvisí to i s novými trendy, které vstup České republiky do Evropské unie přinesl do zdravotnictví. Je jedním z kritérií při porovnávání kvality péče mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Šetření jsem zaměřila na poskytovatele ošetrovatelské péče, tzn. všeobecné sestry na všech stupních profesního postavení, od absolventky po vrchní sestru. Mým cílem bylo zhodnotit, jak bezpečná je ošetrovatelská péče na všech lůžkových klinických pracovištích dané nemocnice. Jako úkol jsem si vytýčila zjistit skutečný, aktuální stav bezpečné ošetrovatelské péče a výsledky poskytnout managementu nemocnice.

Jde o monografický výzkum, kde jsem použila kvantitativní techniku – anonymní dotazník. Typické by bylo použít kvalitativní metodu a to pozorování, ale hlavním důvodem použití dotazníku byla obava, že získané informace dotazováním a pozorováním by byly zkreslené a stanoveného cíle by nebylo dosaženo.

Pro vystihnutí dané problematiky jsem sestavila dotazník pro všeobecné sestry, který vycházel z hlavních mezinárodních bezpečnostních cílů stanovených Joint Commission International (dále jen JCI):

1. správná identifikace pacienta
2. účinná komunikace
3. bezpečné podání léků
4. prevence stranové záměny



5. snížení rizika nozokomiálních nákaz – hygiena rukou
6. snížení rizika pádů pacientů

V současné době je velká konkurence, a to jak ve výběru zdravotnického zařízení ze strany pacientů, tak zdravotnických pracovníků všech nelékařských oborů. Proto je jedním z mých předních záměrů, aby byl zajištěn pocit bezpečí a jistoty pacientů a současně všeobecným sestřám zajistit podmínky, aby bezpečné ošetřovatelství mohly vykonávat. Šetřením jsem chtěla získat validní informace, které budou pro vedení nemocnice materiálem ke srovnání s jinými poskytovateli zdravotní péče stejného typu a budou pomoci v případě žádosti o akreditaci nemocnice.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Vývoj ošetrovatelství

Objasnit a pochopit postavení a úroveň ošetrovatelství v jednotlivých obdobích, tj. poznat a interpretovat minulost, analyzovat přítomnost a současné problémy, nám umožňuje poznání historie. (Hlinovská, 2005)

## 1.2 Stručná historie ošetrovatelství

Kořeny ošetrovatelství, z nichž se postupně vyvinulo moderní ošetrovatelství, je třeba hledat v historii léčebné péče v tom nejširším slova smyslu, jak se formovala v toku času. Člověk se ve svém vývoji setkával s nejrůznějšími chorobami a zraněními a bylo potřebné, aby se léčil. V nejstarších dobách si lidé vznik a původ vnitřních nemocí vysvětlovali působením zvláštních nadpřirozených sil, protože jejich skutečnou příčinu vzhledem k nízkému stupni poznání nebyli schopni ještě odhalit. (Bubníková, 2006)

Ošetrovatelství bylo a je ovlivňováno mnoha faktory jako je náboženství a dále kulturní, sociální, ekonomické a politické faktory. Velký význam pro rozvoj měly války, vědecké objevy a osobnosti, které si uvědomovaly nutnost změn a našly cesty, které je dovedly k cíli. Všechny výše jmenované faktory působí v určitém vzájemném vztahu, proto není možné chápat jejich vliv odděleně. (Alexander, 1997)

V primitivní společnosti se pomoc omezovala na různé magické rituály, zaříkávání či zaklínání. Druh této péče zajišťovali šamani či chrámoví kněží a s podobnou praxí se můžeme i dnes setkat při studiu života primitivních etnik. Kromě toho bylo praktikováno to, co dnes nazýváme lidovým léčením. Zaměřovalo se na léčbu vnějších neduhů, nejrůznějších poranění a chorob, co byl primitivní člověk schopen rozeznat. Rozvoj léčebné péče a ošetrovatelství byl nerovnoměrný. (Bubníková, 2006)

Z takřkajíc „prehistorie lékařství“ se nejprve v evropském civilizačním prostoru vymanila lékařská péče ve starověkém Řecku. Od doby Hippokratovy (2. pol. 5 století př. n. l.) můžeme mluvit o organizovaném lékařství v Řecku. Další rozvoj pak probíhal v římské říši, kam své medicínské znalosti přinesli právě řečtí lékaři (Asklepiádés – 1. stol. př. n. l.). Rozvoj medicíny je dále spojen s arabským světem 9. a 10. století (Avicenna asi 980 – 1037 n. l.). Právě arabští lékaři, vedle vlivu byzantské říše po zániku západořímské říše, zprostředkovali znalosti medicíny evropským zemím. (Bubníková, 2006)

S rozvojem společnosti se uctívání bohů soustředilo do chrámů, kam přicházeli nebo byli dopraveni nemocní. Zde se kněží mohli modlit za jejich uzdravení. Vznikala zde stabilní komunita s vlastními kněžskými a jejich pomocníky. Kněží tak vešli do podvědomí jako kněží – lékaři a chrámoví sluhové byli pravděpodobně prvními špitálními „sestrami“. V domácnostech byla ošetrovatelská péče poskytována matkami nebo jinými členy rodiny a otroky. Náboženství, které ovlivnilo zdravotní péči bylo monoteistické náboženství židovské. Vysocí kněží pracovali jako lékaři a zdravotní inspektoři podle zákona, který dostal Mojžíš od boha. Zákon představoval soubor pravidel pro prevenci onemocnění a pro podporu zdraví. Obsahoval např. aspekty osobní hygieny, ukládání odpadků a lidských výměšků a jednání kolem přenosných chorob. (Alexander, 1997)

Velmi silně ovlivnilo zdravotní péči křesťanství, protože bylo velmi silně založeno na službě bližnímu. Tato služba vedla již v 1. století n.l. mnoho osob, aby navštěvovaly a ošetrovaly nemocné a ve 4. století pro tyto účely začaly vznikat první kláštery, kde se příslušnice vysokých římských společenských vrstev zapojily do péče o nemocné. Postupem staletí zakládaly církevní řády v mnoha zemích mužské a ženské kláštery, kde mniši a jeptišky ošetrovali tělesně a duševně nemocné. V této jejich činnosti lze vidět již první náznaky uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb. Naopak církev protestantská se zaměřovala na pomoc jedinci, rodině a komunitě. (Alexander, 1997)

Velký vliv na rozvoj ošetrovatelství měly války. Velké množství raněných vojáků a velmi špatné hygienické podmínky lazaretů mělo za následek hromadné infekce,

nedostatečné znalosti zdravotníckého personálu, to vše vyvolávalo zvýšenou potrebu lekárskej a ošetrovateľskej péče. Ve staroveku sa o ranené vojáky starali otroci, Rímané stavili pri ťaženích organizované lazarety. Križiacké války vedly k vytvoreniu dobre organizovaných vojenských ošetrovateľských rád, ktoré o križáky pečovali. Mnoho ošetrovateľských tradícií má práve svoje korene vo vojenskom ošetrovatelstve. Jedná sa napr. o vizity s lekárom, spôsob usporiadania ošetrovacích jednotiek, kde ľahší pacienti boli na veľkých pokojoch, postranné pokoje boli pre vážnejšie nemocné pacienty, boxy pre pacienty v kritickom stave. Pesto sa vojenská medicína rozvíjala pomaly. Až na konci 18. storočia sa armádne a poľné nemocnice stali súčasťou armády. Napoleonské ťaženie a neskôr Krymská vojna v 19. storočí ukázali potrebu efektívnej zdravotnej péče o vojákov na bojiskách. Zde sa objavuje Florence Nightingalová, ktorá sa podarilo, so skupinou katolíckych jeptišiek, anglikánskych sestier a laických ošetrovateľiek, znateľne znížiť počet mŕtvych vojakov na následky poranenia a infekcie. Podarilo sa jí to zavedením reforiem, ktoré boli výsledkom jej usilovnej práce a znamenali polozenie základu k samostatnému profesionálnemu ošetrovatelstvu, ktoré vyžaduje kvalitnú prípravu. F. Nightingalová vytvorila prvú koncepciu ošetrovatelstva a jej kniha „Poznámky o ošetrovatelstve“ bola preložená do rady jazykov vrátane češtiny. (Alexander, 1997)

Od druhej polovice 19. storočia bol v ošetrovatelstve kladen veľký dôraz na vzdelanie sestier, ale pretože sa učili hlavne lekári, začalo sa ošetrovatelstvo postupne medicalizovať a jeho humánny a charitatívny aspekt sa postupne oslaboval. Ke konci 19. storočia vedl zvyšujúci sa záujem o ošetrovatelstvo ako samostatnú profesiu k založeniu Medzinárodnej rady sestier (International Council of Nurses – ICN) v roku 1899 v Londýne. Hlavným cieľom tejto medzinárodnej organizácie bolo a stále je zlepšovať péču o zdravie, kvalitu ošetrovateľských služieb a ekonomické a pracovné podmienky sestier.

### **1.2.1 Historie českého ošetrovatelství**

V českých zemích môžeme zárodok organizovaného ošetrovania nemocných sledovať už v 10. storočí, keď v Prahe vznikali prvé hospice. Spíše sa jednalo o útulky pre chudé, nemajetné a nemocné osoby, kde civilné sestry poskytovaly charitatívnu

pomoc v základních potřebách. Podobnou roli sehrály některé náboženské řády a kongregace, které vedle svých klášterů zakládaly první špitály a poskytovaly především stravu, lože a teplo, než léčení nemocných. V této době bylo ošetřovatelství laickou službou člověku trpícímu. Mělo humánní charakter. Prováděno bylo osobami bez odborného vzdělání, které přejímaly zkušenosti svých předchůdců. Pro tuto práci byly hluboce lidsky motivovány a jejich činnost spočívala v uspokojování základních lidských potřeb. (Alexander, 1997)

Známou postavou počátků ošetřovatelství byla Anežka Přemyslovna, sestra krále Václava I., která v Praze založila několik klášterů, špitál a řád křížovníků s červenou hvězdou. Řád pečoval o chudé a nemocné podle pravidel vypracovaných Anežkou, která je uznávána jako patronka českého ošetřovatelství. Další ženské řády pečující o nemocné (boromejky a alžbětky) zakotvily v Čechách v 17. a 18. století.

V Praze byla známa svou charitativní činností oblast Františku, kde od roku 1620 opatrovnictví zajišťovali milosrdní bratři. Starali se o tělesně i duševně nemocné, každého stavu a bez rozdílu národnosti a náboženství. Od poloviny 18. století byly zakládány všeobecné nemocnice (1785 v Brně, 1787 v Ostravě, 1790 v Praze), kde se o vše starali opatrovníci a opatrovnice bez ošetřovatelského vzdělání. Postupně se vyvíjela role sestry – pomocnice lékaře. (Hlinovská, 2005)

Vývoj medicíny si na počátku 19. století vynutil nutnost odborného vzdělání sester. Po vzoru ošetřovatelské školy v Londýně (r.1860) v tehdejší Rakousko-Uhersku vznikla první ošetřovatelská škola v Praze v roce 1874, která ale neměla dlouhého trvání. V roce 1916 byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetřovatelská škola a ta se stala vzorem pro vznik dalších ošetřovatelských škol na území Československé republiky. Teoretickou a praktickou koncepci vypracovaly tři americké sestry, které postupně zacvičily absolventky školy do role učitelek. Od roku 1918 se sestry začaly pro samostatnou práci připravovat na Vyšší sociální škole v Praze. Absolventky této školy vedly v terénu poradny, zdravotní stanice a dispenzáře nemocných. Zaměřily se na výchovu sociálně slabších vrstev obyvatelstva. Pracovaly samostatně na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Rozvoj ošetřovatelství pozastavilo válečné období druhé světové války, i když tato doba měla naléhavě zvýšenou potřebu na kvalifikovaný ošetřovatelský personál. Proto i v této době došlo k rozvoji nemocničního ošetřovatelství. Po skončení války se začala rychle rozšiřovat síť státních

ošetřovatelských škol. V roce 1946 v Praze vznikla Vyšší ošetřovatelská škola, která poskytovala specializační vzdělání, pedagogické, organizační a řídicí a vzdělání pro terénní péči. Tento úspěšný rozvoj zastavil únor 1948 a postupně vše zaniklo. (Kupečková, 2002)

Do ošetřovatelství po roce 1948 nastupuje tzv. „Sovětský model“. Ošetřovatelské školy byly přejmenovány na Střední zdravotnické školy, kde studenti získávali současně všeobecné středoškolské vzdělání a kvalifikační. Ve srovnání s vyspělým světem tento typ studia měl nedostatečnou kvalitu v oblasti psychosociálních a komunikativních dovedností, která byla způsobena nezralostí studentů. Tento systém podporoval hlavně nemocniční péči zaměřenou na nemoc, na plnění ordinací lékaře a vykonávání rutinních činností. Vytratila se orientace k samostatné ošetřovatelské činnosti, k podpoře, navrácení a upevnění zdraví. (Kupečková, 2002)

### **1.3 Charakteristické rysy moderního ošetřovatelství**

Rozvoj ošetřovatelství v naší republice zaznamenal velký vývoj od roku 1989 a také se vstupem do Evropské unie, což vedlo ke změně koncepce oboru ošetřovatelství a ke změně v systému vzdělávání všech nelékařských zdravotnických pracovníků.

#### **1.3.1 Ošetřovatelství – koncepce**

Koncepce ošetřovatelství České republiky vychází z koncepce z roku 1998. Koncepce vyšla ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky roku 2004 a respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, doporučení Evropské komise, směrnic Evropské unie, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Citované dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století.

Současné ošetřovatelství je zaměřeno na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivcům, rodinám a osobám, které mají společné sociální prostředí. Jde

o individualizovanou péči založenou na vyhledávání a plánovaném uspokojování potřeb člověka ve vztahu ke zdraví nebo k potřebám, které vznikly nebo se pozměnily onemocněním. Naopak medicína je hlavně zaměřena na diagnostiku a léčbu nemoci.

Koncepce ošetřovatelství z roku 2004 dává směr vývoje tohoto oboru, od níž se odráží sledování kvality ošetřovatelské péče, kvalifikační stupeň, specializační a univerzitní přípravy sester, včetně etických ošetřovatelských norem. Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost jejich práce metodou ošetřovatelského procesu, který je doprovázen řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím.

Očekává se, že systematické používání dané koncepce v praxi se odrazí na celkové péči o zdraví české populace ve všech oblastech práce sester.

### **1.3.2 Ošetřovatelství – definice**

Koncepce ošetřovatelství definuje ošetřovatelství jako samostatnou vědní disciplínu, která je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Ošetřovatelství je aplikovaná vědní disciplína, která má vlastní teoretickou základnu poznatků a jejich praktickou aplikaci. Jde o multidisciplinární obor, který integruje poznatky z jiných oborů a to hlavně přírodovědných, medicínských, humanitních a společenských. V ošetřovatelství věda vystupuje jako jednota dvou stránek. První stránka je systém specifických teoretických vědeckých poznatků, čili předmět zkoumání, a druhá stránka je metoda praxe, čili ošetřovatelský proces. (Mastiliaková, 2004)

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jedince, rodiny, společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. (Hlinovská, 2005)

Ošetřovatelství se zaměřuje hlavně na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti. Dále pak na zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných

a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, terapii, diagnostice i rehabilitaci. Koncepce ošetřovatelství nám dále říká, že ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké k poskytování laické ošetřovatelské péče a nemocným, kteří se nemohou, nechtějí nebo neumějí o sebe pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

### **1.3.3 Ošetřovatelství – cíle**

Koncepce ošetřovatelství říká, že hlavním cílem ošetřovatelství je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka při respektování individuálních kvalit života, které vedou k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování tohoto cíle sestra úzce spolupracuje s lékaři a dalšími kategoriemi zdravotnických pracovníků, které mají vypracované samostatné koncepce svých oborů.

Cíle této nové koncepce ošetřovatelství jsou zaměřeny na zdraví a na nemoc. Hovoří-li se o zdraví, jde o:

- a) pomoc jednotlivci, rodině, skupinám a komunitám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím,
- b) podporu člověka jako aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je vzdělán tímto směrem, poučen a ochoten pečovat o své zdraví,
- c) maximalizování lidského potenciálu v péči o sebe sama,
- d) provádění prevence onemocnění.

Cíle zaměřené na nemoc jsou:

- e) snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka, předcházet onemocnění,
- f) nacházet a uspokojovat potřeby lidí, kteří mají zdraví porušené, jsou zdravotně postižení, nevyléčitelně nemocní. (Mastiliaková, 2004)



Aby bylo dosaženo výše uvedených cílů, musí dojít ke změně charakteristických rysů ošetrovatelství. Koncepce ošetrovatelství je stanoví v těchto bodech:

- poskytovat aktivní ošetrovatelskou péči,
- poskytovat individualizovanou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- poskytovat ošetrovatelskou péči na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému,
- poskytovat péči ošetrovatelským týmem, který se skládá z různých kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob).

#### **1.4 Posuzování kvality ošetrovatelské péče**

Rozvoj ošetrovatelství zaznamenal veliký skok. Ještě v sedmdesátých letech minulého století sestry skládaly mulové komprese při nočních směnách, stáčely mulové tampony, čistily a kontrolovaly ostrost injekčních jehel před sterilizací v horkovzdušném sterilizátoru a plnily ordinace lékaře. Medicínské hodnoty určovaly zásady, výzkumné programy, rozdělování zdrojů i roli ošetrovatelství.

Dnes převládají pomůcky na jedno použití, zdokonaleny jsou pomůcky, které sestry při své každodenní činnosti používají. Došlo k technickému rozvoji medicínské praxe, která vyústila do stádia vysoké závislosti na složitých diagnostických a léčebných intervencích a to mělo vliv i na činnosti sester.

Od konce devadesátých let minulého století, kdy ke stávajícím státním zdravotnickým zařízením přibýly ještě soukromé a nestátní, se rezort zdravotnictví zaměřuje na zjištění, zda počet akutních lůžek odpovídá potřebám a požadavkům obyvatel. Začínají se srovnávat jednotlivá zdravotnická zařízení, co do počtu lůžek, vybavenosti zdravotnickou technikou, odpovídajícím počtem zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě se hodnotí kvalita poskytované péče, dodržování a zajištění podmínek bezpečného péče a z toho pramení i poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Sleduje se bezpečnost jak z pohledu pacientů, tak z pohledu poskytovatelů zdravotní péče. Tím je myšleno takové konání a jednání, které vede k ochraně pacientů a zdravotnických pracovníků před poškozením.

Stále více rostou požadavky na zdravotní péči a ekonomické možnosti země se snižují. Zahraniční zkušenosti prokázaly, že nekvalitně nebo neefektivně poskytovaná péče spotřebovává více finančních prostředků. Zdravotnictví poskytuje služby zákazníkům, pacientům. Spokojenost spojená s poskytováním kvalitních a bezpečných zdravotnických služeb je jedním z indikátorů kvality poskytované péče. (Vašátková, 2003)

### **1.4.1 Kvalita ošetrovatelské péče – definice**

Světová zdravotnická organizace kvalitu zdravotní péče definovala již v roce 1966 jako souhrn výsledků dosažených v diagnostice, léčbě a prevenci, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Její poslední definice říká, že kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (Vašátková, 2003)

„Pojetí kvality je dáno kulturním a sociálním prostředím. Je tedy vždy ovlivněno naším hodnotovým systémem a stupněm znalostí.“ (Alexander, 1997, s. 95)

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe charakterizována těmito znaky:

- v zemi, ale i v každém konkrétním zdravotnickém zařízení je dána jasná koncepce ošetrovatelství,
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- péče je odvozena od potřeb pacienta,
- práce ošetrovatelského personálu je týmová,
- ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
- ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle,
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
- poskytovaná péče je vědecky podložená,
- do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojováni pacienti,
- existuje účinná mezioborová spolupráce. (Vašátková, 2003)

### **1.4.2 Kvalita ošetrovatelské péče z globálního pohledu**

Na procesu zajišťování kvality se musejí aktivně podílet také sestry. Musejí stát v čele při definování kvality ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelství musí reagovat na změny, které se dějí v systému poskytování zdravotní péče v Evropě a také v naší republice. K tomu je zapotřebí větší profesionalita v ošetrovatelství a nový typ sestry, musí jít o samostatného, dovedného pracovníka, jehož úkolem není sloužit ostatním zdravotnickým pracovníkům, ale informovat, podpořit a poskytovat péči pacientovi. Každá sestra musí převzít zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a k tomu musí mít nezbytné kompetence a znát jejich hranice. Rozsah zodpovědnosti je dán i podmínkami, v nichž sestry pracují. Pokud je např. nedostatek sester a nemají potřebné technické a materiálové vybavení, nemohou být zodpovědné za kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči. (Alexander, 1997)

Kvalitní a bezpečnou péči lze dosáhnout pouze za předpokladu, že pro její dosahování a sledování kvality bude vytvořen určitý systém a že základní podmínky kvality jsou:

- nezbytné vzdělání,
- nezbytné technické zajištění,
- nezbytné organizační zajištění (návaznost),
- dostatečná frekvence výkonů (klinická zkušenost),
- nezbytná zpětná vazba.

### **1.5 Bezpečná ošetrovatelská péče**

V současné době věnují zdravotnická zařízení zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém poskytují zdravotní péči. Metody hodnocení kultury bezpečí nabízejí zdravotnickým zařízením příležitost k rozboru a k pochopení atmosféry. Mnoho zdravotnických zařízení zahájilo hodnocení kultury bezpečí, některá z důvodu kontroly inspekčních orgánů, jiná pro splnění požadavku akreditační komise, kde Společná

mezinárodní komise (dále JCI) požaduje od organizací sběr dat ke sledování výkonu včetně názorů a potřeb personálu, jeho ochotu hlásit chyby v poskytované péči, znalost rizik pro pacienty a návrhy na zlepšení. (JCR, 2007)

Každý zdravotnický pracovník, podle stupně vzdělání a náplně práce, provádí určitý rozsah činností při kontaktu s pacienty. Rozsah jejich práce je ovlivněn spleťtým rámcem profesních, etických, společenských, právních, vládních a organizačních faktorů. V takto spleťtité situaci je nutné mít stanovená pravidla:

- 1) *standardy*, jde o dohodnutá pravidla kvality, zavedené normy v oblasti ošetrovatelské péče,
- 2) *kvalitu péče o pacienta*, dosáhnout na oddělení ošetrovatelské péče za současného stavu vědomostí co nejvíce žádoucích účinků a snížit účinky nežádoucí,
- 3) *bezpečnostní kulturu na oddělení*, je to proces zajišťování bezpečí pacientů i zaměstnanců, jde o prostředí, ve kterém se pozitivní postoj zdravotníků k bezpečnosti pacientů stává prioritou, hledají se cesty zlepšení a nehledá se viník; jde o prostředí, kde udělat chybu je obtížné. (Škrdlovi, 2003)

Publikace Spojené komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (2007, s. 12) uvádí, že „kultura bezpečí organizace je výsledkem individuálních a skupinových hodnot, přístupů, vnímání, kompetencí a vzorků chování, které ovlivňují nasazení, styl a dovednost managementu bezpečí a zdraví v organizaci. Organizace s pozitivní kulturou bezpečí jsou charakterizované komunikací založenou na vzájemné důvěře, sdíleným vnímáním důležitosti bezpečí a vírou v účinnost preventivních opatření.“

Je důležité si uvědomit, že právě atmosféra vzájemné důvěry, kde může personál volně hovořit o otázkách bezpečí a jejich řešení beze strachu z následků, je bráno jako základ ke zlepšení bezpečnosti v jakékoliv organizaci.

### 1.5.1 Zahraniční poznatky

Od podzimu roku 1999 je v západních zemích poklidná hladina zdravotnictví rozvířena velkým množstvím informací pro veřejnost na téma chyby a omyly v medicíně. Množství těchto informací vedlo k poklesu důvěry v kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče. Americký institut medicíny publikoval v letech 1999 až 2001 dva dokumenty, které lze považovat za katalyzátory současného zájmu o chyby a omyly. Vyskytují se pod názvem „Chybovatí je lidské“ (To err is human) a „Propast v kvalitě“ (Duality Chasm). V nemocnicích v New Yorku byla již roce 1984 provedena studie, která naznačila, že při zevšeobecnění získaných výsledků je pravděpodobné, že na následky pochybení zdravotníků zemře ve Spojených státech až 98 000 pacientů ročně. Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (dále JCAHO) tuto situaci vnímá velmi vážně. (Škrdla, 2005)

Bezpečí pacienta i zaměstnance je aktuálním tématem všude ve světě. Výsledky ukazují, že chyby a omyly členů léčebného týmu postihují 2,9 % až 3,7 % všech hospitalizovaných pacientů. V USA bylo provedeno šetření, které ukázalo, že na jedno závažné poškození pacienta dochází k 29 lehkým nežádoucím poškozením a 300 incidentů bez poškození. Provedené studie v Anglii měly podobné výsledky. (Jurásková, 2004)

Pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (dále WHO) působí od října roku 2004 iniciativa Světová aliance pro bezpečí pacienta (World Alliance for Patient Safety), jejíž hlavním cílem je usnadnit rozvoj bezpečných postupů při poskytování zdravotní péče. Mezi její funkce patří vývoj mezinárodního hodnocení a taxonomie (systematická klasifikace) bezpečnosti pacientů vůbec, dále pak pomoc členským státům a institucím při rozvoji systému pro hlášení mimořádných událostí a v neposlední řadě sdílení výsledných závěrů a doporučení. (Hřib, 2007)

Problematika bezpečí pacientů musí být nezbytnou součástí programů zvyšující kvality zdravotní péče a tak Světová aliance pro bezpečí pacienta v roce 2005 zaměřila svůj program na šest základních oblastí:

- 1) *globální výzva bezpečí pacienta*, zaměřená na nozokomiální nákazy, vydány byly doporučené postupy zaměřené na čistotu rukou, bezpečné zacházení s krví, injekcemi, vodou, management sanitace a odpadů,
- 2) *pacienti pro bezpečí pacientů*, s cílem zapojit pacienty a patientské organizace do programů Světové aliance,
- 3) *taxonomie pro bezpečí pacientů*, vytvoření mezinárodně uznávaných pojmů – standardy nezbytné pro sběr, evidenci a klasifikaci poškozujících událostí,
- 4) *výzkum pro bezpečí pacientů*, zlepšení metodologie a nástrojů pro hodnocení původu a rozsahu pochybení ve zdravotní péči,
- 5) *řešení bezpečí pacientů*, rozhodnutí vedoucí ke snížení rizik ve zdravotnické péči a zlepšení její bezpečnosti, učení na základě špatných zkušeností,
- 6) *hlásící systém*, vytváření nástrojů a doporučených postupů pro systém zaznamenávání nešťastné události a pochybení, hlavním cílem systému je poučení ze zkušenosti. (Hřib, 2007)

V roce 2006 Světová aliance přibrala další čtyři oblasti, kam nově soustřeďuje své aktivity:

- 1) *bezpečnost v akci*, která má dvě části, první je zaměřena na implantaci změn v organizačních a klinických postupech mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi a nese název *být akční v péči o bezpečnost pacienta* a druhá na edukaci zdravotnických profesionálů ve vytváření kultury bezpečí a ta má název *vůdčím hlediskem je bezpečnost pacientů*,
- 2) *technologie pro bezpečnost pacienta*, využití moderní technologie pro správnou komunikaci a informaci, ke snížení incidentů vycházející z nedostatečné dokumentace,
- 3) *mezinárodní partnerství pro péči o akutně nemocné pacienty*, oblast intenzivní medicíny, hlavně zajištění kontinuity zdravotní péče,
- 4) *znalost bezpečnosti pacientů v centru zájmu*, spolupráce členských států a vypracování globální zprávy o bezpečnosti pacientů, souhrn výsledků výzkumů a dostupných dat. (Anon, 2007)

## 1.5.2 Situace v České republice

V České republice dosud neproběhla žádná větší analýza, která by šetřila oblast nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních.

V období od třetího čtvrtletí roku 2002 do druhého čtvrtletí roku 2003 probíhal pilotní projekt „Šetření pádů v nemocnici“, do kterého bylo zapojeno jedenáct zdravotnických zařízení z celé republiky. Koordinátorem projektu byla hlavní sestra Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou (dále FTNSP) Mgr. Dana Jurásková. Dalším šetření v této oblasti se ve své disertační práci na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2007 zabývala Mgr. Petra Charvátová. Práce se zabývala šetřením hlášení a analýzy nozokomiálních nákaz ve FTNSP a vypracováním metodiky sledování těchto nákaz.

Pokud by se vycházelo ze zahraničních analýz, tak lze předpokládat, že asi v 10 % hospitalizací dojde k dokonanému nebo nedokonanému poškození pacienta. Poškození je způsobeno postupem zdravotnického nebo nezdravotnického personálu a ne primárním onemocněním či úrazem pacienta (např. v Austrálii a ve Velké Británii identifikovali 11 % těchto případů, v Dánsku 10 %). (Hřib, 2007)

V prostorách Ministerstva zdravotnictví České republiky proběhl v lednu roku 2007 seminář na téma „Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních“, kde jednu z prezentací měl MUDr. David Marx, Ph.D., předseda České společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví a člen Správní rady JCI. Dle něho jsou ve zdravotnictví specifika jako je rozmanitost činností, nejistota a neúplné znalosti, nesystémové šetření pochybení a zranitelnost pacientů. Říká, že i kdyby zdravotníci byli proškoleni ve všech aspektech prevence rizik, stále budou chybovat jako všichni lidé.

Společná mezinárodní komise stanovila šest hlavních mezinárodních bezpečnostních cílů, které jsou zahrnuty mezi kritéria při získávání akreditace nemocnic:

- 1) *správná identifikace pacienta*, doporučují se minimálně dva způsoby identifikace pacienta,
- 2) *účinná komunikace*, je nutné vytvořit standardizaci používaných a zakázaných zkratk a symbolů na ošetrovacích jednotkách v nemocnici, dále sem patří standardizace telefonické komunikace při ordinaci léků a při hlášení laboratorních výsledků,
- 3) *bezpečné podání léků*, odstranění koncentrovaných roztoků elektrolytů z ošetrovacích jednotek v nemocnici,
- 4) *prevence stranové záměny*, vytvořit standard pro verifikaci (ověření správnosti) dokumentace, pro označení místa výkonu, provádět předoperační bezpečnostní proceduru, zapojit do tohoto procesu i pacienta,
- 5) *snížení rizika nozokomiálních nákaz*, hlavně hygiena rukou, zajistit proškolení všech zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v nemocnici a kontrolu dodržování,
- 6) *snížení rizika pádů pacientů*, hodnotit rizika pádů u pacientů ve stanovených časových úsecích a výsledky využívat pro snižování těchto incidentů, stanovit intervence vedoucí k jejich prevenci a mít na mysli vliv léků.

V České republice systém hlášení pochybení skoro neexistuje. Příčinou je hlavně nepochopení a nejasná definice mimořádné události, strach z potrestání, obava z možného soudního jednání, obava nahlásit incident, ve kterém vystupuje lékař, falešná hrdost a v neposlední řadě nepochopení, jak může efektivní nahlášení mimořádné události pomoci oddělení při zvyšování kvality. Vážnou bariérou v naší zemi je tradiční přístup vrcholného managementu zdravotnických zařízení k přestupkům a chybám. Manažeři tvrdým přístupem a hledáním viníků a jejich potrestání vytvářejí bariéru strachu a to vede k ukrytí a maskování mimořádných událostí. (Šrdla, 2003)

V současné době mnoho zdravotnických zařízení zahájilo hodnocení kultury bezpečí, aby splnilo směrnice o poskytování bezpečné zdravotní péče, aby mohla inspekčním orgánům prokázat své aktivity k bezpečí pacientů nebo aby splnila mezinárodní standardy. Je nutné si ale uvědomit, že Spojená komise požaduje od organizací sběr dat ke sledování výkonu včetně názorů a potřeb personálu, jeho ochotu hlásit chyby



při poskytování péče. Musí znát rizika pro pacienty a návrhy na zlepšení bezpečí. (JCR, 2007)

### **1.5.3 Požadavky na bezpečné ošetřovatelství**

Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je uspořádané hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální a pokud je porušena jedna její část, dojde k poruše jiné části, popř. celého systému. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. (Trachtová, 2001)

Americký psycholog Abraham H. Maslow, který žil v letech 1908 až 1970, vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle naléhavosti. V Maslowě pyramidě jsou potřeby jistoty a bezpečí hned na druhém místě, vyjadřují touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození od strachu, potřebu ochránce atp. (Trachtová, 2001)

Pro vytvoření kultury bezpečí, které chrání pacienty a/i zaměstnance, je absolutně nutné:

- v rámci celé organizace vést otevřenou komunikaci a využít všech podnětných myšlenek zúčastněných stran, tj. poskytovatelů péče i pacientů,
- změnit myšlení, chování a postoje všech členů týmu k hlášení omylů a chyb, bez váhání hlásit své pochybení za účelem hledání a nalezení cesty k jejich prevenci,
- mít potřebu spolupracovat a každý jedinec nese osobní odpovědnost za chyby a omyly; zde je nejlepší kontinuální výchova a výuka v týmové dovednosti a ve specifikaci kompetencí v oblastech péče,
- vytvořit prostředí bez obviňování. (Škrdlovi, 2003)

#### **1.5.4 Mimořádné události – definice**

„Událost, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku, se nazývá *mimořádná událost*.“ (Škrdlovi, 2003, s.134)

Také lze říci, že mimořádná událost je v podmínkách zdravotnického zařízení událost, která je důsledkem selhání lidí nebo technologií a má za následek poškození zdraví nebo majetku. (Jurásková a kol., 2004)

#### **1.5.5 Mimořádné události – klasifikace**

Na dělení událostí může být řada pohledů, asi nejčastěji používané jsou termíny:

- a) téměř pochybení, kdy bylo chybě zabráněno v poslední chvíli, ať již vědomě nebo nevědomě,
- b) nežádoucí událost bez následků, kdy intervence nebyla provedena dle standardu, plánu, ale nedošlo k poškození zdraví pacienta či majetku,
- c) nežádoucí událost s následky, zde také nebyla intervence provedena dle platných norem, standardů a došlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení.

Pro názornost si lze představit ledovec, kdy téměř pochybení tvoří základnu a je hluboko u paty ledovce, nežádoucí události bez následků pod hladinou a špičku ledovce tvoří nežádoucí události s následky, někdy až s úmrtím.

Setkat se můžeme s pojmy incident a závažný incident, které bychom mohli přirovnat k výše citovaným bodům b) a c). (Škrdlovi, 2003)

### **1.5.6 Mimořádné události – typy**

Pro určení jednotlivých typů pochybení lze využít doporučení Společné mezinárodní komise, jejíž Mezinárodní bezpečnostní cíle jsou rozpracovány výše a zde jsou zmiňovány pro celistvost :

1. správná identifikace pacienta,
2. účinná komunikace,
3. bezpečné podání léků,
4. prevence stranové záměny,
5. snížení rizika nozokomiálních nákaz,
6. snížení rizika pádů pacientů. (Marx, 2007)

### **1.5.7 Mimořádné události – postupy šetření**

Vždy, když dojde k mimořádné události je nutné v první řadě zajistit pacienta, poskytnout mu veškerou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Dále Škrdlovi (2003) ve své knize uvádějí, že pokud nějakým způsobem vyplývá, že ošetřující lékař nebo ošetřující sestra způsobili tuto událost, je nutné aby péči o postiženého převzal jiný lékař nebo jiná sestra.

Dalším krokem je zajistit a bezpečně uchovat veškerou zdravotnickou techniku, pomůcku nebo materiál, které mohly být příčinou nebo mohly být vyvolávajícím faktorem pro vznik dané události, pro případné další šetření. Zda se dále tato pomůcka bude používat rozhodne pracovník, který se zabývá mimořádnými událostmi ve zdravotnickém zařízení.

Posledním krokem je sepsání mimořádné události na formulář, který je předem určený a v daném zdravotnickém zařízení standardizovaný. (Škrdlovi, 2003)

### 1.5.8 Hlášení mimořádných událostí

Povinností každého zaměstnance, zdravotnického i nezdravotnického, který se stal svědkem nebo byl implikován v mimořádné události, je okamžitě nahlásit tuto událost svému přímému nadřízenému. Vrchní sestra nebo jiný nadřízený pracovník pak rozhodne, zda bude o mimořádné události informovat další osoby. Postup hlášení mimořádné události by měl být následující:

- a) prioritou je zahájení kroků, které by snížily následky pochybení; následky lze rozdělit na následky většího poškození zdraví pacienta a na poškození pověsti zdravotnického zařízení,
- b) následující krok je kontakt s pacientem nebo rodinou, pacienta ubezpečit, že vše je pod kontrolou a péče bude dále pokračovat, pohovor s rodinou vedeme otevřený, aby se předešlo možným spekulacím, každý kontakt s pacientem a rodinou musí být dokumentován,
- c) po zvládnutí prvních dvou hlavních kroků následuje povinnost vedoucího pracovníka (vrchní sestry) vyplnit zavedený formulář a odevzdat pracovníkovi, který se zabývá šetřením, na něm pak je šetření celého incidentu,
- d) pokud je mimořádná událost závažného charakteru a hrozí nebezpečí soudního sporu, je informováno právní oddělení o celém průběhu události včetně veškeré dostupné dokumentace,
- e) právní oddělení, po seznámení a informování ředitele zdravotnického zařízení, pokračuje kroky, které mu stavová platná legislativa (např. hlášení policii).

Šetření a dokumentování mimořádné události má vždy vést ke zkvalitnění léčebné a ošetrovatelské péči. Slouží k poučení a následnému vyvarování opakování incidentu. Při sepisování události používat jasné formulace bez úvah a spekulací, být konkrétní, zapsat datum a čas incidentu, podpis sepisujícího. Nutné je mít na paměti, že dokument může být vyžádán právníkem a stane se tak důležitým dokumentem při soudním šetření.

Účelem formuláře, který se vyplňuje a odevzdává, je pomoc při hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Informace, které se týkají osob na daném formuláři zůstávají utajeny. V případě šetření soudem se postupuje dle platných zákonů.

Formulář mimořádných událostí musí obsahovat minimálně tyto údaje:

- a) identifikační údaje poškozeného a jeho údaje osobní,
- b) charakter události, charakter poškození,
- c) popis události, podložený fakty,
- d) jméno svědka, bydliště a jeho nebo jejich podpisy,
- e) informaci, zda byl a kdy (časový údaj) informován o incidentu lékař,
- f) zápis o poskytnutí první pomoci,
- g) návrh nápravných opatření,
- h) závěr šetření,
- i) připomínky.

Dokument, který se vztahuje k mimořádné události není součástí chorobopisu pacienta, originál je uložen v kanceláři vrchní sestry a kopie u koordinátora mimořádných událostí. V chorobopisu je zapsáno srozumitelně k čemu došlo, reakce pacienta, jaká byla opatření a veškerá konverzace s rodinou poškozeného nebo se samotným pacientem. (Škrdlovi, 2003)

### **1.5.9 Mimořádné události – šetření**

Hovoříme-li o mimořádných událostech v ošetrovatelské péči, pak odpovědná za ověření všech informací na formuláři, za komunikaci s poškozeným a se svědkem události je vrchní sestra. Zodpovídá dále za splnění všech nápravných opatření, za edukaci a za provedení procesových změn.

Za vyšetřování mimořádných událostí je odpovědná komise k tomu určená v každém zdravotnickém zařízení. Členem této komise nesmí být pracovník, který je do události implikován. Všechny mimořádné události by měly být projednány na pravidelných poradách týmu, které se obvykle konají jednou za měsíc.

Každý, kdo šetří jakoukoliv mimořádnou událost, by měl mít na mysli základní otázky, které šetření usnadňují:

- 1) Co se opravdu stalo?
- 2) Jaká byla skutečná škoda nebo následek?

- 3) Byla jinak normální situace nějak změněna?
- 4) Co mohlo předejít mimořádné události?
- 5) Jak a proč vznikl tento incident?
- 6) Dělali lidé, co mají v náplni práce a dle platných standardů?
- 7) Je v systému něco, co by mohlo zlepšit nebo zhoršit situaci?
- 8) Věděli všichni, co mají dělat?
- 9) Stala se podobná událost již dříve?
- 10) Pokud ano, jaká byla opatření, aby k události nedošlo?
- 11) Kdo hlásil tuto událost?
- 12) Co by mohlo zabránit opakování stejné události?

Škrdlovi (2003) dále upozorňují, že způsoby, jimiž zdravotnická zařízení přistupují k řešení problematiky mimořádných událostí se v současné době liší. Důležité je pouze, aby došlo k vytvoření a zavedení smysluplného procesu řešení těchto událostí a tím došlo k ochraně pacientů i zaměstnanců.

## 2 PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Stanovené cíle a hypotézy vycházely z pohledu managementu nemocnice, kdy se předpokládalo, že management chce znát situaci v oblasti bezpečné péče o své pacienty. Na základě získaných výsledků se bude moci zaměřit na problémy a potřeby identifikované oslovenými všeobecnými sestrami.

### 2.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem šetření bylo zjistit úroveň bezpečné ošetrovatelské péče v nemocnici. Zjistit, jaká je znalost sester lůžkových oddělení pojmu *bezpečná ošetrovatelská péče* a jaký mají postoj ke svému pochybení nebo pochybení druhého zdravotnického pracovníka.

Při své výzkumné činnosti jsem si kladla otázky:

1. Znají sestry pojmem „bezpečná ošetrovatelská péče“?
2. Používají sestry při své práci platné standardy ošetrovatelských postupů?
3. Prosazuje vedení nemocnice dodržování bezpečného ošetrovatelství?
4. Upozornila některá ze sester na své pochybení nebo druhého, při poskytování ošetrovatelské péče (léky, hygiena)?
5. Co je důvodem opomenutí, nedodržení stanoveného standardu, pracovního postupu?
6. Co je důvodem na neupozornění na vlastní nebo cizí pochybení, které má za následek poškození pacienta nebo může být jedním z mnoha, které mají toto poškození za příčinu?
7. Má na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče vliv stupeň vzdělání nebo délka praxe sester?

Výše popsané obecné cíle je možné konkretizovat do následujících dílčích cílů a úkolů:

- Zjistit, zda je prováděno bezpečné ošetrovatelství v nemocnici.

- Zjistit, zda sestry používají standardy ošetrovatelských postupů.
- Zjistit, zda je v nemocnici vytvořeno klima pro zlepšování bezpečnosti celého systému péče.
- Zjistit, zda sestry znají hlavní body bezpečné práce, které zajišťují jejich bezpečnou práci a bezpečí pacientů.
- Zjistit, jaké kroky musí management nemocnice udělat, aby byla v nemocnici zajištěna kultura bezpečí.

## 2.3 Hypotézy

### Východisková hypotéza

Znalost a uplatňování bezpečné ošetrovatelské péče zajišťuje bezpečí a jistoty pacientů a/i bezpečnou práci sester.

**H<sub>1</sub>** – systém bezpečného ošetrovatelství v nemocnici je více aplikován podvědomě než na základě znalostí

**H<sub>2</sub>** – bezpečnou ošetrovatelskou péči znají více sestry s vyšším stupněm vzdělání, než sestry se středoškolským vzděláním

**H<sub>3</sub>** – základní identifikaci bezpečné ošetrovatelské péče bude znát více než 30 % oslovených sester

**H<sub>4</sub>** – znalost sester v oblasti mimořádných událostí v rámci ošetrovatelské péče bude víc jak 60 %

**H<sub>5</sub>** – sestry berou dodržování standardů více jako nutnost ze strany managementu ošetrovatelské péče, než jako pomoc pro jejich bezpečí a bezpečí pacientů



### **3 Metodika výzkumu**

Zvoleno bylo individuální, monografické šetření a k objektivnímu zjišťování údajů byla pro práci použita kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku (příloha A). Výsledky šetření byly podrobeny statistické analýze. Výzkumný soubor tvořil dostupný výběr respondentů, protože se jednalo o šetření v jedné nemocnici (příloha B).

#### **3.1 Použité metody**

Do výzkumného šetření byli zapojeni všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci (dále NeZP) oboru všeobecná sestra, kteří v dané nemocnici pracují u lůžka nemocných.

Výhodou této metody je rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů a jednoznačná formulace otázek. Nevýhodou metody dotazníku je, že při eventuálním neporozumění nelze nic doplnit nebo upřesnit.

Dotazník obsahoval 23 položek, z toho bylo 14 otázek uzavřených, polouzavřených 6 a otevřené otázky 3, členěn byl do čtyřech částí:

- identifikační údaje respondenta
- postoj respondenta ke standardním postupům
- postoj respondenta k mimořádné události
- vlastní ovlivnění bezpečné ošetrovatelské péče

#### **3.2 Pilotní studie**

Po vystihnutí dané problematiky jsem sestavila dotazník a provedla pilotáž k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a zda rozumějí obsahu všech otázek. Po vyhodnocení pilotní studie, kdy jsem oslovila 20 všeobecných sester mimo danou nemocnici a pro vlastní zhodnocení jsem použila 17 vrácených dotazníků, jsem znění polouzavřených otázek doplnila o slovo nejvíce, přeformulovala otázku, která pro pilotní respondenty byla nesrozumitelná a přidala jednu otázku otevřenou.

Informace získané v této pilotní studii nebyly do celkového hodnocení použity.

### **3.3 Charakteristika souboru**

Základní soubor tvořila skupina všeobecných sester na lůžkových odděleních klinických pracovišť nemocnice. O vyplnění dotazníku byly požádány všechny všeobecné sestry, tzn. řadové, staniční i vrchní sestry, jejichž prostřednictvím byl dotazník distribuován.

Rozdáno bylo 128 dotazníků a osloven byl stejný počet všeobecných sester, sestry pod odborným dohledem i bez dohledu, které pracují v nemocnici u lůžka pacientů. Celkový počet sester byl získán na personálním oddělení nemocnice. Vyplněno a vráceno bylo 92 dotazníků, z nich byly 2 pro neúplnost vyřazeny. Vyhodnoceno bylo 90 dotazníků což je 70% návratnost. Sběr probíhal v rozmezí září až října roku 2007.

## 4 Výsledky šetření a jejich analýza

Výsledky šetření byly vyhodnoceny pomocí četnostních tabulek. V tabulkách je uvedena absolutní četnost (ABS. Č.), jež představuje počet respondentů, kteří dosáhli určitého jevu a relativní četnost (RELAT. Č. %), která je uvedena v procentech a poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Při vyjádření v procentech se vypočítaná hodnota vynásobí 100 % a výsledek je zaokrouhlen na celé číslo.

Tabulky jsou pro názornost vyjádřeny i graficky. Pro všechny výpočty a konstrukci tabulek a grafů byl použit Microsoft Exel a Microsoft Word operačního systému Windows.

Pro výpočet bylo použito vzorce aritmetického průměru prostého:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

kde

$x_i$  = jednotlivé hodnoty statistického znaku

$n$  = rozsah statistického souboru

$\sum$  = znaménko pro součet

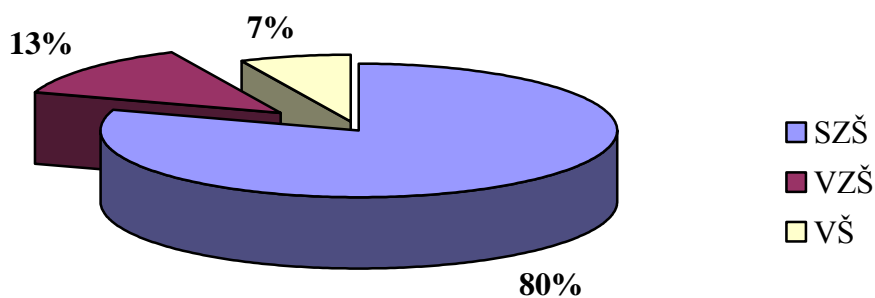
## 4.1 Identifikační údaje

Otázka č. 1.: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetřovatelství

Tabulka 1 Vzdělání

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
střední zdravotnická škola	72	80
vyšší zdravotnická škola	12	13
vysoká škola	6	7
celkem	90	100

Graf 1 Vzdělání



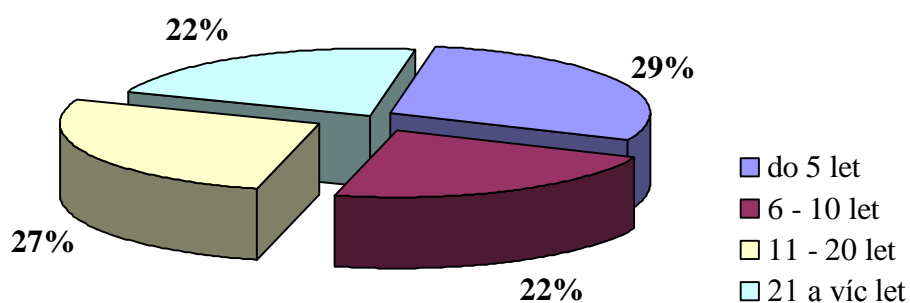
Tabulka 1 znázorňuje rozdělení respondentů podle dosaženého stupně vzdělání. Šetření se účastnilo 72 (80 %) sester, které získaly vzdělání na střední zdravotnické škole (dále SZŠ), 12 (13 %) sester získalo vzdělání na vyšší zdravotnické škole (dále VZŠ) a 6 (7 %) sester mělo vysokou školu (dále VŠ). Pro lepší názornost následuje grafické rozložení – graf 1.

## Otázka č. 2.: Délka Vaší praxe v oboru všeobecná sestra je

Tabulka 2 **Délka praxe**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
do 5 let	26	29
6 – 10 let	20	22
11 – 20 let	24	27
21 a více let	20	22
celkem	90	100

Graf 2 **Délka praxe**

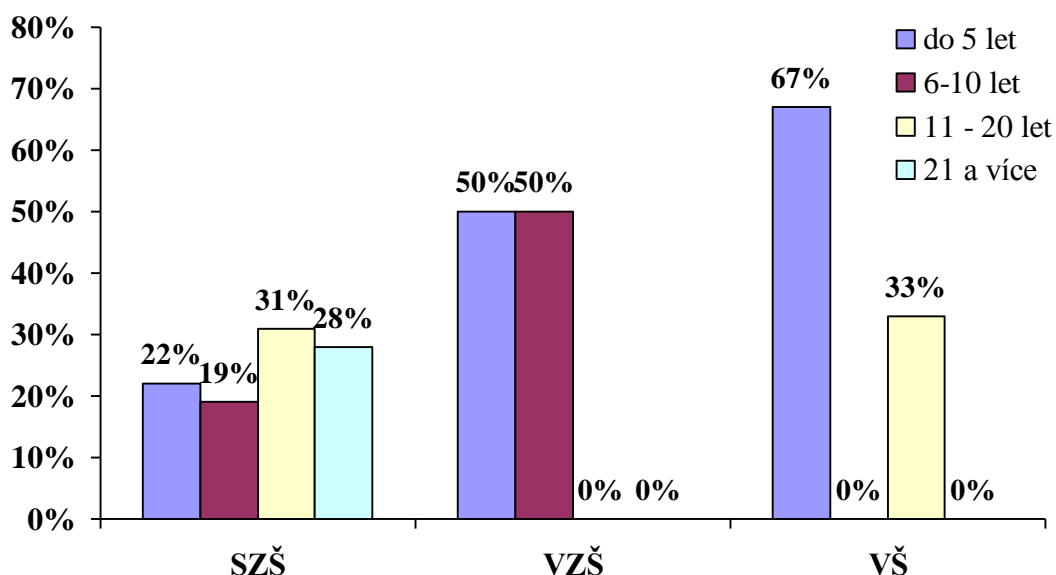


Tabulka 2 nám předkládá zastoupení délky praxe respondentů, jednotlivé kategorie jsou zastoupeny poměrně ve stejném počtu. Sester s praxí do 5 let odpovědělo 26 (29 %), mezi 6 – 10 lety praxe 20 (22 %), mezi 11 – 20 lety odpovídalo 24 (27 %) a sester s praxí nad 21 let bylo 20 (22 %). Graf 2 předkládá názorné zobrazení.

Tabulka 3 **Délka praxe a stupeň vzdělání**

	SZŠ		VZŠ		VŠ	
	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%
do 5 let	16	22	6	50	4	67
6 – 10 let	14	19	6	50	0	0
11 – 20 let	22	31	0	0	2	33
21 a více let	20	28	0	0	0	0
celkem	72	100	12	100	6	100

Graf 3 **Délka praxe a stupeň vzdělání**



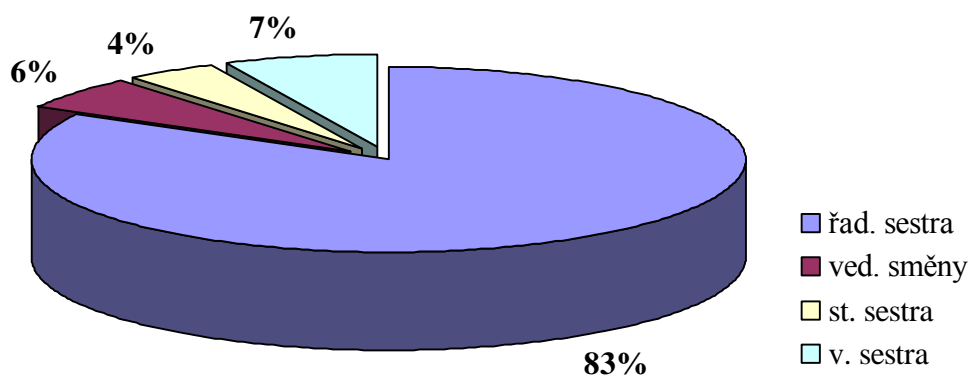
Tabulka a graf 3 zobrazují, jaký je podíl respondentů podle stupně vzdělání a délkou praxe. Z celkového počtu se vzděláním středoškolským je 16 (22 %) s praxí do 5 let, 14 (19 %) má praxi v rozmezí 6 – 10 let, 22 (31 %) udává praxi mezi 11 – 20 lety a 20 (28 %) má praxi víc jak 21 let. Respondentů s vyšším vzděláním je do 5 let praxe 6 (50 %) a v rozmezí 6 – 10 let také 6 (50 %). V rozmezí 11 – 20 let a víc jak 21 se respondenti se SZŠ nevyskytují. Vysokoškolské vzdělání mají 4 (67 %) s praxí do 5 let a 2 (33 %) udávají praxi v rozmezí 11 – 20 let. V rozmezí 6 – 10 let a 21 a více se vysokoškolsky vzdělaní respondenti nevyskytují.

### Otázka č. 3: Pracovní zařazení v nemocnici máte

Tabulka 4 Pracovní zařazení

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
řadová sestra	75	83
vedoucí sestra směny	5	6
staniční sestra	4	4
vrchní sestra	6	7
celkem	90	100

Graf 4 Pracovní zařazení



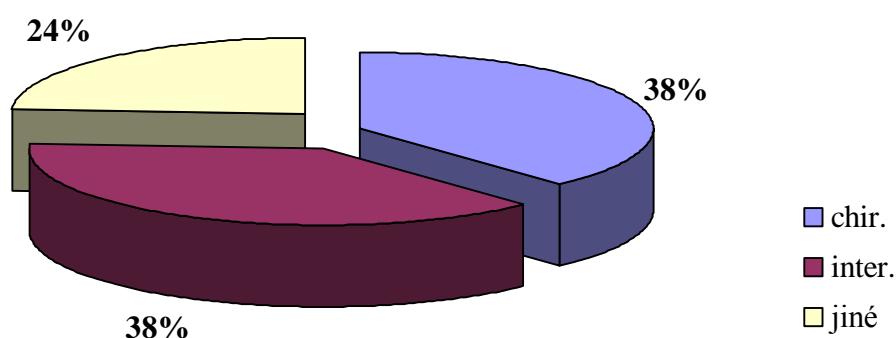
Tabulka 4 znázorňuje zastoupení jednotlivých sester podle funkčního postavení v nemocnici. Ze získaných vyplněných dotazníků odpovídalo 75 (83 %) sester řadových (dále řad. sestra), 5 (6 %) vedoucích sester směn (dále ved. směny), 4 (4 %) byly sestry staniční (dále st. sestra) a 6 (7 %) vrchních sester (dále v. sestra). Na grafu 4 je vidět převaha řadových sester, které se nejvíce podílejí na plnění ošetrovatelské péče.

#### Otázka č. 4: Pracoviště, kde pracujete je oborem

Tabulka 5 **Klinický obor**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
chirurgický	34	38
interní	34	38
jiný	22	24
celkem	90	100

Graf 5 **Klinický obor**



Tabulka 5 nám dává informace, jak jsou zastoupeny sestry podle klinických pracovišť, odpovědělo 34 (38 %) sester z interních oborů, které jsou v dané nemocnici zastoupeny interním a neurologickým oddělením. Chirurgické obory jsou zastoupeny chirurgickým a ortopedickým oddělením a také odpovědělo 34 (38 %) sester. Položku jiné zahrlo 22 (24 %) sester, jednalo se o sestry, které pracovaly na oddělení anesteziologicko-resuscitačním, těch bylo 16 (73 %), 4 (18 %) sestry pracovaly na oddělení dlouhodobě nemocných a 2 (9 %) udaly, že nemají kmenové pracoviště. Názornost zastoupení jednotlivých pracovišť nám zobrazuje graf 5.



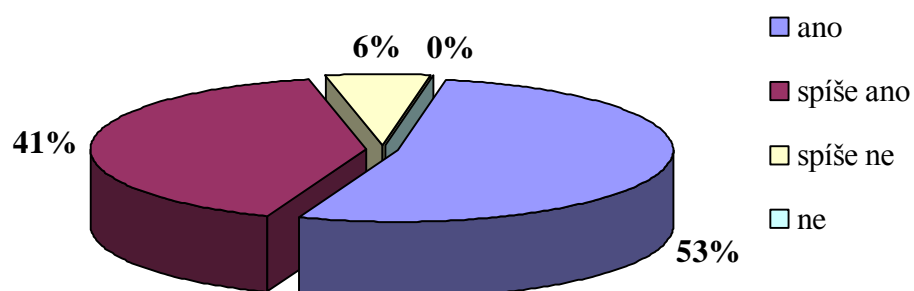
## 4.2 Postoj ke standardním postupům

Otázka č. 5: **Dodržujete standardní ošetrovatelské postupy, které zajišťují bezpečné ošetrovatelství**

Tabulka 6 **Dodržování postupů**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	48	53
spíše ano	37	41
spíše ne	5	6
ne	0	0
celkem	90	100

Graf 6 **Dodržování postupů**



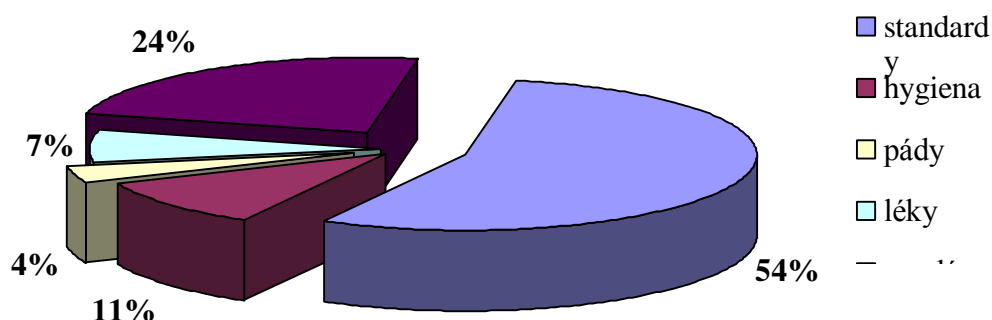
Tabulka 6 a graf 6 zobrazuje výsledek na danou otázku, zde odpovědělo 48 (53 %) sester jednoznačně ano, spíše ano odpovědělo 37 (41 %) sester a 5 (6 %) odpovědělo spíše ne. Jednoznačnou zápornou odpověď neoznačila ani jedna sestra (0 %).

Otázka č. 6: Pokud jste v otázce č. 5 odpověděla *ano* nebo *spíše ano*, vyjmenujte, čeho se dodržované standardy týkají

Tabulka 7 Dodržované standardy bezpečné péče

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
standardy platné v nemocnici	47	54
hygiena (ruce a NN)	9	11
prevence pádů	3	4
podávání léků	6	7
neudáno nic	20	24
celkem	85	100

Graf 7 Dodržované standardy bezpečné péče

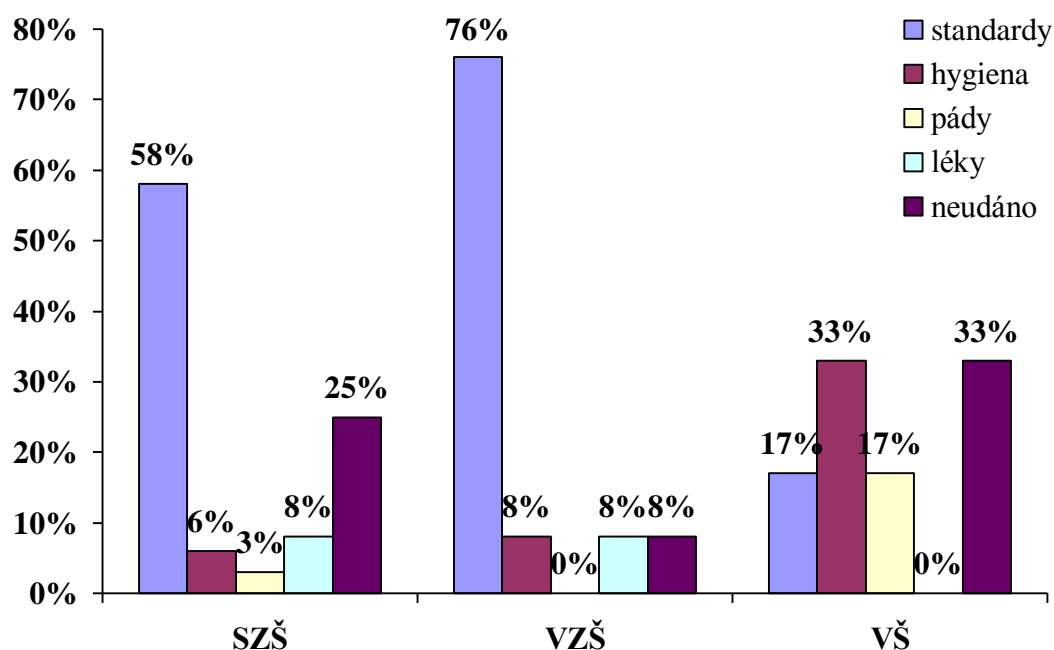


Tabulka 7 rozpracovává otázku č. 5 a ukazuje nám, že 47 (54 %) sester všeobecně dodržuje stanovené standardy v nemocnici, pouze 9 (11 %) vypsalo dodržování hygieny rukou a bránění šíření nozokomiálních nákaz, 3 (4%) napsalo prevence pádů, 6 (7 %) označilo podávání léků a 20 (24 %) odpovědělo, že dodržují ošetrovatelské postupy, které zajišťují bezpečné ošetrovatelství, ale nevedlo jediný. Graf 7 zobrazuje názorný pohled.

Tabulka 8 Souvislost dosaženého stupně vzdělání ke standardům bezpečné péče

	SZŠ		VZŠ		VŠ	
	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%
standarty platné v nemocnici	39	58	9	76	1	17
hygiena (ruce a NN)	4	6	1	8	2	33
prevence pádů	2	3	0	0	1	17
podávání léků	5	8	1	8	0	0
neudáno nic	17	25	1	8	2	33
celkem	67	100	12	100	6	100

Graf 8 Souvislost dosaženého stupně vzdělání ke standardům bezpečné péče



Tabulka 8 nám podrobně rozpracovává odpovědi sester ke stupni vzdělání, kde vidíme, že mezi sestrami, které dodržují bezpečnou ošetrovatelskou péči bylo 67 (79 %) absolventek SZŠ, z toho platné standardy v nemocnici napsalo 39 (58%) sester, 4 (6 %) napsaly hygienu rukou, 2 (3 %) prevence pádů, podávání léků udalo 5 (8 %) a 17 (25 %) nenapsalo nic. Absolventek VZŠ bylo 12 (14 %) a z nich stanovené standardy napsalo 9 (76 %), hygienu označila 1 (8 %), prevence pádů žádná (0 %), podávání léků

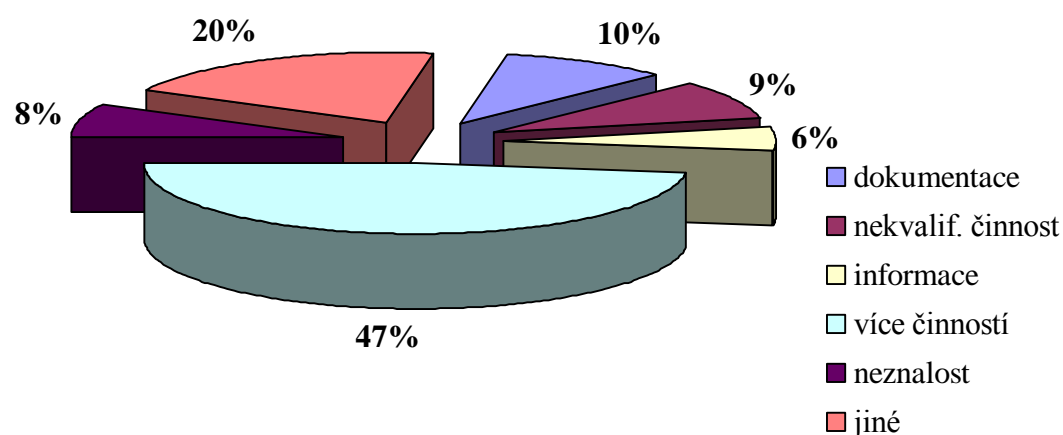
1 (8 %) a 1 (8 %) nenapsala nic. Absolventů s VŠ bylo 6 (7 %) a z nich 1 (17 %) napsala stanovené standardy, 2 (33 %) hygienu rukou, 1 (17 %) udala prevenci pádů, podávání léků nenapsala žádná (0 %) a 2 (33 %) dodržuje postupy bezpečné ošetrovatelské péče, ale nenapsala jaké. Názornost těchto vztahů nám zobrazuje graf 8.

Otázka č. 7: **Za hlavní příčinu, která snižuje bezpečnou ošetrovatelskou péči nejvíce považujete**

Tabulka 9 **Hlavní příčina snižující bezpečnou ošetrovatelskou péči**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
nedostatky ve zdravotnické dokumentaci	9	10
konání nekvalifikovaných činností	8	9
nedostatek informací ze strany ved. prac.	5	6
vykonávání více činností najednou	43	47
vlastní neznalost	7	8
jiné	18	20
celkem	90	100

Graf 9 **Hlavní příčina snižující bezpečnou ošetrovatelskou péči**



Tabulka 9 a graf 9 zobrazuje, co považují sestry za hlavní příčinu snižující bezpečnou ošetrovatelskou péči. Nejvíce sester 9 (10 %) považuje nedostatky ve zdravotnické dokumentaci, 8 (9 %) v konání nekvalifikovaných činností, 5 (6 %) označilo nedostatek informací ze strany vedoucích pracovníků, 43 (47 %) za hlavní příčinu považuje vykonávání více činností najednou, 7 (8 %) označilo vlastní neznalost. Položku jiné označilo 18 (20 %) sester, z nich 8 (44 %) udalo jako příčinu nedostatek kvalifikovaného personálu (všeobecné sestry i všeobecný sanitář), 6 (33 %) vidí hlavní

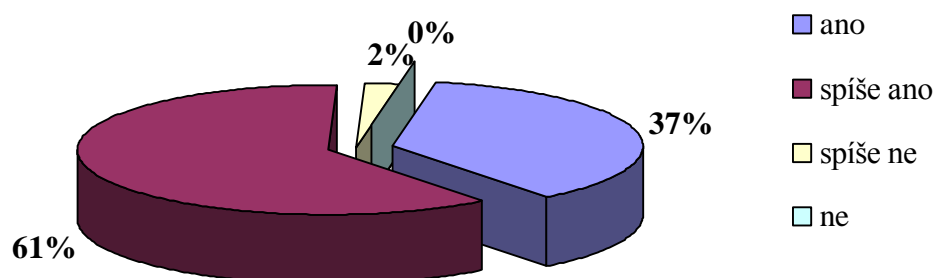
příčinu v nadměrném množství tiskopisů ve zdravotnické dokumentaci, 2 (11 %) napsaly nedostatek pomůcek, 1 (6 %) vidí příčinu v nedostatku zdravotnického materiálu a jeho šetření a 1 (6 %) nedoplnila.

Otázka č. 8: **Domníváte se, že svou činnost vykonáváte v souladu s předepsanými směrniciemi, standardy a protokoly atp., platné v nemocnici**

Tabulka 10 **Vykonávání činnosti v souladu s platnými předpisy**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	33	37
spíše ano	55	61
spíše ne	2	2
ne	0	0
celkem	90	100

Graf 10 **Vykonávání činnosti v souladu s platnými předpisy**



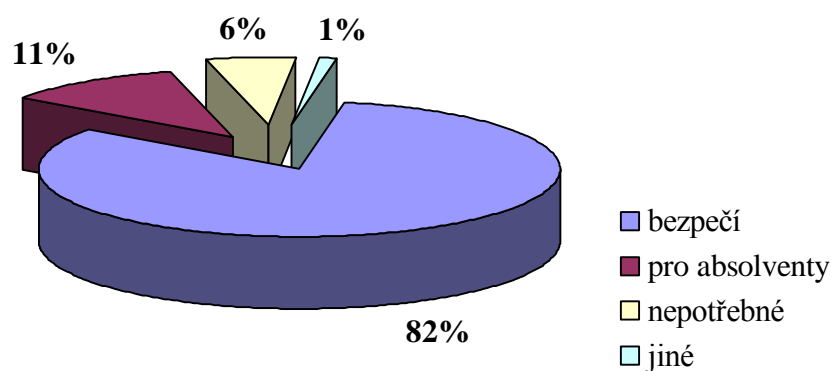
Tabulka a graf 10 ukazuje, jak subjektivně hodnotí sestry své činnosti podle platných standardů a předpisů. Jednoznačně ano označilo 33 (37 %) sester, spíše ano zaškrtno 55 (61 %), spíše ne udaly 2 (2 %) a položku ne neoznačila žádná sestra (0 %).

Otázka č. 9: **Dodržování standardních postupů ošetrovatelské péče nejvíce považujete za**

Tabulka 11 **Dodržování standardních postupů**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
potřebné pro zajištění bezpečí pacienta a Vás	74	82
vhodné hlavně pro absolventy	10	11
nepotřebné, znalosti máte ze školy	5	6
jiné	1	1
celkem	90	100

Graf 11 **Dodržování standardních postupů**



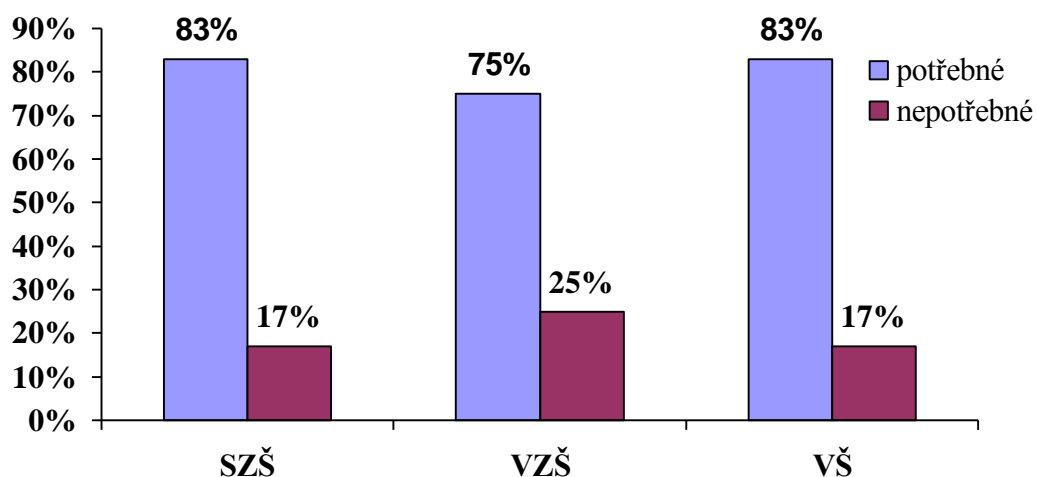
Tabulka a graf 11 nám ukazují, jaký je pohled sester na dodržování platných standardních postupů. Dodržování standardů považuje za potřebné pro zajištění bezpečí pacientů a sebe 74 (82 %) oslovených sester, za vhodné pro absolventy 10 (11 %), nepotřebné, znalosti mají ze školy označilo 5 (6 %) sester a jiné udala 1 (1 %) sestra, ale upřesnění nevypsala žádné.



Tabulka 12 Souvislost dosaženého vzdělání k dodržování standardních postupů

	SZŠ		VZŠ		VŠ	
	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%
potřebné pro zajištění bezpečí	60	83	9	75	5	83
nepotřebné	12	17	3	25	1	17
celkem	72	100	12	100	6	100

Graf 12 Souvislost dosaženého vzdělání k dodržování standardních postupů



Tabulka 12 a graf 12 zobrazuje souvislost mezi dosaženým stupněm vzdělání a názorem respondentů k dodržování standardních postupů ošetrovatelské péče. Z celkového počtu sester se vzděláním SZŠ 60 (60 %) považuje dodržování potřebné pro zajištění bezpečí pacientů a sebe a 12 (17 %) to za potřebné nepovažuje, s VZŠ za potřebné považuje z celkového počtu 9 (75 %) a za nepotřebné 3 (25 %). Z celkového počtu sester s VŠ souhlasné stanovisko dalo 5 (83 %) a 1 (17 %) stanovisko záporné.

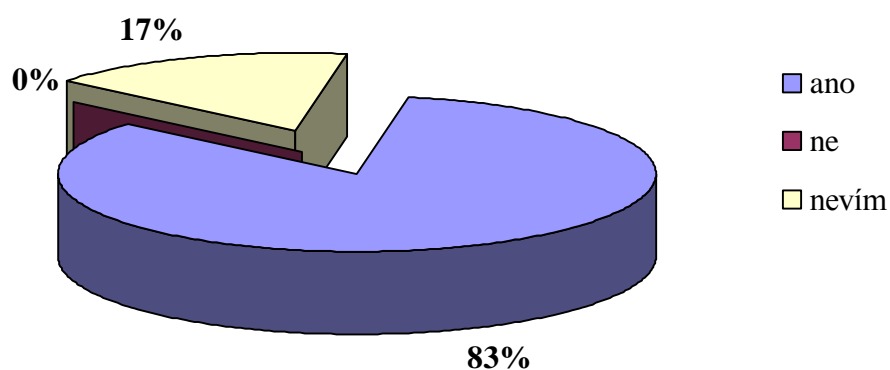
### 4.3 Postoj k mimořádné události

Otázka č.10: Je ve vaší nemocnici zavedeno hlášení mimořádné události

Tabulka 13 Je zavedeno hlášení mimořádné události

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	75	83
ne	0	0
nevím	15	17
celkem	90	100

Graf 13 Je zavedeno hlášení mimořádné události

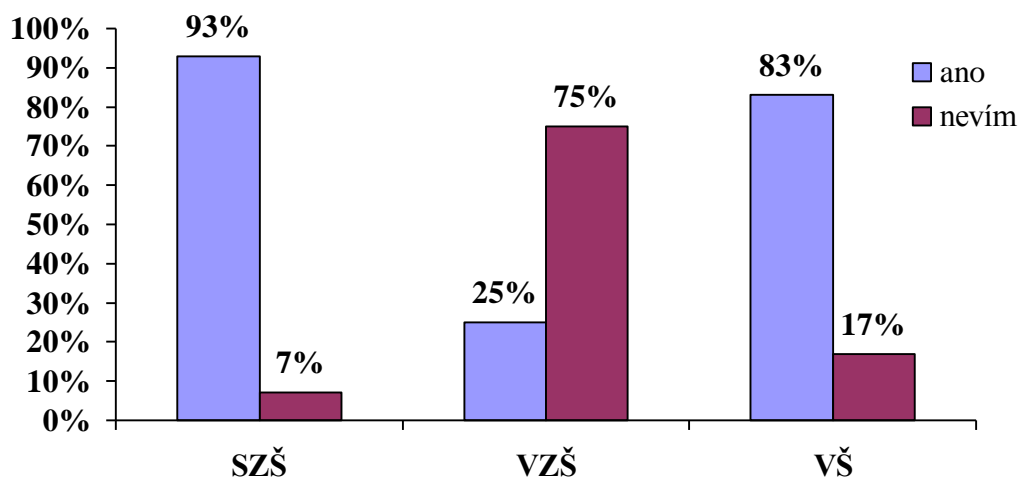


Tabulka 13 a graf 13 ukazuje, jaká je znalost sester v šetření mimořádných událostí v dané nemocnici. O hlášení těchto událostí v rámci nemocnice ví 75 (83 %) sester, žádná sestra neopověděla ne (0 %) a 15 (17 %) neví, zda je hlášení zavedeno.

Tabulka 14 Souvislost dosaženého vzdělání ke znalosti hlášení mimořádné události

	SZŠ		VZŠ		VŠ	
	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%
ano	67	93	3	25	5	83
nevím	5	7	9	75	1	17
celkem	72	100	12	100	6	100

Graf 14 Souvislost dosaženého vzdělání ke znalosti hlášení mimořádné události



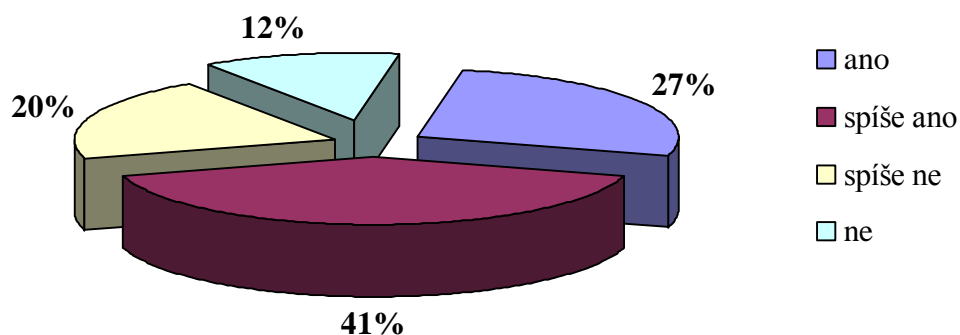
Tabulka 14 a graf 14 zobrazuje vztah nejvyššího dosaženého vzdělání ke znalosti existence hlášení mimořádné události v nemocnici. Z celkového počtu respondentů se středoškolským vzděláním ví o hlášení 67 (93 %) a neví 5 (7 %), s vyšší odbornou školou zdravotnickou ví 3 (25 %) a neví 9 (75 %) a sestry s vysokoškolským vzděláním odpovědělo ano 5 (83 %) a neví označila 1 (17 %).

Otázka č.11: **Je z Vašeho pohledu dostatečná zpětná vazba při nahlášení mimořádné události**

Tabulka 15 **Dostatečná zpětná vazba**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	24	27
spíše ano	37	41
spíše ne	18	20
ne	11	12
celkem	90	100

Graf 15 **Dostatečná zpětná vazba**



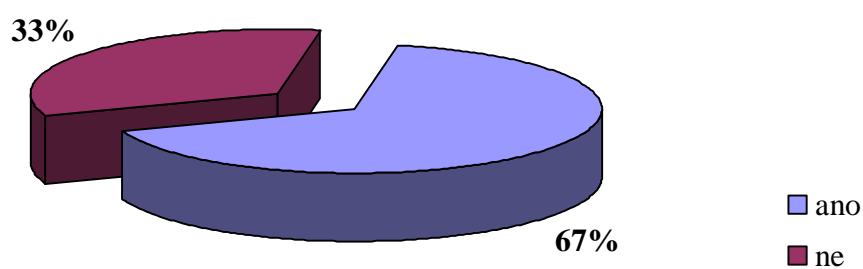
Tabulka 15 a graf 15 ukazuje, jak sestry hodnotí ze svého pohledu dostatečnou zpětnou informovanost (následná opatření) při nahlášení mimořádné události. 24 (27 %) sester ji hodnotí jako dostatečnou a označily ano, 37 (41 %) označilo spíše ano, spíše ne zaškrtnulo 18 (20 %) sester a jednoznačně nedostatečnou označením položky ne vidí 11 (12 %) sester.

Otázka č.12: **Upozornila jste sama na vlastní pochybení při výkonu povolání**

Tabulka 16 **Upozornění na vlastní pochybení**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	60	67
ne	30	33
celkem	90	100

Graf 16 **Upozornění na vlastní pochybení**



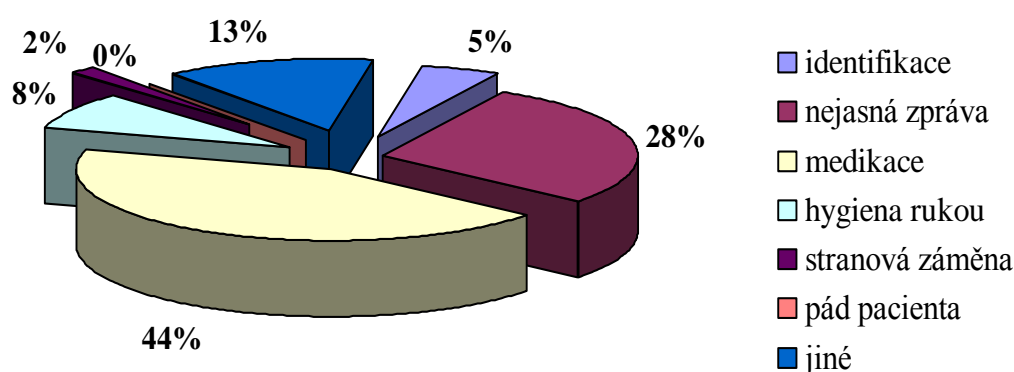
Tabulka 16 a graf 16 nám zobrazuje, jaký je poměr mezi sestrami, které upozornily na své pochybení, položku ano označilo 60 (67 %) sester a které neupozornily, položku ne zaškrtnulo 30 (33 %) sester.

Otázka č.13: Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla *ano*, čeho se pochybení týkalo

Tabulka 17 Čeho se týkalo vlastní pochybení

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
špatná identifikace pacienta	3	5
převzetí nejasné telef. zprávy, výsledku z laboratoře	17	28
medikační pochybení	26	44
nedodržení správné hygieny rukou	5	8
stranová záměna	1	2
nedodržení prevence pádu pacienta	0	0
jiné	8	13
celkem	60	100

Graf 17 Čeho se týkalo vlastní pochybení



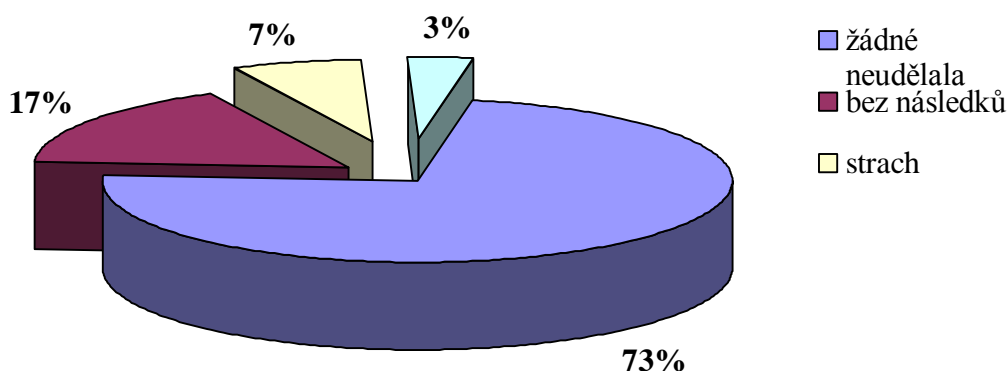
Tabulka 17 a graf 17 navazuje na otázku č. 12 a zobrazuje zastoupení pochybení, kde respondenti chybovali. Špatnou identifikaci pacienta přiznaly 3 ( 5%) sestry, převzetí nejasné telefonické zprávy nebo výsledku z laboratoře zaškrtno 17 (28 %) sester, 26 (44 %) sester přiznalo medikační pochybení, nedodržení správné hygieny rukou označilo 5 (8 %), 1 (2 %) označila stranovou záměnu, nedodržení prevence pádu pacienta neoznačila žádná sestra (0 %) a položku jiné zaškrtno 8 (13 %) sester. Z tohoto počtu 1 (12 %) udala špatný zápis v opiátové knize a ze zbývajících 7 (88 %) v dané otázce přiznalo 6 sester dvě a 1 sestra tři výše citovaná pochybení.

Otázka č.14: Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla *ne*, bylo to z důvodu

Tabulka 18 Důvod nepřiznání

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
žádné jste neudělala	22	73
nebyly žádné následky	5	17
ze strachu před postihem	2	7
jiné	1	3
celkem	30	100

Graf 18 Důvod nepřiznání



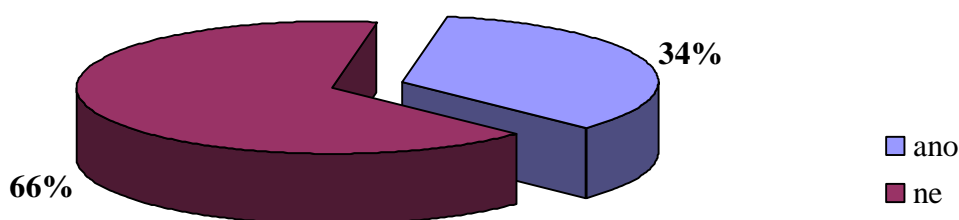
Tabulka 18 a graf 18 souvisí s odpovědí sester na otázku č. 12, jde o ty, které na vlastní pochybení neupozornily. Rozbor otázky č. 14 nám má zmapovat důvod nepřiznání pochybení. Důvod, že žádné pochybení neudělalo označilo 22 (73 %) sester, 5 (17 %) nepřiznalo své pochybení, protože nebyly žádné následky, ze strachu před postihem přiznaly 2 (7 %) a 1 (3 %) sestra označila položku jiné a vypsala, že si není vědoma žádné chyby.

**Otázka č.15: Upozornila jste na pochybení jiného zdravotnického pracovníka**

**Tabulka 19 Upozornění na pochybení jiného zdravotnického pracovníka**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	31	34
ne	59	66
celkem	90	100

**Graf 19 Upozornění na pochybení jiného zdravotnického pracovníka**



Tabulka 19 a graf 19 zobrazuje poměr mezi sestrami, které na pochybení jiného zdravotnického pracovníka upozornily, těch bylo 31 (34 %) a 59 (66 %) sester označilo zápornou odpověď.

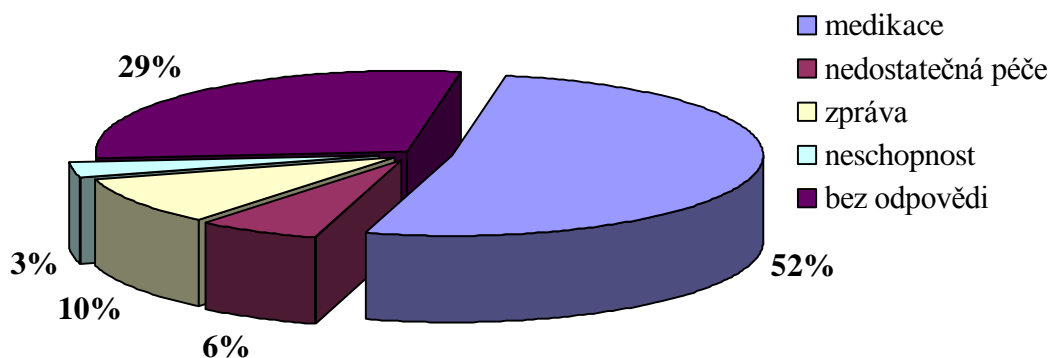


Otázka č.16: Pokud jste odpověděla v otázce č. 15 *ano*, čeho se pochybení týkalo

Tabulka 20 Pochybení jiného zdravotnického pracovníka

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
medikační pochybení	16	52
nedostatečná péče o pacienta	2	6
nejasná zprava (z laboratoře)	3	10
neschopnost	1	3
bez konkrétní odpovědi	9	29
celkem	31	100

Graf 20 Pochybení jiného zdravotnického pracovníka



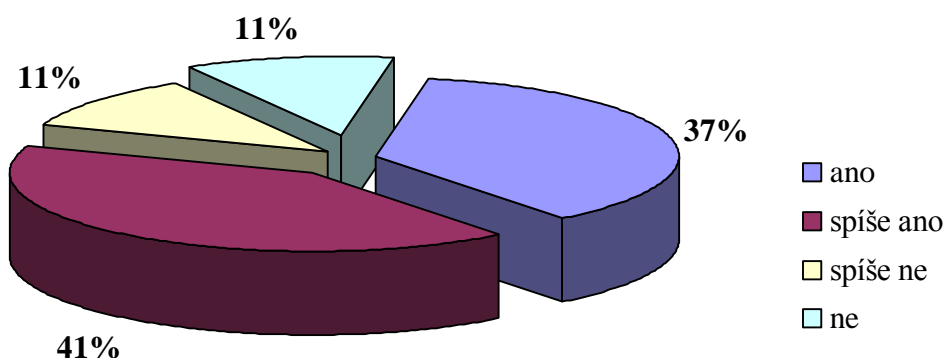
Tabulka 20 a graf 20 zobrazují zastoupení pochybení jiného zdravotnického pracovníka, na které sestry upozornily. Tato otevřená otázka navazuje a více rozpracovává otázku č. 15. Na medikační pochybení upozornilo 16 (52 %) sester, 2 (6 %) upozornily na nedostatečnou péči o pacienta, 3 (10 %) sestry upozornily na převzetí nejasné zprávy z biochemické laboratoře, 1 (3 %) upozornila na neschopnost jiného zdravotnického pracovníka, ale bez přesnější specifikace a 9 (29 %) v otázce č. 15 sice označilo souhlasnou odpověď, ale v otázce č. 16 odpověď neupřesnilo.

Otázka č.17: **Domníváte se, že pracovní atmosféra na Vašem pracovišti podporuje otevřené jednání o vzniklém pochybení nebo téměř pochybení**

Tabulka 21 **Pracovní atmosféra podporující otevřené jednání**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	33	37
spíše ano	37	41
spíše ne	10	11
ne	10	11
celkem	90	100

Graf 21 **Pracovní atmosféra podporující otevřené jednání**



Tabulka 21 a graf 21 zobrazují, jak sestry hodnotí na svém pracovišti atmosféru při vzniku pochybení nebo téměř pochybení. 33 (37 %) sester se domnívá, že pracovní atmosféra podporuje otevřené jednání a 37 (41 %) odpovědělo spíše ano. Odpověď spíše ne označilo 10 (11 %) sester a stejný počet, čili 10 (11 %), odpovědělo, že se nedomnívají, že mají na svém pracovišti atmosféru, která podporuje otevřené jednání.

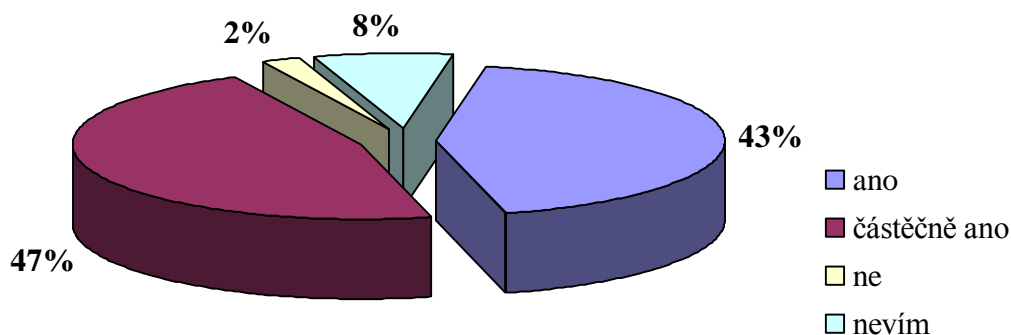
## 4.4 Ovlivnění bezpečné péče

Otázka č.18: **Domníváte se, že můžete osobně ovlivnit bezpečnou ošetrovatelskou péči na Vašem pracovišti**

Tabulka 22 **Osobní vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	39	43
částečně ano	42	47
ne	2	2
nevím	7	8
celkem	90	100

Graf 22 **Osobní vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči**



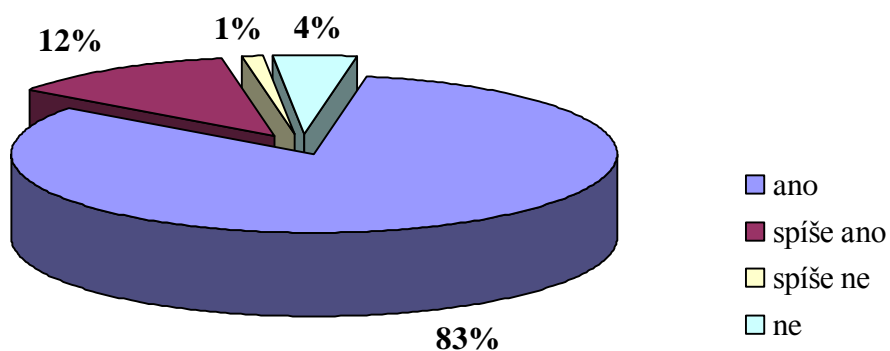
Tabulka 22 a graf 22 zobrazují, zda se sestry domnívají, že mohou osobně ovlivnit bezpečnou ošetrovatelskou péči na svém pracovišti. Jednoznačně ano označilo 39 (43 %) sester, částečně ano odpovědělo 42 (47 %), ne odpověděly 2 (2 %) a odpověď nevím označilo 7 (8 %) sester.

**Otázka č.19: Máte na Vašem pracovišti snadný přístup k prostředkům na hygienu rukou**

**Tabulka 23 Dostatek prostředků na hygienu rukou**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	74	83
spíše ano	11	12
spíše ne	1	1
ne	4	4
celkem	90	100

**Graf 23 Dostatek prostředků na hygienu rukou**



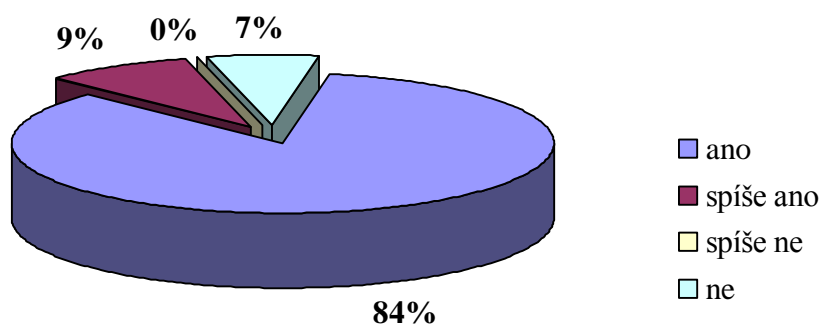
Tabulka 23 a graf 23 zobrazuje, jaká je dostupnost prostředků k hygieně rukou na klinických pracovištích nemocnice. Odpověď ano označilo 74 (83 %) sester, spíše ano uvedlo 11 (12 %), spíše ne udala 1 (1 %) sestra a jednoznačně ne označily 4 (4 %) sestry.

Otázka č. 20: Máte na Vašem pracovišti přesně vyhrazené místo pro důležité informace (standards, pokyny managementu, evakuační plán, telefonní čísla atp.)

Tabulka 24 Přesné místo pro důležité informace

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	76	84
spíše ano	8	9
spíše ne	0	0
ne	6	7
celkem	90	100

Graf 24 Přesné místo pro důležité informace



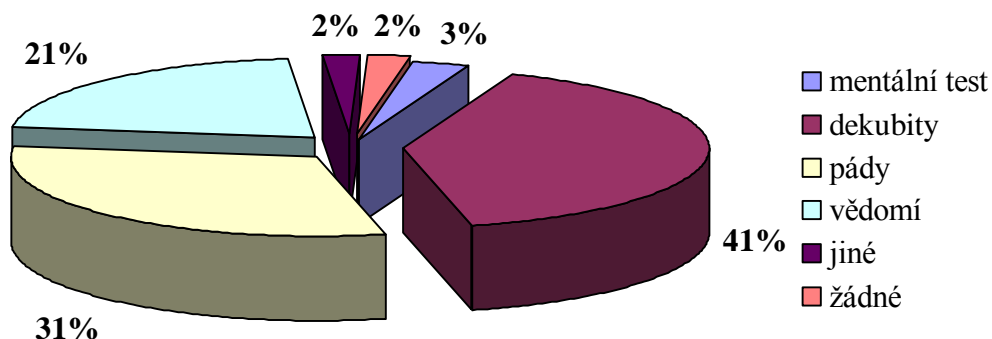
Tabulka 24 a graf 24 nám zobrazuje, zda jsou na jednotlivých pracovištích přesně vyhrazena místa pro důležité informace, které slouží k rychlé pomoci při různých situacích. Odpověď ano označilo 76 (84 %) sester, spíše ano udává 8 (9 %), odpověď spíše ne neoznačila žádná sestra (0 %), ale jednoznačnou odpověď ne udalo 6 (7 %) sester.

**Otázka č. 21: Jaké měřicí škály používáte při vyhledávání rizik, kterými je pacient ohrožen při hospitalizaci**

**Tabulka 25 Používané měřicí škály**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
zkrácený mentální test	2,8	3
hodnocení rizika vzniku dekubitů	36,3	41
riziko pádu	27,8	31
hodnocení vědomí	19,2	21
jiné	1,8	2
žádné	2	2
celkem	89,9	100

**Graf 25 Používané měřicí škály**

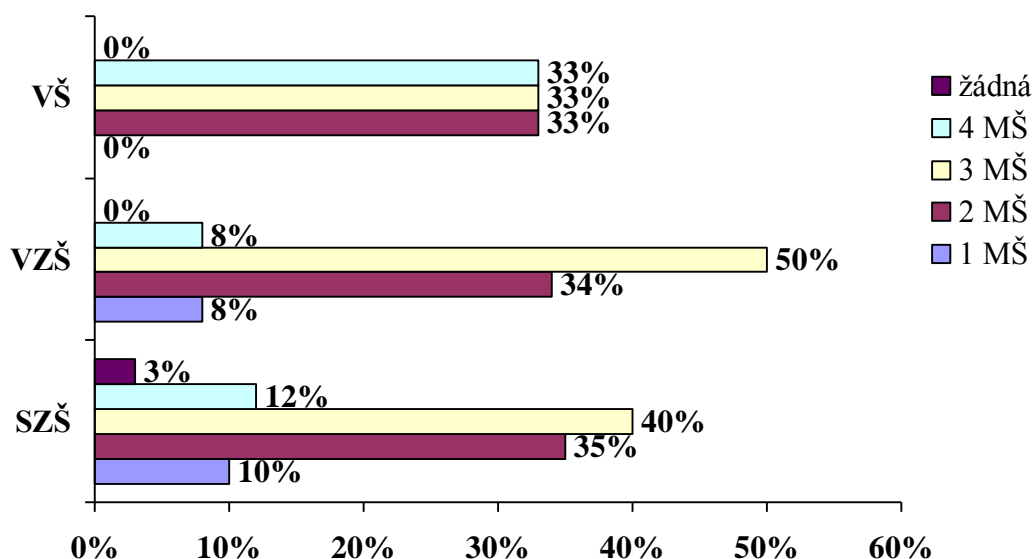


Tabulka 25 a graf 25 zobrazuje zastoupení měřících škál, které respondenti používají při své práci k vyhledávání rizik, kterými mohou být pacienti ohroženi. Zkrácený mentální test při své práci používá 2,8 (3 %) sester, hodnocení rizika vzniku dekubitů označilo 36,3 (41 %) sester, riziko pádů 27,8 (31 %), hodnocení vědomí 19,2 (21 %), jiné udává 1,8 (2 %) a ve všech případech šlo o hodnocení bolesti a 2 (2 %) označily, že nepoužívají žádné.

Tabulka 26 Souvislost mezi stupněm vzdělání a používání měřících škál

Počet MŠ	SZŠ		VZŠ		VŠ	
	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%	ABS.Č.	%
1 MŠ	7	10	1	8	0	0
2 MŠ	25	35	4	34	2	33
3 MŠ	29	40	6	50	2	33
4 MŠ	9	12	1	8	2	33
žádná	2	3	0	0	0	0
celkem	72	100	12	100	6	100

Graf 26 Souvislost mezi stupněm vzdělání a používání měřících škál



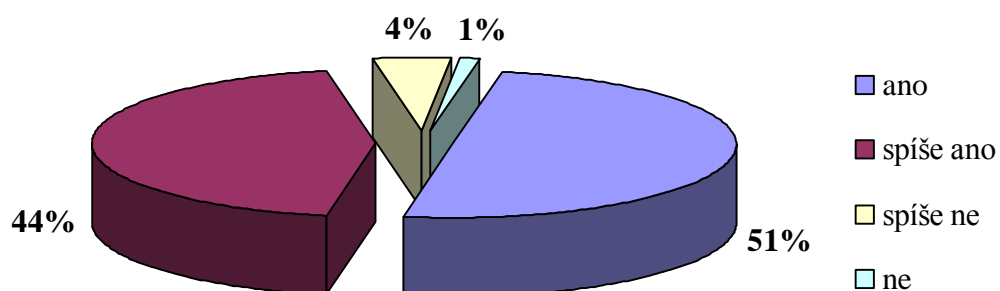
Tabulka 26 a graf 26 zobrazuje, jaká je souvislost mezi stupněm vzdělání a počtem používaných měřících škál (dále MŠ). Z celkového počtu sester se SZŠ využívá při své ošetrovatelské činnosti 7 (10 %) jednu MŠ, dvě MŠ 25 (35 %) sester, čtyři MŠ 29 (40 %) a žádnou MŠ 2 (3 %) sester. Jednu MŠ využívá 1 (8 %) absolventka VZŠ, dvě MŠ využívají 4 (34 %), tři MŠ 6 (50 %), čtyři MŠ označila 1 (8 %) a kolonku žádnou neoznačila ani jedna (0 %) absolventka s VZŠ. Z celkového počtu absolventů VŠ žádná (0 %) neoznačila jednu MŠ, dvě MŠ označily 2 (33 %), tři MŠ 2 (33 %) a čtyři MŠ také 2 (33 %) sestry. Ani jedna sestra (0 %) s VŠ neoznačila, že nepoužívá žádnou MŠ.

**Otázka č. 22: Máte při ošetřování pacienta dostatečné informace pro provádění bezpečné ošetrovatelské péče**

**Tabulka 27 Dostatečné informace**

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
ano	45	51
spíše ano	40	44
spíše ne, musím se ptát	4	4
ne	1	1
celkem	90	100

**Graf 27 Dostatečné informace**



Tabulka 27 a graf 27 zobrazují, jak hodnotí sestry při ošetřování pacienta dostatek informací o něm, aby byla prováděna bezpečná ošetrovatelská péče. 45 (51 %) sester označilo odpověď ano, že má informací dostatek, spíše ano udalo 40 (44 %), spíše ne, musí se ptát označily 4 (4 %) sestry a 1 (1 %) udala jednoznačně ne, čili nemá dostatek informací.

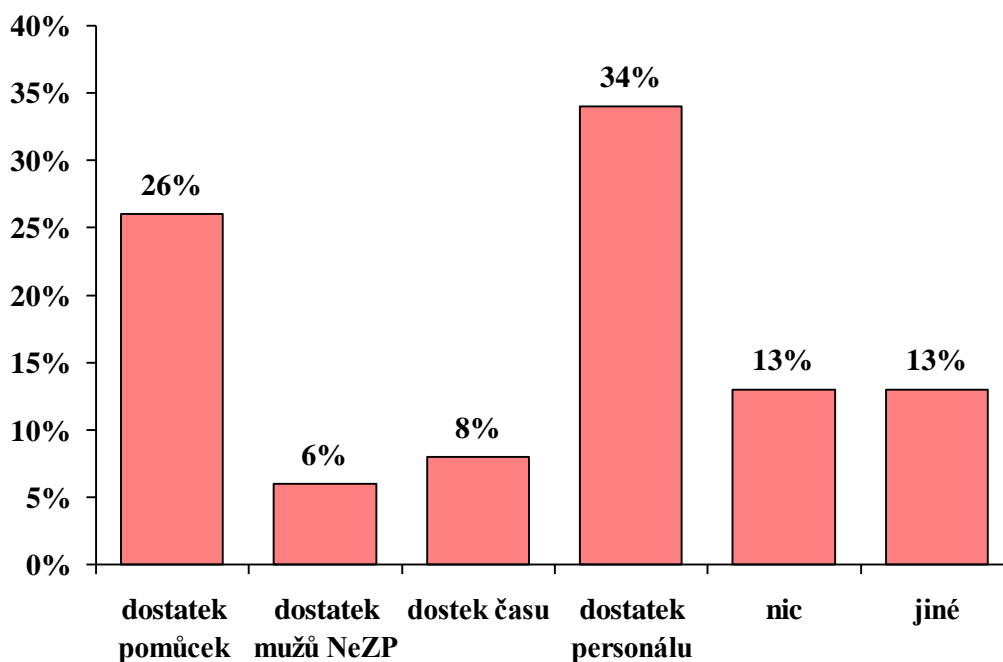


Otázka č. 23: Co nejvíce postrádáte na svém pracovišti k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče

Tabulka 28 Nejvíce chybí pro bezpečnou ošetrovatelskou péči

	ABS. Č.	RELAT. Č. %
dostatek pomůcek	14	26
zastoupení mužů (NeZP)	3	6
dostatek času	4	8
dostatek personálu pomocného i odborného	18	34
nepostrádá nic	7	13
jiné	7	13
celkem	53	100

Graf 28 Nejvíce chybí pro bezpečnou ošetrovatelskou péči



Tabulka 28 a graf 28 ukazují, co podle respondentů nejvíce chybí na pracovišti k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče. Danou otázku nechalo nezodpovězenou 37 (41 %) sester a 53 (59 %) dotázaných odpovědělo. Nejvíce postrádá dostatek pomůcek

pro manipulaci s ležícími pacienty 14 (26 %) sester, 3 (6 %) postrádá větší zastoupení mužů v řadách kvalifikovaných zdravotnických pracovníků (všeobecný ošetřovatel a všeobecný sanitář), 4 (8 %) sestry nejvíce postrádají dostatek času, 18 (34 %) sester na svém pracovišti k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče postrádá dostatek nelékařského zdravotnického personálu všech kategorií a 7 (13 %) nepostrádá nic, všeho mají dostatek. Do označení jiné lze shrnout 7 (13 %) odpovědí, z toho 1 (14 %) postrádá pro provádění bezpečné ošetrovatelské péče dostatečné vzdělání pracovníků, 2 (29 %) komunikaci mezi lékařem a sestrou, 1 (14 %) dostatek prostoru na pokojích, 1 (14 %) komunikaci s vedením a 1 (14 %) postrádá jednodušší dokumentaci.

## 5 Diskuze

Ve svém dotazníkovém šetření jsem se obrátila na všeobecné sestry dané nemocnice, které jsou zařazeny jako sestry u lůžka. Osloveny byly i sestry staniční a vrchní. Šetření mělo zjistit, jak sestry vnímají bezpečnou péči o pacienty, zda ji dokáží realizovat při své činnosti a jaký má vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči jejich stupeň vzdělání.

### 5.1 Identifikační údaje

Pro potřeby dalšího hodnocení byl mezi identifikační otázky dán dotaz na stupeň dosaženého vzdělání (graf 1). Zjišťovala jsem, jaké je zastoupení v dané nemocnici v jednotlivých stupních vzdělání. Výsledek ukazuje na převahu sester se vzděláním na střední zdravotnické škole (80 %). Po analýze šetření se domnívám, že jsem měla v první otázce dát dotaz na absolvování pomaturitního specializačního studia, i když se nejedná o kvalifikační stupeň, objektivněji by se hodnotily vztahy mezi vzděláním a výsledky šetření.

Dále jsem zjišťovala délku praxe jednotlivých respondentů (graf 2), kde lze říci, že zastoupení sester podle daného členění odpracovaných let je vyvážené a při použití s jinými zjištěnými údaji jsou výsledky validní.

Zajímavé bylo zjištění vztahu mezi stupněm vzdělání a délkou praxe (graf 3). Pro vyhodnocení stanovaných hypotéz považuji toto srovnání za důležité. Respondenti se SZŠ převládají s praxí od 11 až více jak 21 let (59 %), naopak s VZŠ mají praxi od 0 do 10 let (100 %) a s VŠ bylo nejvíce respondentů s praxí do 5 let (67 %).

Třetí otázka šetřila, jaké pracovní zařazení každá respondentka zastává. Z grafu 4 vyplývá převaha všeobecných řadových sester (83 %). Vzhledem k tomu, že se jednalo o monografické šetření a tento výsledek se dal očekávat, že je pro další hodnocení tato získaná informace nepodstatná.

Obdobně hodnotím i výsledek, který nám říká, jaké je zastoupení respondentů z jednotlivých klinických oddělení (graf 5). Zjištěnou informaci považuji pouze za vedlejší a to ve smyslu, že zastoupení je v průměru stejné, jak z chirurgických

a interních oborů, tak i z ostatních, které tvoří dané zdravotnické zařízení a celkový výstup, který bude z tohoto šetření, lze tak aplikovat v celé nemocnici.

## 5.2 Standardní postupy

Druhá část dotazníku měla zjistit znalost a postoj respondentů ke standardním postupům ošetrovatelské péče, které zajišťují bezpečné ošetrovatelství. První dotaz v této oblasti zjišťoval, zda respondenti dodržují dané ošetrovatelské postupy. Z celkového počtu vyhodnocených dotazníků 94 % respondentů odpovědělo kladně, tzn. označilo odpověď ano a spíše ano (graf 6). Ti, kteří odpověděli kladně, měli zodpovědět následující otázku, která měla zjistit, jaké platné standardy ošetrovatelské péče se řadí mezi standardy bezpečné ošetrovatelské péče. Z výsledku lze usuzovat (graf 7), že vlastní pojem není pro všechny respondenty tak úplně jasný. Odpověď, že jde o všechny standardy platné v nemocnici bez další specifikace, označilo 54 % respondentů. Některý ze standardů, které se řadí mezi standardy bezpečné ošetrovatelské péče podle JCI a akreditační komise, udalo 22 % respondentů. Za pozornost stojí zjištění, že 24 % respondentů ponechalo otázku bez odpovědi, ač se ohodnotili, že tyto postupy dodržují. Pokud bych si položila otázku, zda respondenti znají rozdíl mezi standardními postupy ošetrovatelské péče a standardy bezpečné péče, domnívám se, že 78 % se v daných termínech neorientuje. Výsledek šetření mne vedl k porovnání, zda má na znalost o těchto standardech vliv stupeň vzdělání. Odpověď nám nepotvrzuje, že čím vyšší vzdělání, tím lepší znalost (graf 8). Odpověď „všechny platné standardy“ v nemocnici označilo 58 % sester se SZŠ, 76 % s VZŠ a 17 % s VŠ. Jasnou odpověď označilo 17 % se SZŠ, 16 % s VZŠ a 50 % s VŠ. Bez odpovědi ponechalo tuto otázku 25 % sester se SZŠ, 8 % s VZŠ a 33 % s VŠ. I z tohoto zhodnocení lze usuzovat nejasnost daných termínů a nutnost edukace v této oblasti.

Dále jsem chtěla zjistit, co nejvíce považují dotazovaní za hlavní příčinu, jež snižuje bezpečnou ošetrovatelskou péči (graf 9). Domnívám se, že výsledek tohoto šetření je zajímavý nejvíce pro management dané nemocnice, kterému ukazuje, na co se má zaměřit. Nejvíce respondenti (47 %) za hlavní příčinu považují vykonávání více činností najednou a dále nedostatky ve zdravotnické dokumentaci (10 %). Odpověď

„jiné“ označilo 20 %, ale zastoupení jednotlivých příčin je ojedinělé a pro dané šetření není validní. Následuje zjištění, zda respondenti, podle vlastního hodnocení, vykonávají svou činnost v souladu s platnými předpisy, směrnicemi a se standardy platnými v nemocnici (graf 10). Po vypracování výsledků šetření a jejich analýzy i toto zjištění považují za potřebné více pro management dané nemocnice, než k využití v celkovém šetření. Za pozornost stojí, že 98 % respondentů označilo odpověď „ano“ a „spíše ano“, pouze 2 % přiznává, že „spíše ne“. V poslední otázce této části šetření, která zjišťuje postoj respondentů ke standardním postupům, mne zajímalo, za co nejvíce považují dodržování postupů (graf 11). Potěšující je výsledek, že 82 % respondentů označilo, že jsou potřebné pro zajištění bezpečí pacientů a jich samotných. Přesto mne překvapily odpovědi, že jsou vhodné hlavně pro absolventy (11 %), dokonce, že standardy jsou nepotřebné, protože sestry mají znalosti ze školy (6 %). Výsledek mne vedl ke srovnání stupně vzdělání s výše uvedenými odpověďmi. Z celkového počtu respondentů se středoškolským vzděláním souhlasí s potřebou pro zajištění bezpečí pro pacienty a jejich vlastní bezpečí 83 %, s vyšším vzděláním 75 % a s vysokoškolským také 83 %. Další dvě odpovědi, tzn. „potřebné pro absolventy“ nebo „nepotřebné, protože mají znalosti ze školy“ označilo 17 % respondentů, kteří získaly kvalifikaci na SZŠ, 25 % na VZŠ a 17 % má vysokoškolské vzdělání. Analýza opět nepotvrzuje vztah stupně vzdělání s dodržováním standardních postupů ošetrovatelské péče.

### **5.3 Mimořádné události**

Následující skupina otázek měla zjistit postoj respondentů k případně vzniklé mimořádné události během ošetrovatelské péče na jejich pracovišti. Nejprve jsem chtěla zmapovat, zda vůbec respondenti vědí, že je v nemocnici zavedeno hlášení mimořádných událostí (graf 13). Na tuto otázku „jednoznačně ano“ odpovědělo 83 % respondentů, ale 17 % o zavedeném hlášení neví. Proto jsem i zde provedla rozbor odpovědí k dosaženému stupni vzdělání (graf 14). Ani při této analýze se nepotvrdilo, že rozhodující ve znalosti dané věci je stupeň vzdělání, což je zřejmé z výsledku šetření, kde 93 % sester se SZŠ o hlášení mimořádné události ví a pouze 7 % neví,

u respondentů s VZŠ ví 25 %, ale 75 % neví. Respondenti s vysokou školou v 83 % o hlášení ví a 17 % neví.

Další otázka v dotazníku měla zjistit, jak respondenti vnímají zpětnou vazbu v případě nahlášení mimořádné události (graf 15) ze strany managementu. Výsledná analýza ukazuje, že 68 % dotazovaných hodnotí zpětnou vazbu kladně, ale 32 % ji vidí jako nedostatečnou. Výsledek je více pro potřeby managementu nemocnice a ukazuje, v které oblasti zlepšit činnost.

Dále mne zajímalo, zda respondenti upozornili sami na vlastní pochybení při výkonu povolání (graf 16). Otázka byla volena z důvodu, zda si uvědomují, že jde o předcházení dalšího pochybení a ne o sankci ze vzniklé situace. Výsledek je, že 67 % upozornilo na vlastní pochybení a 33 % ne. Následující otázka se týkala těch, kteří na vlastní pochybení upozornili. Zajímalo mne, čeho se nejvíce pochybení týkalo (graf 17). Zde považuji za nutné upozornit, že v této otázce byla vyjmenována pochybení, na která upozorňuje JCI a která jsou řazena do sledování bezpečné péče. Volila jsem to z důvodu pomoci respondentům při formulaci odpovědi v předcházejících otázkách, pokud by znali odpověď, ale nebyli si jisti formulací. Analýza nám ukázala, že nejvíce pochybení a tím i ohrožení pacienta je při aplikaci medikamentů, tzv. medikační pochybení, které činí 44 % a na druhém místě je převzetí nejasné telefonické zprávy, což je 28 % odpovědí. Následně jsem chtěla znát důvod, proč 33 % respondentů odpovědělo, že na vlastní pochybení neupozornilo (graf 18). Žádné pochybení neudělalo napsalo 73 % respondentů, ale 17 % protože nebyly žádné následky a 7 % ze strachu před postihem. Domnívám se, že hodnota 24 % je pro danou nemocnici důvodem k zamyšlení a zvolení vhodné edukace svých zaměstnanců v této oblasti.

Následně jsem chtěla znát, zda respondenti upozornili na pochybení jiného zdravotnického pracovníka. Jak nám ukazuje graf 19, 34 % upozornilo na pochybení jiného zdravotnického pracovníka a 66 % označilo ne. Podle grafu 20 vidíme, že je opět medikační pochybení na prvním místě (52 %) mezi odpověďmi a že druhé místo (10 %) zaujímá převzetí nejasné zprávy. Nepřehlédnutelných nemůže být ani 29 %, kteří na pochybení upozornili, ale dále je v dané otázce blíže nespecifikovali. Domnívám se, že tato čísla dokládají, že se pochybení dějí a tím spíše je potřebné doporučit vytvoření systémových opatření, aby se tyto chyby minimalizovaly.

Poslední šetření v této oblasti se týkalo atmosféry na pracovišti v případě vzniku pochybení a zda je vytvořeno otevřené jednání. Kladně hodnotí své pracoviště 78 % respondentů a záporně 22 % (graf 21). Vzhledem k tomu, že hodnotíme jednu nemocnici se domnívám, že i zde jsou ze strany managementu rezervy v jeho činnosti.

## **5.4 Vliv na bezpečnou ošetrovatelskou péči**

Následující blok otázek měl zmapovat, jak respondenti chápou svou pracovní činnost ve smyslu ovlivnění bezpečné ošetrovatelské péče. K tomu byla zvolena otázka, zda mohou osobně tuto péči ovlivnit (graf 22). Výsledek byl potěšující, protože 90 % respondentů vyjádřilo souhlas s tím, že mohou tuto činnost osobně ovlivnit a pouze 10 % odpovědělo záporně. Jak již bylo v teoretické části řečeno, hygiena rukou patří mezi sledované ukazatele k zajištění bezpečné péče, proto se další šetření týkalo tohoto tématu. Chtěla jsem zjistit, zda je v rámci nemocnice snadný přístup k prostředkům na hygienu rukou (graf 23). Výsledek bych hodnotila jako uspokojivý, protože 95 % respondentů odpovědělo kladně, pouze 5 % záporně.

Dále jsem považovala za potřebné znát, zda na jednotlivých pracovištích mají přesné místo na uložení všech důležitých informací pro provoz a bezpečných chod oddělení. Tím jsem měla na mysli organizační směrnice, metodické pokyny, standardy ošetrovatelských postupů, důležitá telefonní čísla atp. I tento výstup (graf 24) bych hodnotila pozitivně pro střední stupeň řízení, protože 93 % respondentů odpovědělo, že mají přesně vyhrazené místo, pouze 7 % označilo jednoznačně ne. Zde bych se mohla domnívat, pouze spekulativně, protože jsem žádné šetření v tomto smyslu nedělala, že se jedná o respondenty, kteří mohou být na pracovišti v procesu zapracování.

Kvalitu a bezpečnou péči nám zajišťuje prevence a k činnosti všeobecných sester by mělo patřit využívání různých měřících škál, které hodnotí stav pacienta a podle toho se plánuje následná ošetrovatelská péče (graf 25). Z citovaných měřících škál ve 41 % využívají hodnocení rizika vzniku dekubitů, na druhém místě (31 %) je riziko pádu a třetí místo (21 %) zaujímá hodnocení vědomí. Z celkového počtu respondentů 98 % udává, že používá při své činnosti měřící škály v rozmezí jedné až čtyř, pouze 2 % přiznávají, že měřící techniky nepoužívají. Při analýze této otázky jsem opět chtěla

posoudit, zda má na používání měřících technik vliv stupeň vzdělání. Ani výsledek tohoto šetření neudává přímou úměrnost používání měřící techniky s vyšším stupněm vzdělání. Na grafu 26 vidíme, že techniky v rozmezí jedna až čtyři respondenti se SZŠ používají v 97 % a s VZŠ a VŠ ve 100 %.

Následovala otázka, kterou jsem chtěla zjistit, zda je na jednotlivých pracovištích, i mezi pracovišti, dostatečná komunikace, předávání informací a sběr dat, což považuji za důležité při plánu následné péče o pacienty. Jak je patrné na grafu 27, 95 % respondentů odpovědělo, že dostatečné informace má, pouze 5 % odpovědělo, že ne. Výsledek bych hodnotila uspokojivě ve prospěch managementu nemocnice.

Poslední otázku jsem volila otevřenou a chtěla jsem zjistit, co respondenti nejvíce postrádají na svém pracovišti k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče (graf 28). Na prvním místě respondenti (34 %) označili nedostatek personálu, jak všeobecných sester, tak pomocného zdravotnického personálu. Na druhém místě (26 %) se objevil názor, že postrádají dostatek pomůcek, hlavně pro manipulaci s pacienty. V 8 % mají nedostatek času, ale blíže nespecifikováno. Objevily se i odpovědi (13 %), že nepostrádají nic, všeho mají dostatek a stejný počet respondentů byl zařazen do jednotné skupiny jiné, kde se vyskytují odpovědi v zastoupení jedince. Závěr, který vychází z tohoto zjištění bych též směřovala k managementu daného zdravotnického zařízení.



## 6 Závěr

V současné době zdravotnická zařízení věnují zvýšenou pozornost prostředí, ve kterém poskytují zdravotní péči. Proto jsem se ve své práci snažila zjistit, na jaké úrovni je bezpečná ošetrovatelská péče v dané nemocnici. Zda sestry vědí, co patří pod tento slovní termín. Jaký mají postoj ke svému pochybení nebo pochybení druhého zdravotnického pracovníka a v neposlední řadě, zda má na jejich konání vliv stupeň získaného vzdělání. To bylo také hlavním cílem mého výzkumu.

Osloveni byli všichni zdravotničtí pracovníci, kteří jsou zařazeni v kategorii všeobecná sestra a pracují u lůžka na klinických odděleních nemocnice. Po získání teoretických informací byl sestaven dotazník a prostřednictvím vrchních sester rozdán. Podle údajů z oddělení práce a mzdy v dané nemocnici pracuje 128 všeobecných sester u lůžka pacientů, pro následné zpracování jsem vycházela z 90 vrácených a vyplněných dotazníků. Při 70% návratnosti se domnívám, že pro danou nemocnici jsou výsledky šetření validní.

Získané výsledky dotazníku byly podrobeny statistické analýze a k jejich interpretaci byla použita statistika popisná, která sloužila k ověření vyslovených hypotéz.

První hypotéza předpokládala, že systém bezpečného ošetrovatelství v nemocnici je více aplikován podvědomě než na základě znalostí. Podle získaných výsledků šetření se tato hypotéza potvrdila. Respondenti sice označili, že dodržují standardy pro bezpečnou ošetrovatelskou péči, ale nedokázali je blíže specifikovat nebo neodpověděli vůbec.

Druhá hypotéza, která předpokládala, že bezpečnou ošetrovatelskou péči znají více sestry s vyšším stupněm vzdělání, než sestry se středoškolským vzděláním, se nepotvrdila. Vhodné otázky jsem ještě rozpracovala ve vztahu k dosaženému stupni vzdělání v oboru všeobecná sestra a v žádném z těchto nebyli dominantní respondenti se vzděláním VZŠ a VŠ.

Třetí hypotéza předpokládala, že základní identifikaci bezpečné ošetrovatelské péče bude znát více než 30 % oslovených sester. Pro stanovení výsledku této hypotézy jsem hodnotila otázky č. 6, 7 a 9. Po zhodnocení se domnívám, že se hypotéza potvrdila.

Předpokladem čtvrté hypotézy bylo, že znalost sester v oblasti mimořádných událostí v rámci ošetrovatelské péče bude víc jak 60 %, a to se potvrdilo. Závěry jednotlivých otázek ukazují, že je znalost respondentů o hlášení mimořádných událostí v dané nemocnici. Ze svého pohledu hodnotí dostatečnou zpětnou vazbu ze strany vedení a současně hodnotí pozitivně atmosféru na pracovišti v případě šetření pochybení. Z toho lze usuzovat, že v případě vzniku takovéto události nebudou respondenti zamlčovat vzniklou situaci a bude tak dána možnost managementu zareagovat a v případě potřeby i udělat systémové opatření.

Pátá hypotéza předpokládala, že sestry berou dodržování standardů více jako nutnost ze strany managementu ošetrovatelské péče, než jako pomoc pro jejich bezpečí a bezpečí pacientů. Z výsledku šetření lze stanovit, že se pátá hypotéza nepotvrdila. Velké procento respondentů označilo dodržování standardních ošetrovatelských postupů za potřebné k zajištění bezpečného ošetrovatelství a svou práci vykonává v souladu s danými předpisy. Výsledky šetření lze hodnotit jako zájem respondentů o dodržování postupů z vlastní iniciativy než z nařízení managementu. Na jednotlivých pracovištích převládá vyhrazení místa pro důležité informace. Ošetrující personál má dostatečné informace pro vykonávání bezpečné ošetrovatelské péče.

Výsledek provedeného výzkumu považují za zajímavý pro management dané nemocnice. Šetření ukazuje na nutnost edukace v oblasti bezpečné ošetrovatelské péče, která by byla postavena na doporučení JCI a na standardech požadovaných při akreditaci nemocnic. Potěšující je výsledek, kdy skoro všichni respondenti vykonávají svou práci v souladu s platnými standardy a předpisy a současně je považují za potřebné právě pro bezpečnou péči.

Další doporučení vycházející z tohoto výzkumu je nutnost seznámení se s teorií šetření mimořádné události, pochybení. Nepřehlédnutelné procento respondentů nehodnotí atmosféru na pracovišti, v oblasti šetření pochybení, kladně, proto bych doporučila edukaci i středního stupně managementu.

Poslední výstup z uvedeného šetření jednoznačně ukazuje, co respondenti postrádají k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče.

## 7 Přílohy

### 7.1 Příloha A

#### DOTAZNÍK

Vážená kolegyně,

ke své bakalářské práci jsem si zvolila téma „bezpečná ošetrovatelská péče“. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely mé práce. Odpovědi označte křížkem.

Předem děkuji za spolupráci. Eva Karpíšková, VŠZ o.p.s., Praha 5

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství:
  - a) střední zdravotnická škola
  - b) vyšší zdravotnická škola
  - c) vysoká škola
  
2. Délka Vaší praxe v oboru všeobecná sestra je:
  - a) do 5 let
  - b) 6 - 10 let
  - c) 11 - 20 let
  - d) 21 a více let
  
3. Pracovní zařazení v nemocnici máte:
  - a) řadová sestra ve směně
  - b) vedoucí sestra směny
  - c) staniční sestra
  - d) vrchní sestra
  
4. Pracoviště, kde pracujete je oborem:
  - a) chirurgickým
  - b) interním
  - c) jiné .....
  
5. Dodržujete standardní ošetrovatelské postupy, které zajišťují bezpečné ošetrovatelství:
  - a) ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
  
6. Pokud jste v otázce č. 5 odpověděla *ano* nebo *spíše ano*, vyjmenujte čeho se dodržované standardy týkají:

7. Za hlavní příčinu, která snižuje bezpečnou ošetrovatelskou péči nejvíce považujete:
- a) nedostatek ve zdravotnické dokumentaci
  - b) konání nekvalifikovaných činností
  - c) nedostatek informací ze strany vedoucích pracovníků
  - d) vykonávání více činností najednou
  - e) vlastní neznalost
  - f) jiné.....
8. Domníváte se, že svou činnost vykonáváte v souladu s předepsanými směrnici, standardy a protokoly atd. platné v nemocnici:
- a) ano  c) spíše ne
  - b) spíše ano  d) ne
9. Dodržování standardních postupů ošetrovatelské péče nejvíce považujete za:
- a) potřebné pro zajištění bezpečí pacientů a Vás
  - b) vhodné hlavně pro absolventy
  - c) nepotřebné, znalosti máte ze školy
  - d) jiné.....
10. Je ve vaší nemocnici zavedeno hlášení mimořádné události:
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
11. Je z Vašeho pohledu dostatečná zpětná vazba při nahlášení mimořádné události:
- a) ano  c) spíše ne
  - b) spíše ano  d) ne
12. Upozornila jste sama na vlastní pochybení při výkonu povolání:
- a) ano
  - b) ne
13. Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla *ano*, čeho se pochybení týkalo:
- a) špatná identifikace pacienta
  - b) převzetí nejasné telefonické zprávy, výsledku z laboratoře
  - c) medikační pochybení (nesprávná dávka, nesprávný lék, přehlédnutí alergie)
  - d) nedodržení správné hygieny rukou
  - e) stranová záměna
  - f) nedodržení prevence pádu pacienta
  - g) jiné.....

14. Pokud jste v otázce č. 12 odpověděla *ne*, bylo to z důvodu:
- a) žádné jste neudělala
- b) nebyly žádné následky
- c) ze strachu před postihem
- d) jiné.....
15. Upozornila jste na pochybení jiného zdravotnického pracovníka:
- a) ano
- b) ne
16. Pokud jste odpověděla v otázce č. 15 *ano*, čeho se pochybení týkalo:
17. Domníváte se, že pracovní atmosféra na Vašem pracovišti podporuje otevřené jednání o vzniklém pochybení nebo téměř pochybení:
- a) ano  c) spíše ne
- b) spíše ano  d) ne
18. Domníváte se, že můžete osobně ovlivnit bezpečnou ošetrovatelskou péči na Vašem pracovišti:
- a) ano  c) ne
- b) částečně ano  d) nevím
19. Máte na Vašem pracovišti snadný přístup k prostředkům na hygienu rukou :
- a) ano  c) spíše ne
- b) spíše ano  d) ne
20. Máte na svém pracovišti přesně vyhrazené místo pro důležité informace (standards, pokyny managementu, evakuační plán, telefonní čísla atp):
- a) ano  c) spíše ne
- b) spíše ano  d) ne
21. Jaké měřicí škály používáte při vyhledávání rizik, kterými je pacient ohrožen při hospitalizaci:
- a) zkrácený mentální test
- b) hodnocení rizika vzniku dekubitů
- c) riziko pádu
- d) hodnocení vědomí
- e) jiné.....
- f) žádné

22. Máte při ošetřování pacienta dostatečné informace pro provádění bezpečné ošetrovatelské péče:

a) ano

c) spíše ne, musím se ptát

b) spíše ano

d) ne

23. Co nejvíce postrádáte na svém pracovišti k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče:

## 8 Seznam bibliografických odkazů

1. ALEXANDER, M. a kol., *Lemon 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání. Brno: ID VPZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
2. ALEXANDER, M. a kol., *Lemon 3: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání. Brno: ID VPZ, 1997. 155 s. ISBN 80-7013-244-2.
3. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
4. BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S. *Výzkum v ošetrovatelstve: vysokoškolské učebné texty*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2007. 122 s. ISBN 978-80-89245-03-1.
5. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
6. HLINOVSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství: učební texty*. Praha: VŠZ o.p.s. 2005. 96 s.
7. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
8. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
9. Rada pro rozvoj ošetrovatelství: *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester, charty práv pacientů*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-263-9
10. Světová zdravotnická organizace (WHO): *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (4): Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 118 s. ISBN 80-85047-23-3.
11. Světová zdravotnická organizace (WHO): *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
12. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
13. ŠKRDLA, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
14. ŠKRDLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent - Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

15. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: IDV PZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
16. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

### **Diplomové práce**

17. BUBNÍKOVÁ, H. *Zavádění ošetrovatelského procesu na operačním sále*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Fakulta zdravotně sociální, 2006. 193 s., 11 s. příloh. Vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.,R.N.
18. JIRÁNKOVÁ, R. *Edukace klientů s hypercholesterolemií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Lékařská fakulta, 2005. 140 s., 16 s. příloh. Vedoucí diplomové práce Mgr.Bc. Pavla Kudlová, odb. as.

### **Seriálová publikace**

19. Anon. Absolutně bezriziková nemocnice neexistuje. *Medical Tribune*, 2007, roč. III, č. 21, s. B5.
20. Anon. Centrum pro řízení kvality nechce nikoho řídit. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50, č. 50, s. 15.
21. Anon. V pravý čas na správném místě. *Medical Tribune*, 2007, roč. III, č. 7, s. B6
22. ČERMÁK, M. Identifikace pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č.4, s. 12-13.
23. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. *Sestra*, 2007, roč. 17, č.2, s. 15-16.
24. HRUBÝ, K. Bezpečí pacientů za investované prostředky stojí. *Medical Tribune*, 2007, roč. III, č. 9, s. A3.
25. HŘIB, Z. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů. *Medical Tribune*, 2007, roč. III, č. 7, s. B6.
26. CHLOUBOVÁ, H. Psychosociální potřeby nemocných. *Osobní rádce sestry: Praktické rady a informace*. 2004, část 4/15.2.2, s. 1-10. Praha: Verlag Dashöfer. ISSN 1214-0074.
27. JURÁSKOVÁ, D. a kol. Sledování mimořádných událostí – indikátor kvality zdravotní péče. *Sestra*, 2004, roč. XIV, č. 2, s. 8-10.
28. JURÁSKOVÁ, D. a kol. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra*, 2004, roč. XIV, č. 3, s. 18-20.



29. KOVAŘÍKOVÁ, I., TARANT, M. Největší nedostatky v ČR: dokumentace a podávání léků. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50, č. 50, s. 14.
30. KUPEČKOVÁ, I. Vzdělávání sester. *Osobní rádce zdravotní sestry: Praktické rady a informace*. 2002, část 4/2.5, s. 1-5. Praha: Verlag Dashöfer. ISSN 1214-0074.
31. VAŠÁTKOVÁ, I. Měření a sledování kvality ošetrovatelské péče. *Osobní rádce zdravotní sestry: Praktické rady a informace*. 2003, část 4/6.3.1, s. 1-21. Praha: Verlag Dashöfer. ISSN 1214-0074.
32. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Koncepce ošetrovatelství. Roč. 2004, částka 9.

### **Internetové zdroje**

33. *Bulletin Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR č.6/2003* [on-line]. Praha: Historie programů kvality zdravotní péče. Poslední revize 23.10.2007 [cit. 23. října 2007]. Dostupné na WWW: <[http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/06\\_2003/historie.html](http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html)>
34. *Internet Medical Education* [on-line]. Praha: Intermed. Posl. úpravy 23.10.2007 [cit. 23.října 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.rebeka.cz/intermed/index.php>>
35. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: Nástroje zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních. Poslední úpravy 16.9.2007 [cit. 16.září 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=2382-11k>>
36. *Kraj Vysočina* [on-line]. Jihlava: Dny bezpečí. Poslední úpravy 25.12.2007 [cit. 25.12.2007]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdravi-vysociny.cz/cz/security/login.aspx> >

## Příloha B

Nemocnice Na Františku s poliklinikou Na  
Františku 8 110 00 Praha 1

V Praze dne 27.8.2007

### Věc: **Žádost o povolení výzkumného šetření v rámci nemocnice**

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení v rámci závěrečné bakalářské práce. Jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Duškova 7, Praha 5, oboru všeobecná sestra.

Cílem práce je ověřit si, jaká je znalost všeobecných sester, které pracují na lůžkových klinických pracovištích, o bezpečné ošetrovatelské péči, je-li rozhodující stupeň vzdělání a délka praxe a jak je realizována v praxi.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dobrovolného dotazníku, který je v příloze této žádosti.

V případě zájmu Vám poskytnu výsledky šetření.

Děkuji.

  
Karpišková Eva

Vyjádření vedení  
zdravotnického zařízení:

Datum: 3.9.2007

Společnost  
viz  
Podpis, razítko  
**NEMOCNICE NA FRANTIŠKU  
S POLIKLINIKOU**  
Na Františku 847/8, 110 00 Praha 1  
JUDr. Alena Haníčková  
Náměstek ředitele pro věci právní a personální  
Tel.: 222601307, 222313390