

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Marie Štadlerová**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Marie Štadlerová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ORIENTACE STUDENTŮ OBORU VŠEOBECNÁ  
SESTRA VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI NA  
STANDARDNÍM ODDĚLENÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Veronika Kraftová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 25. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Veronice Kraftové za odborné vedení práce, za ochotu, cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE</b>	<b>13</b>
1.1	Pojem zdravotnická dokumentace	13
1.2	Význam zdravotnické dokumentace	13
1.3	Zákon o péči a zdraví lidu	14
1.4	Obsah zdravotnické dokumentace	14
1.4.1	Povinné údaje	14
1.4.2	Další náležitosti zdravotnické dokumentace	16
1.4.3	Náležitosti každého listu zdravotnické dokumentace	17
1.5	Forma zdravotnické dokumentace	17
1.5.1	Listinná i elektronická zdravotnická dokumentace	17
1.5.2	Elektronická zdravotnická dokumentace	17
1.6	Informovaný souhlas	18
1.7	Negativní revers	19
1.8	Nahlížení do zdravotnické dokumentace	20
1.9	Povinná mlčenlivost	20
1.10	Skartace zdravotnické dokumentace	21
<b>2</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE</b>	<b>23</b>
2.1	Obsah ošetřovatelské dokumentace	23
2.1.1	Ošetřovatelská anamnéza	23
2.1.2	Ošetřovatelský plán	24
2.1.3	Sesterská překladová/propouštěcí zpráva	26
2.1.4	Plán péče o dekubitůs a jiné rány	26
2.1.5	Další formuláře v ošetřovatelské dokumentaci	27
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>FORMULACE PROBLÉMU</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>HYPOTÉZY</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>VZOREK RESPONDENTŮ</b>	<b>29</b>

<b>8</b>	<b>PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ</b>	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>DISKUSE</b>	<b>51</b>
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM ZDROJŮ</b>	
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b>	
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## **ANOTACE**

Příjemní a jméno: Štadlerová Marie

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Orientace studentů oboru Všeobecná sestra ve zdravotnické dokumentaci na standardním oddělení

Vedoucí práce: Bc. Veronika Kraftová

Počet stran: číslované 45, nečíslované 27

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: zdravotnická dokumentace – ošetřovatelská dokumentace – informovaný souhlas – skartace – povinná mlčenlivost – negativní revers – ošetřovatelský plán.

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce je orientovanost studentů oboru Všeobecná sestra ve zdravotnické dokumentaci na standardním oddělení.

V teoretické části se věnuji základním náležitostem, které má obsahovat zdravotnická a ošetřovatelská dokumentace.

V praktické části bylo cílem zjistit, prostřednictvím kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku míru orientovanosti mezi studenty Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia ve zdravotnické dokumentaci.



# ANNOTATION

Surname and name: Štadlerová Marie

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Orientation of Students of General Nurse in the Medical Records on the Standard Department

Consultant: Bc. Veronika Kraftová

Number of pages: numbered 45, unnumbered 27

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 20

Key words: medical documentation - nursing documentation - informed consent - shredding - mandatory confidentiality - negative reverse - nursing plan.

Summary:

The topic of this thesis is the general orientation of student of General Nurse in the medical records on the standard department.

The theoretical part presents basic formalities which should be included in medical and nursing documentation.

In the practical part was purposed to determine through quantitative research and by using a questionnaire measure of orientation among the General Nursing students of full-time and part-time study in the medical records.

## ÚVOD

Tématem této práce je orientovanost studentů oboru Všeobecná sestra ve zdravotnické dokumentaci na standardním oddělení. Téma jsem si vybrala, protože já samotná v této oblasti nemám dost informací a zajímalo mě, jak se v problematice zdravotnické dokumentace orientují studenti oboru Všeobecná sestra.

Vedení zdravotnické dokumentace je velmi důležité, dokumentace je základním materiálem pečujících sester o klienta. Práce se zdravotnickou dokumentací není jednoduchá a právě řádné vedení a porozumění zdravotnické dokumentaci je klíčové pro kvalitní poskytování péče všem klientům. Správné vedení a uchovávání zdravotnické dokumentace může také významně pomoci zdravotnickým pracovníkům při řešení stížností a také je může ochránit před právním postihem ze strany klientů a jejich rodin, což je v dnešní době právních zástupců velmi časté. Také v posledních letech se ve zdravotnické dokumentaci vše neustále mění, ať se jedná o nové vyhlášky a zákony nebo jen o přeměny formulářů v rámci oddělení, to vše způsobuje studentům a myslím si, že i samotným sestřám potíže.

Studenti oboru Všeobecná sestra, zvláště prezenční formy studia nemají velké zkušenosti s vedením zdravotnické dokumentace jako je tomu u studentů Všeobecná sestra kombinované formy studia, kteří současně se studiem pracují v nemocničním zařízení. Právě tento rozdíl v orientovanosti ve zdravotnické dokumentaci mezi jednotlivými formami studia byl cílem mé bakalářské práce.

Doufám, že tato má práce přinese alespoň nějaké klady a bude pro někoho dalšího přínosem.

# **1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE**

## **1.1 Pojem zdravotnická dokumentace**

Zdravotnická dokumentace je záznamem, který obsahuje osobní data klienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a zjištění anamnézy. Dále také obsahuje informace o onemocnění klienta, o průběhu a výsledku různých vyšetření, léčení a dalších důležitých okolnostech týkajících se jeho zdravotního stavu, které jsou významné pro poskytování další zdravotní péče.

## **1.2 Význam zdravotnické dokumentace**

Předává nutné informace o osobě klienta, o jeho anamnéze, o poskytování odborné zdravotní péče a popisuje průběh zdravotního stavu v čase. To vše slouží hlavně pro potřeby zdravotnických pracovníků, kteří tyto informace potřebují, aby mohli použít správnou diagnostiku, léčbu a následně i preventivní a rehabilitační taktiku.

Zdravotnická dokumentace slouží také jako zdroj informací pro osobní potřeby klienta, kdy mu záznamy poskytují přehled o vývoji jeho zdravotního stavu a o léčebných výkonech, které mu byly provedeny.

Dále je také zdravotnická dokumentace důležitým důkazním prostředkem při sporech mezi klientem a zdravotnickým zařízením nebo dokonce i mezi zdravotnickými pracovníky či jinými zdravotnickými zařízeními. V těchto sporech je pak důležitým a rozhodujícím materiálem pro soudního znalce.

Velký význam má také pro studijní účely, kdy slouží jako nástroj výuky pro studenty lékařských fakult nebo jiných oborů zabývajících se zdravotnictvím. Je také podkladem pro provedení auditů kvality poskytované zdravotní péče. Důležitou roli hraje také při sběru dat týkajících se oblasti lidského zdraví a je zdrojem dat pro odborné statistiky. Též je důkazem poskytnuté zdravotní péče pro zdravotní pojišťovny od kterých zdravotnická zařízení požadují úhradu. (Policar, 2010)

### **1.3 Zákon o péči a zdraví lidu**

*„V základním právním předpise regulující poskytování zdravotní péče v České republice – v zákoně č.20/1966 Sb. se otázka zdravotnické dokumentace začala řešit až mnohem později.“ (Policar, 2010, s. 20)*

Nejdříve byla povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pouze pro nestátní zdravotnická zařízení. (Policar, 2010)

*„Teprve novela zákona č. 20/1966 Sb. z 26. června 2001 (dále jen “novela”), provedená zákonem č. 260/2001 Sb., platným od 1. srpna 2001, vložním § 67a až § 67 poprvé kodifikovala všeobecnou povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci a současně dosti přesně vymezila pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Novela významně sjednocuje legislativu tak, aby požadavky pro všechny druhy a formy zdravotnických zařízení byly stejné.“ (Okresní sdružení České lékařské komory v Děčíně, 2002-2005)*

### **1.4 Obsah zdravotnické dokumentace**

Podle vyhlášky č.98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ze dne 22. března 2012. (Ministerstvo vnitra, 2013)

#### **1.4.1 Povinné údaje**

Povinné údaje jsou údaje, které musí obsahovat zdravotnická dokumentace ve všech zdravotnických zařízeních, ať se jedná o nemocnice nebo o jakékoliv jiné poskytovatele zdravotních služeb. Poskytovatelem zdravotnických služeb rozumíme například léčebny, rehabilitační zařízení nebo ordinace.

#### **Identifikační údaje**

##### Údaje o zdravotnickém zařízení

- 1) Jméno a příjmení poskytovatele.
- 2) Adresa místa poskytování zdravotnických služeb.
- 3) Název firmy nebo poskytovatele.
- 4) Identifikační číslo osoby, pokud bylo přiděleno.
- 5) Název oddělení nebo zařízení, pokud je takto členěno.

### Údaje o pacientovi

- 1) Jméno a příjmení.
- 2) Datum narození, rodné číslo, číslo zdravotního pojištění a kód pojišťovny.
- 3) Adresa místa trvalého pobytu, pokud se jedná o cizince místo hlášeného pobytu na území České republiky, a v případě osoby bez trvalého pobytu v České republice se uvádí adresa mimo území ČR.
- 4) Pohlaví klienta.

### **Další obsah zdravotnické dokumentace**

- 1) Jméno a příjmení osoby a její podpis, která provedla zápis do zdravotnické dokumentace, to se netýká osob, které vlastním jménem poskytují zdravotní služby.
- 2) Datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace, datum a čas provedení neodkladné zdravotní péče.
- 3) Razítko poskytovatele, jedná-li se o zdravotnickou dokumentaci, která je předávána pacientovi nebo jiné osobě, která je zmocněná zdravotnickou dokumentaci převzít.
- 4) Jestli-že je poskytována ambulantní nebo lůžková péče uvádí se datum a čas přijetí klienta, dále ukončení péče nebo přeložení klienta do jiného zdravotnického zařízení nebo oddělení, případně úmrtí klienta.
- 5) Informace o onemocnění klienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a jiných významných okolnostech, které souvisejí se zdravotním stavem klienta a s postupem při zajišťování odborné zdravotní péče.
- 6) Informace o tom, zdali se jedná o klienta, který je částečně nebo plně nezpůsobilý k právním úkonům a to tak, že není schopen posoudit poskytované zdravotní služby, popřípadě jejich důsledky poskytnutí.
- 7) Klasifikace klienta, jehož stav vykazuje stupeň částečného či úplného omezení psychických, fyzických či sociálních funkcí dlouhodobého nebo krátkodobého charakteru dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. (Ministerstvo vnitra, 2013)

### 1.4.2 Další náležitosti zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace navazuje na zjištěné informace o zdravotním stavu klienta a dále obsahuje:

1. Diagnostickou úvahu a další návrh diagnostické postupu, pokud to zdravotní stav klienta potřebuje.
2. Očekávanou konečnou diagnózu, informace o průběhu léčby nebo návrh dalšího léčení.
3. Zápis poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče.
4. Záznam o podaných nebo předepsaných léčivých přípravcích a zdravotnických prostředcích včetně množství.
5. Záznamy o ošetrovatelské péči.
6. Zápis o podaném očkování.
7. Nejedná-li se o neodkladnou péči a jeli výkon spojen s rizikem, musí být proveden záznam o informovaném souhlasu klienta nebo zákonného zástupce.
8. Registrace souhlasu klienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu. (JUDr. Tomek, 2007)
9. Záznam o použití omezovacích prostředků, který musí obsahovat důvod a rozsah použití, čas a zahájení, průběžné hodnocení trvání použití omezovacího prostředku, záznam o výskytu komplikací. Jméno a příjmení klienta, jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který indikoval použití omezovacího prostředku, pokud tak neindikoval lékař.
10. Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace včetně data a osoby, která nahlížela do dokumentace a záznam o provedených kopiích. (Ministerstvo vnitra, 2013)
11. Záznam o uznání a ukončení pracovní neschopnosti.
12. Záznam lékaře o podezření ze syndromu týraného, zneužívaného či zanedbávaného dítěte. (JUDr. Tomek, 2007)
13. Výpis ze zdravotnické dokumentace, lékařskou zprávou, propouštěcí zprávou, lékařský posudek, dokumentaci zdravotnické záchranné služby. (Policar, 2010)

### **1.4.3 Náležitosti každého listu zdravotnické dokumentace**

V § 3 odst. 1 VoZD je pravidlo, které přikazuje náležitosti, které musí obsahovat každý list zdravotnické dokumentace. Mezi tyto náležitosti patří jméno a příjmení klienta, rodné číslo, název zdravotnického zařízení a popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení, pokud je takto členěno. (Policar, 2010)

## **1.5 Forma zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická dokumentace může být vedena ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Nejčastější je však forma listinná i elektronická zdravotnická dokumentace. (Policar, 2010)

### **1.5.1 Listinná i elektronická zdravotnická dokumentace**

V současnosti je tato forma nejběžnějším způsobem vedení zdravotnické dokumentace.

Zápisy do zdravotnické dokumentace mohou být vedeny nejprve v listinné formě a data z nich se poté mohou převést do elektronické formy. V tomto případě není povinnost opatřovat záznamy v elektronické formě elektronickým podpisem, ale je vyžadována povinnost archivovat původní listinné záznamy.

Nebo naopak mohou být nejprve vedeny v elektronické formě a poté převedeny do listinné formy. Ten pak musí pověřená osoba opatřit svým podpisem, datem a původní listinná forma musí být archivována.

### **1.5.2 Elektronická zdravotnická dokumentace**

Zápisy do zdravotnické dokumentace mohou být také vedeny pouze ve formě elektronické. V tomto případě se musí plnit jisté povinnosti. Mezi tyto povinnosti patří:

1. Samostatné části zdravotnické dokumentace musí být opatřeny ověřeným elektronickým podpisem osoby, která zápis provedla.
2. Provádět bezpečnosti kopie nejméně jednou za den.
3. Zajistit opis archivních kopií po uplynutí doby životnosti dat.
4. Do uložených archivních kopií, které jsou vytvářeny nejméně jedenkrát za rok je znemožněn dodatečný zásah. (Dostál, 2007)

## 1.6 Informovaný souhlas

Každý zákrok v oblasti péče o zdraví se nevyhnutelně týká těla i psychiky každého člověka. Jelikož se tato oblast týká právní ochrany, má každý člověk právo, aby mu do ní nebylo zasahováno. (Šustek, 2007)

Proto má každý klient právo akceptovat nebo odmítnout preventivní, diagnostický či terapeutický výkon, který zasahuje do integrity jeho osobnosti. Souhlas s poskytovanou zdravotní péčí dává klient tím, že ústně vyjádří souhlas například při odběru krve a u závažnějších výkonů, zejména tam, kde se mohou vyskytnout určité komplikace klient, podepisuje písemný informovaný souhlas. (Vondráček, 2003a)

Informovaný písemný souhlas musí obsahovat:

1. Popis o účelu, povaze, předpokládaném úspěchu, možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.
2. Poučení o tom, zda má plánovaný výkon jinou možnou alternativu.
3. Informace o možném omezení klientova způsobu života a o možné pracovní neschopnosti po provedení zákroku.
4. Informace o léčebném a preventivním režimu a o provedení kontrolních zdravotních výkonů.
5. Zápis o vyjádření klienta, zda mu byly údaje a poučení zdravotnickým pracovníkem dostatečně vysvětleny a zda mu byly zodpovězeny všechny jeho dotazy.
6. Datum, podpis klienta a zdravotnického pracovníka, který poskytl informace. (Policar, 2010)

Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotnických službách stanovuje výkony, u kterých musí zdravotnické zařízení vyžadovat od klienta písemný informovaný souhlas. Tyto výkony jsou hospitalizace, transplantace, asistovaná reprodukce, sterilizace, terapeutická kastrace, změna pohlaví transsexuálních klientů, psychochirurgické výkony, genetická vyšetření, odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví a jejími složkami; ověřování nových postupů metod, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny. (Královéhradecký kraj, 2012)

V dalších případech, kdy zákon nevyžaduje informovaný písemný souhlas. Mohou zdravotnická zařízení sama rozhodnout, vzhledem k charakteru určitého



výkonu, že pro jasnější informovanost klienta budou vyžadovat písemný informovaný souhlas. Jestliže tak zdravotnická zařízení učiní, musí tyto informované souhlasy splňovat náležitosti uvedené v zákoně. (Policar, 2010)

## 1.7 Negativní revers

Pokud klient odmítá i přes náležité vysvětlení potřebnou zdravotní péči, vyžádá si lékař o jeho rozhodnutí písemné prohlášení – negativní revers. Kodex práv pacientů uvádí, že každý klient má právo v rozsahu, který dovoluje zákon, odmítnout zdravotní péči a zároveň má být informován o možných zdravotních následcích svého rozhodnutí. Prohlášení o odmítnutí mohou podepsat pouze klienti, kteří nejsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům. (Vondráček, 2003a)

Negativní revers chrání zdravotnického pracovníka tak, že má od klienta podepsaný dokument, který dosvědčuje, že klientovi podal náležité vysvětlení. Z toho vyplývá, že neodpovídá za škodu, která může vzniknout na zdraví klienta v důsledku odmítnutí zdravotnické péče, protože zdravotnický pracovník udělal vše nutné, aby této události předešel.

Prohlášení o odmítnutí musí obsahovat:

1. Data o zdravotním stavu klienta.
2. Popis nutného zdravotního výkonu.
3. Popis možných následků odmítnutí nutného zdravotnického výkonu pro zdraví klienta.
4. Zápis vyjádření klienta, že mu vše bylo dostatečně vysvětleno a že měl možnost klást dodatečné otázky, které mu zdravotnický pracovník zodpověděl.
5. Písemné prohlášení klienta, že i před veškeré poskytnuté informace výkon odmítá.
6. Místo, datum, hodinu a podpis klienta.
7. Podpis zdravotnického pracovníka, který poskytoval informace.
8. Podpis svědka. (Policar, 2010)

## 1.8 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet v rozsahu nezbytně nutném osoby pro plnění konkrétních úkolů v rozsahu svých kompetencí. Jsou to lékaři, všeobecné zdravotní sestry, lékárníci a ostatní zdravotničtí pracovníci. Dále pak pověření členové dané komory při vyšetřování případů, které podléhají disciplinární pravomoci dané komory a revizní lékaři zdravotních pojišťoven, soudní znalci, lékaři správních úřadů ve zdravotnictví, lékaři pověřeni krajem, členové znaleckých komisí, pověření pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví a lékaři orgánů sociálního zabezpečení. (Tomek, 2007)

Klient má právo vědět veškeré informace o své osobě, které zdravotnická dokumentace obsahuje, kromě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky, kde má nárok na informace týkající se příznaků onemocnění a diagnózy. Dále má právo nahlížet za přítomnosti zdravotnického pracovníka do těchto dokumentů a určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace týkající se zdravotního stavu nebo naopak určit zákaz sdělování těchto informací.

Pokud klient určí osoby, které mají nebo nemají právo být informováni o jeho zdravotním stavu je nutné toto rozhodnutí zaznamenat do klientovy zdravotnické dokumentace a podepsat ošetřujícím lékařem a klientem. Jestliže klient zemře, právo na informace týkající se úmrtí mají osoby blízké, pokud klient neučinil za svého života jinak. Nastane-li situace, kdy klient vyslovil zákaz o poskytování informací o svém zdravotním stavu, jsou práva osob blízkých omezena jen na ochranu jejich zdraví nebo ochranu zdraví dalších osob. (Klánová, 2009)

## 1.9 Povinná mlčenlivost

Všeobecná sestra má ke klientům velmi blízko a seznamuje se s řadou informací o klientovi a to jak s informacemi rázu osobního, tak i intimního. Je naprosto samozřejmé, že klient má velký zájem na tom, aby tyto informace zůstaly utajeny.

*„Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že každý má právo na respektování svého soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví. Zákon č.20/1966 Sb., stanovuje, že každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání s výjimkou případů, kdy skutečnosti sděluje se souhlasem*

*ošetřované osoby nebo byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu.*“ (Vondráček, 2003a, s. 29)

Také etický kodex práv pacienta uvádí, že klient má právo na to, aby jeho veškeré zprávy, záznamy týkající se jeho léčby, byly považovány za důvěrné. Předmětem povinné mlčenlivosti jsou tedy všechny skutečnosti týkající se nejen klientovi diagnózy, vyšetřovacího či léčebného postupu. Ale i informace týkající se jeho sociálních, osobních či pracovních záležitostí. (Vondráček, 2003a)

Povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků můžeme označit za zákonem stanovenou mlčenlivost, která vyplývá přímo ze zákona. Primárním účelem je tedy navázání vzájemné důvěry mezi zdravotnickými pracovníky a klienty. (Uherek, 2008)

## **1.10 Skartace zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická zařízení nemají povinnost zachovávat zdravotnickou dokumentaci věčně. Stejně i jako jiné dokumenty, tak i zdravotnická dokumentace podléhá skartačnímu řízení. (Policar, 2010)

Vyřazování zdravotnické dokumentace, která již není potřebná pro účely poskytování zdravotní péče, zajistí zdravotnické zařízení, které tuto dokumentaci vedlo a to v souladu se skartačním řádem. To platí i u zrušeného státního zdravotnického zařízení pokud jeho práva a závazky nebyly převedeny na jiné zdravotnické zařízení.

**Skartační řízení** je posouzení a výběr zdravotnické dokumentace, která je navrhnutá k trvalému uložení nebo zničení. Hodnota zdravotnické dokumentace je navržena skartačními znaky, které označují, jak bude se zdravotnickou dokumentací naloženo po uplynutí skartační doby. Znakem „S“ se označuje dokumentace, která je po uplynutí skartační doby navrhnutá ke zničení. Znakem „V“ se pak označuje dokumentace, jejíž hodnotu nelze v okamžiku zhodnotit a tak u této dokumentace dochází po uplynutí skartační doby k posouzení jednotlivých částí. Ty se pak vyhodnotí buď jako potřebné pro poskytování dalších zdravotních služeb nebo se navrhnou k vyřazení a zničení. Aniž by proběhlo toho řízení, nelze zdravotnickou dokumentaci zničit. Skartační řízení se provádí v celém zdravotnickém zařízení jedenkrát za rok a posuzuje se veškerá dokumentace, u které uplynula skartační lhůta.

**Skartační lhůta** udává dobu, po kterou je nutné uchovávat zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnická dokumentace se zpravidla uchovává po dobu 5 let, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak. Skartační lhůta počíná dnem 1. ledna následujícího roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam do zdravotnické dokumentace klienta.

**Skartační plán** obsahuje přesně dané skartační lhůty, které se liší v závislosti na formě poskytované zdravotní péče.

Zde uvádím stručný přehled:

1. Primární zdravotní péče „S“ – 10 let od změny lékaře nebo od úmrtí klienta.
2. Ostatní ambulantní péče „S“ – 5 let od posledního vyšetření klienta.
3. Lůžková péče „S“ – 40 let od poslední hospitalizace klienta nebo 10 let od úmrtí klienta.
4. Jednodenní péče „S“ – 15 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí klienta.

Skutečnost, že skartační řád obsahuje řadu výjimek z obecně platné pětileté lhůty, je zde nutné se důkladně seznámit s takto vymezenými případy. Zdravotnická dokumentace, která je ve skartačním plánu navrhována ke zničení, musí být zničena takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a následná identifikace původního obsahu. U dokumentace, která byla navržena k trvalému uložení, se předkládá příslušného archivu.

Na provádění skartace zdravotnické dokumentace dohlíží odborný dohled v podobě odborné komise, jejíž členy jmenuje a odvolává provozovatel tohoto zařízení. Pokud zařízení poskytuje pouze ambulantní péči, skartační komise se nezřizuje a postupuje se dle skartačního plánu. (Těšinová, 2007)

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Ošetřovatelská dokumentace je nepostradatelnou součástí zdravotnické dokumentace. Obsahuje záznamy týkající se poskytované ošetřovatelské péče, mezi hlavní záznamy patří: ošetřovatelská anamnéza klienta, ošetřovatelský plán a sesterská překladová/propouštěcí zpráva. (Klánová, 2009)

Slouží jako doklad o provedeném ošetřovatelském procesu, tedy o individualizovaném přístupu k ošetřování každého klienta v nemocničním prostředí. Jedná se o vzájemně propojené činnosti, které realizujeme ve prospěch klienta. (Mičudová, 2006)

Ošetřovatelskou dokumentaci vede sestra, která zaznamenává všechny důležité okolnosti týkající se klienta, odpovídá také za konkrétní záznam u konkrétního klienta, u kterého záznam měla provést. Každý zápis do ošetřovatelské dokumentace musí sestra opatřit svojí jmenovkou (razítkem) a podpisem. Za vzhled a kvalitu ošetřovatelské dokumentace odpovídá náměstkyně pro ošetřovatelskou péči a na oddělení pak vrchní či staniční sestra. (Vondráček, 2006)

### 2.1 Obsah ošetřovatelské dokumentace

#### 2.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

Slouží ke zjištění a zaznamenání údajů týkající se zdravotního stavu klienta při jeho přijetí do zdravotnického zařízení. Ošetřovatelská anamnéza by měla obsahovat následující oblasti. (Příloha 1) **Základní údaje**, do kterých patří jméno a příjmení klienta, věk, datum narození, pohlaví, etnikum, datum a čas přijetí. Další oblast, na kterou se zaměřujeme v ošetřovatelské anamnéze je **Aktivita/Odpočinek**, zde zjišťujeme klientovo zaměstnání, obvyklé aktivity a zájmy, obvyklou dobu spánku nebo nespavost, ptáme se na míru odpočínutí po spánku nebo vyčerpanosti. **Bezpečnost** je také velmi důležitá oblast, pátráme zde po případných alergiích, kontaktu s infekční nemocí, počtu přijatých krevních transfúzí, po návštěvách exotických zemí, po úrazech a poruchách zraku, sluchu a pohyblivosti. **Bolest** velmi ovlivňuje prožívání klienta, a proto se ptáme na možnou přítomnost bolesti, zjišťujeme její lokalizaci, intenzitu, charakter, pomocí různých škál bolesti a také zhoršující nebo naopak ulevující vlivy. (Příloha 2) Další oblastí je **Dýchání**, kdy do ošetřovatelské anamnézy zaznamenáváme

případnou dušnost, kašel a případné vykašlávání, kouření a prodělané onemocnění dýchacího systému. V oblasti **Hygieny** určujeme sebepěči a soběstačnost klienta v běžných denních činnostech jako je oblékání, příjem potravy, vyprazdňování, péče o tělo například pod Barthelova testu základních všedních činností. (Příloha 3) Do oblasti **Integrity osobnosti** patří například různé finanční problémy, vztahy, etnické vazby, vyznání a životní styl klienta a také kdo se o něj bude po jeho propuštění do domácí péče starat. Ve **Smyslové** oblasti určujeme, jestli je klient orientovaný/desorientovaný místem a časem, při vědomí nebo naopak, jestli je somnolentní, letargický, stuporózní, komatózní. Úroveň vědomí můžeme určit podle Glasgow Coma Scale. (Příloha 4) Pátráme zde ale i po klientových pomůckách jako jsou brýle, kontaktní čočky, naslouchadla, hole nebo berle. Do oblasti **Stravy** zařazujeme obvyklé stravování klienta, počet jídel za den, zakázané potraviny, nechutenství, nauzeu/zvracení, alergii na potraviny a problémy se žvýkáním a polykáním a ptáme se, zda má klient zubní protézu. Další oblastí je **Vyprazdňování a močení**, kde se klienta ptáme na jeho obvyklý způsob vyprazdňování, na datum poslední stolice, případné potíže s vyprazdňováním a užíváním projímadel, dále pak na mikci, zda má klient při močení problémy s inkontinencí nebo bolestmi při močení. (Doenges, 2001)

Dále hodnotíme **Stav kůže**, kde sledujeme vzhled kůže a pátráme po možných defektech, jako je například dekubitus, odřenina, hematom, bércový vřed a vyrážka. Pokud je přítomný jakýkoliv defekt na kůži zjišťujeme charakter rány, datum posledního převazu. (Mlýnková, 2010)

### 2.1.2 Ošetřovatelský plán

Je součástí ošetřovatelského procesu, při kterém provádíme soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce.

Na základě předem zjištěných informací o zdravotním stavu klienta z odebrané ošetřovatelské anamnézy, sestavíme ošetřovatelský plán. Ten se skládá z 5 kroků, mezi které patří posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

## **Posouzení**

Zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu klienta. Řadí se pravděpodobně mezi nejvýznamnější krok, protože se podle něj rozvíjí celý ošetřovatelský plán.

## **Diagnostika**

Na základě zpracovaných údajů o zdravotním stavu klienta sestra zformuluje ošetřovatelské diagnózy, které odpovídají zdravotnímu stavu klienta. (Vašátková, 2001)

V České republice se nejvíce používá klasifikace NANDA taxonomie, seznam ošetřovatelských diagnóz vypracovaných Severoamerickou asociací sester pro ošetřovatelské diagnózy. (Ščepončová, 2009)

## **Plánování**

Je proces, kdy máme již stanovené ošetřovatelské diagnózy a plánujeme intervence, které mohou mít cíl preventivní, redukční nebo eliminační a stanovujeme si cíle, ty mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé. Cíle by dále měly být reálné, co se týká schopností a možností sestry a musejí se shodovat s léčebným plánem lékaře. Na plánování intervencí se podílí sestry, klient a jeho rodina. Při plánování sestra určuje priority klientových problémů a pomocí intervencí dosahuje stanovených cílů.

## **Realizace**

Realizace, je uplatnění ošetřovatelských strategií, které jsme si stanovily. A měly by vést k žádoucím výsledkům nebo ke klientovým cílům. Během realizace opakovaně posuzujeme zdravotní stav klienta a při nově zaznamenaných informacích ošetřovatelský plán změním, tak aby odpovídal aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta.

## **Vyhodnocení**

Při vyhodnocení posuzujeme klientovi pocity na ošetřovatelské intervence a porovnáváme je se stanovenými cíli. Zkoumáme tedy, jak se podařilo splnit stanovené cíle a jak se klient cítí. Hodnocení se provádí neustále až do propuštění klienta. (Vašátková, 2001)

### **2.1.3 Sesterská překládová/propouštěcí zpráva**

Obsahuje shrnutí ošetřovatelské anamnézy, aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči, aktuální údaje o zdravotním stavu klienta a soupis věcí, cenností klienta. (Příloha 5) Dále jsou v ní zaznamenány invazivní vstupy, jako jsou například PMK, PŽK, NGS, ETC, atd., uvádí se zde i kdy a kde byly vstupy zavedeny, případně i čísla katétrů. Vypisuje se vždy při překládu klienta na jiné oddělení v rámci nemocniční kliniky nebo do jiného zdravotnického zařízení. Zpráva je vyhotovena sestrou, která klienta propouští a musí obsahovat podpis, jmenovku a datum. Vypisuje se ve dvou provedeních, přičemž originál se odesílá spolu s klientem a kopie se zakládá do zdravotnické dokumentace zdravotnického zařízení. (Nemocnice následné péče LDN Horažďovice)

### **2.1.4 Plán péče o dekubitus a jiné rány**

#### **Plán péče o dekubitus**

Pokud sestra při příjmu nebo v průběhu hospitalizace zjistí riziko vzniku dekubitů například podle Modifikované stupnice rizika dle Nortonové, vkládá tento záznam do zdravotnické dokumentace klienta a současně dekubitus zaznamená do počítače pod mimořádné události. (Příloha 6) Záznam umožňuje systematické sledování a realizaci preventivních a léčebných zásahů u klienta. (Vašátková, 2001)

Sestra zapíše datum a čas případného prvního ošetření a poté následné výměny obvazů a druhu léčebných zásahů, které povedou k zacelení dekubitu. Rovněž zde musí zaznamenat místo, velikost a hloubku dekubitu, barvu a vzhled okolí rány, zápach a konzistenci přítomného sekretu, poté také polohovací plán. Plán péče o dekubitus se mění v průběhu potřeb a zdravotního stavu klienta. (Kolektiv autorů, 2002)

Dále by z formuláře mělo jasně vyplývat, zda klient s dekubitem již přišel z jiného zdravotnického zařízení nebo zda dekubitus vznikl až při hospitalizaci na stávajícím oddělení. (Vondráček, 2003b)

#### **Plán péče o jiné rány**

Při péči o klienta s ránou je třeba provést důkladné posouzení, abychom získaly základní informace o ráně, které povedou k zacelení rány. Při posouzení rány bychom měli zaznamenat velikost rány, místo, případnou povahu sekrece,



přítomnost možného strupu nebo bolesti a povahu lůžka rány, jestli se jedná o granulační tkáň, nekrotickou tkáň nebo o epiteliální tkáň. Po zapsání základních informací o stavu rány můžeme provést zápis o typu péče o ránu. Kde zaznamenáváme stav rány, ošetrovatelské zásahy, čím byla rána ošetřena a kdy se má provést další převaz. (Příloha 7)

## **2.1.5 Další formuláře v ošetrovatelské dokumentaci**

### **Posouzení rizika pádů**

Při příjmu klienta, je vhodné u rizikových osob posoudit možné riziko pádu. Zjištění rizika pádu můžeme provést podle různých tabulek. (Příloha 8) Nejpravděpodobnější pády jsou u starších, slabých, duševně nezpůsobilých klientů nebo u klientů užívající sedativa. Pokud dojde i přes veškerá opatření k pádu klienta je nutné vyplnit záznam o mimořádné situaci a zaznamenat ji do dokumentace. Zaznamenává se hodina, kdy k pádu klienta došlo, případné modřiny, tržené rány a odřeniny. Dále popisujeme bolest, deformitu končetin, zjišťujeme vitální funkce a jakoukoliv nesrozumitelnou řeč, slabost v končetinách či změnu mentálního stavu.

### **Příjem a výdej tekutin**

U mnoho klientů je potřebné zaznamenávat monitorování příjmu a výdeje tekutin během 24 hodin. (Příloha 9) Zapisují se zde nejen tekutiny, které klient vypije, ale i sestrou podané infuze, bolusové dávky, léky podané i. v. a jakékoliv irigační roztoky, které nejsou odsáty. Pro dokonalé zaznamenávání výdeje tekutin je nutná spolupráce klienta a členů zdravotnického personálu. Bilance tekutin, se zapisuje podle ordinace lékaře například jednou za tři hodiny, kdy zaznamenáváme do dokumentace zvlášť příjem a výdej tekutin. Sestra na denní službě zapíše bilanci tekutin za den a noční služba za noc, po uplynutí 24 hodin zapíše většinou sestra na noční službě celkové denní množství tekutin. (Kolektiv autorů, 2002)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 FORMULACE PROBLÉMU

Vedení zdravotnické dokumentace je velmi důležité. Práce se zdravotnickou dokumentací není jednoduchá a právě proto je velmi důležité znát problematiku zdravotnické dokumentace, abychom jako budoucí Všeobecné sestry mohly poskytovat klientům nejvyšší možnou kvalitu ošetrovatelské péče. Správným vedením zdravotnické dokumentace, nechráníme jen klienta, ale také svoji osobu.

Proto si myslím, že je povinností nejen pracujících Všeobecných sester, ale také i studentů oboru Všeobecná sestra, aby se zajímaly o neustálé novely a jiné změny zdravotnické dokumentace.

## 4 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit orientovanost studentů v oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií ve zdravotnické dokumentaci na standardním oddělení. A zároveň tuto orientovanost porovnat mezi prezenční a kombinovanou formou studia Všeobecná sestra na fakultě zdravotnických studií.

## 5 METODIKA

Ke sběru dat byla použita kvantitativní forma výzkumu technikou dotazníku. Byl použit dotazník (Příloha 10), určený pro studenty oboru Všeobecná sestra prezenční i kombinované formy studia Fakulty zdravotnických studií. Pro dotazování byly použity otázky uzavřené ve variantách dichotomických a polytomických otázek, kde studenti mohli použít předem připravené odpovědi, otázky otevřené, které poskytovaly studentům prostor na vyjádření a jedna otázka filtrační.

Dotazník byl pro studenty naprosto anonymní a dobrovolný a obsahoval 21 otázek. Úvodní otázky měly identifikační charakter. Následující otázky byly zaměřené na orientovanost studentů v zákonech, škálách a náležitostech ve zdravotnické dokumentaci.

## **6 HYPOTÉZY**

H 1: Studenti oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia se orientují v zákonech a náležitostech zdravotnické dokumentace.

H 2: Studenti oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia znají hodnotící škály.

H 3: Studenti oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia mají větší znalosti v oblasti zdravotnické dokumentace, než studenti prezenční formy studia.

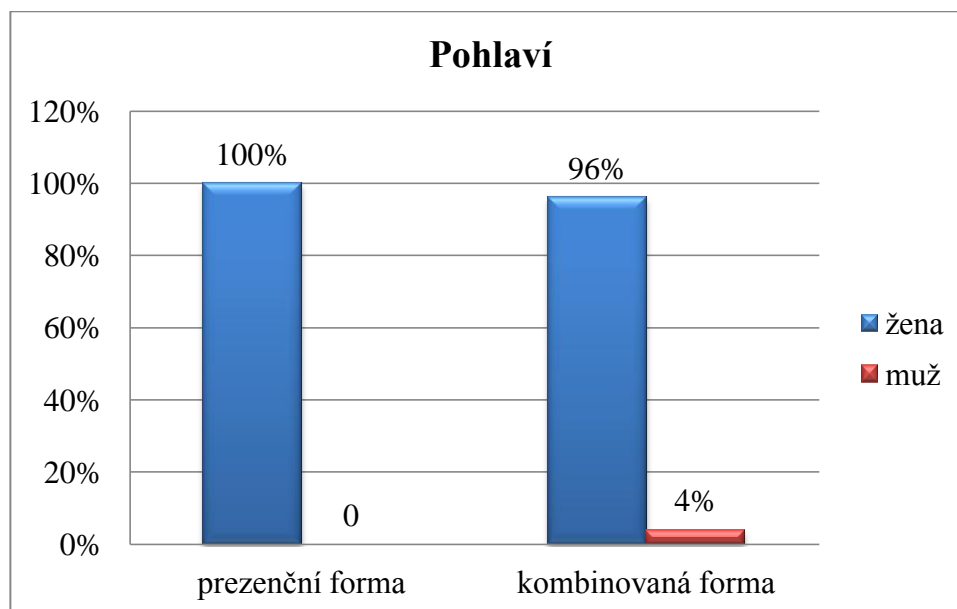
## **7 VZOREK RESPONDENTŮ**

Výzkumný celek tvořili studenti oboru Všeobecná sestra z Fakulty zdravotnických studií, prezenční i kombinované formy studia. Bylo rozdáno 100 dotazníků v období březen 2013. Z Katedry ošetřovatelství a porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií bylo osloveno 100 studentů všech ročníků, prezenční i kombinované formy studia. Z celkového počtu 100 (100%) rozdaných dotazníků se podařilo získat zpět 100 (100%) vyplněných dotazníků.

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka číslo 1: Pohlaví.

Graf 1 Pohlaví



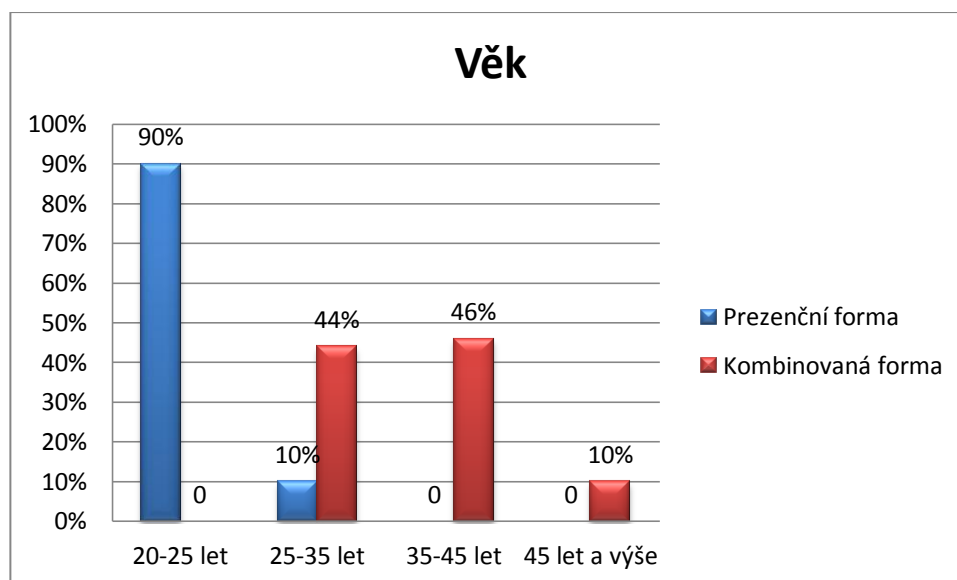
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenční studia bylo 50 žen (100%).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia bylo 48 žen (96%) a 2 muži (4%).

## Otázka číslo 2: Věk.

Graf 2 Věk



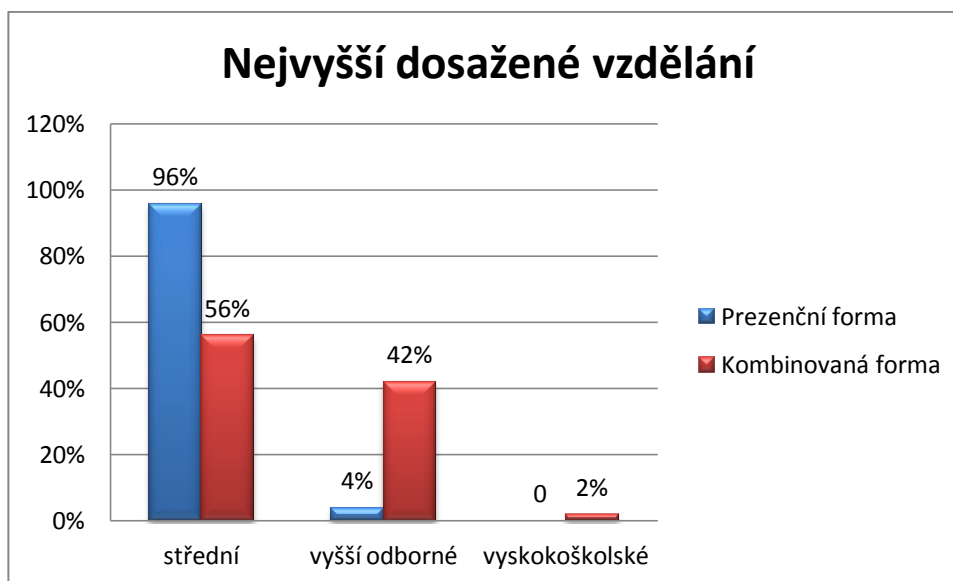
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenční studia bylo 45 (90%) respondentů ve věku 20-25 let a 5 (10%) ve věku 25-35 let.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia bylo 22 (44%) respondentů ve věku 25-35 let, 23 (46%) ve věku 35-45 let a 5 (10%) ve věku 45 let a výše.

### Otázka číslo 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



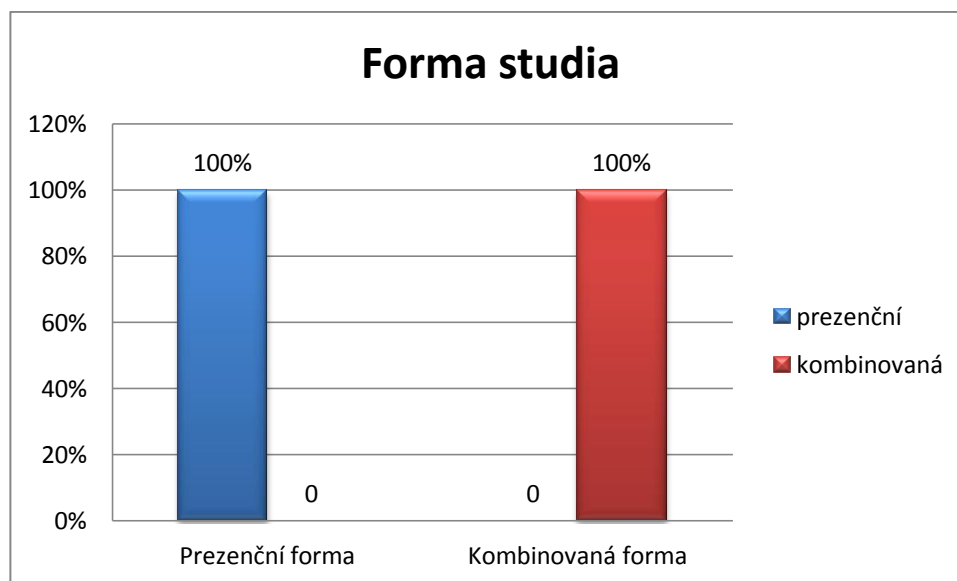
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia dosáhlo 48 (96%) respondentů středoškolského vzdělání a 2 (4%) vyššího odborného vzdělání.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia 28 (56%) respondentů středoškolského vzdělání, 21 (42%) vyššího odborného a 1 (2%) vysokoškolského vzdělání.

#### Otázka číslo 4: Jaká je forma Vašeho nynějšího studia.

**Graf 4 Forma studia**



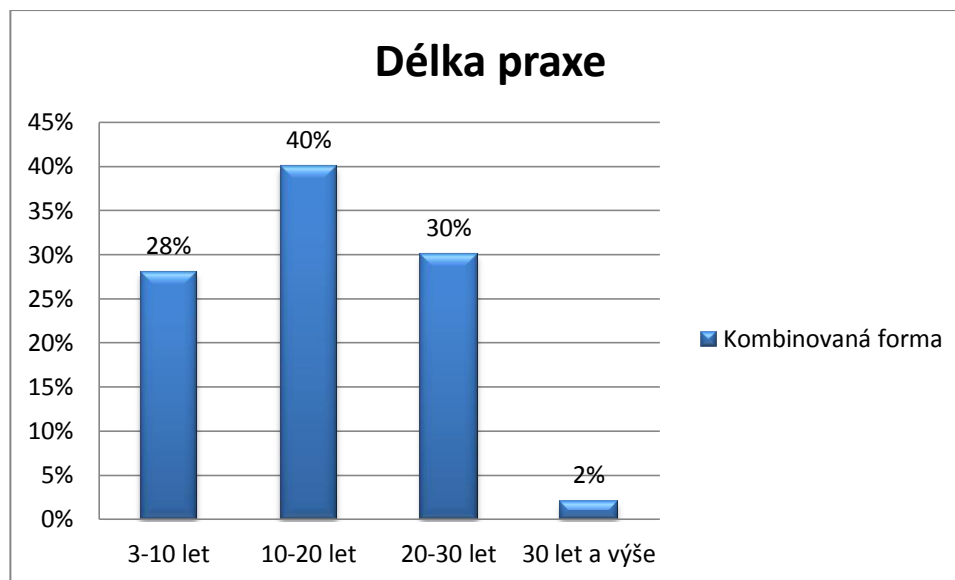
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů studuje 50 (100%) prezenční formu studia.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů studuje 50 (100%) kombinovanou formu studia.

**Otázka číslo 5: Pokud studujete kombinovanou formu studia, jaká je délka Vaší odborné praxe.**

**Graf 5 Délka odborné praxe studentů kombinované formy studia**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia, kteří dosáhli 3-10 let praxe bylo 14 (28%), 10-20 let 20 (40%), 20-30 let 15 (30%) a 1 (2%) dosáhl 30 let a výše.



**Otázka číslo 6: Uveďte číslo zákona, který definuje povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ve všech zdravotnických zařízeních.**

**Graf 6 Zákon o povinném vedení zdravotnické dokumentace**



Zdroj: Vlastní výzkum

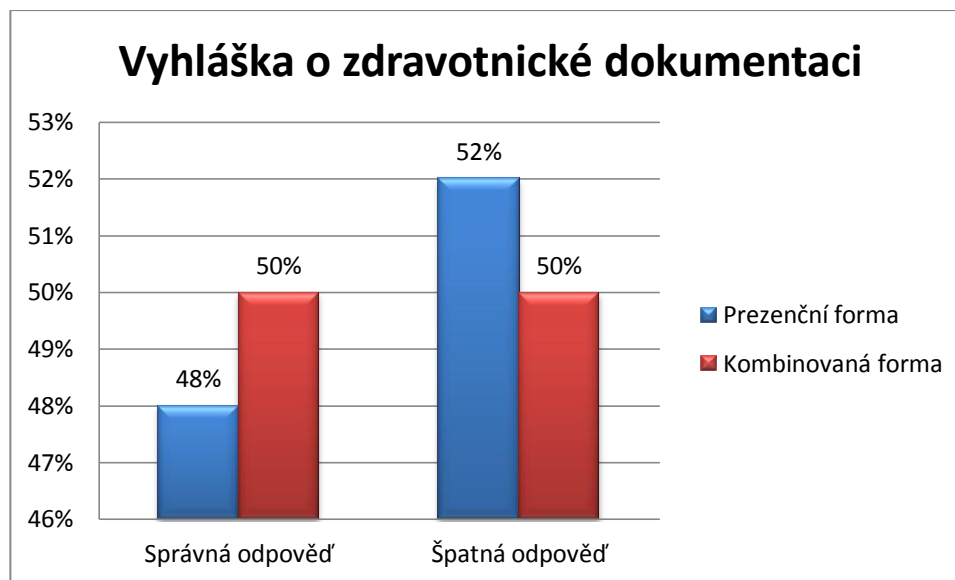
Respondenti měli odpovědět, jaký zákon definuje povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ve všech zdravotnických zařízeních. Správná odpověď byla, že tuto povinnost nařizuje zákon č.260/2001 Sb.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 20 (40%) a špatně 30 (60%).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 12 (24%) a špatně 38 (76%).

**Otázka číslo 7: Uveďte vyhlášku, která pojednává o zdravotnické dokumentaci.**

**Graf 7 Vyhláška o zdravotnické dokumentaci**



Zdroj: Vlastní výzkum

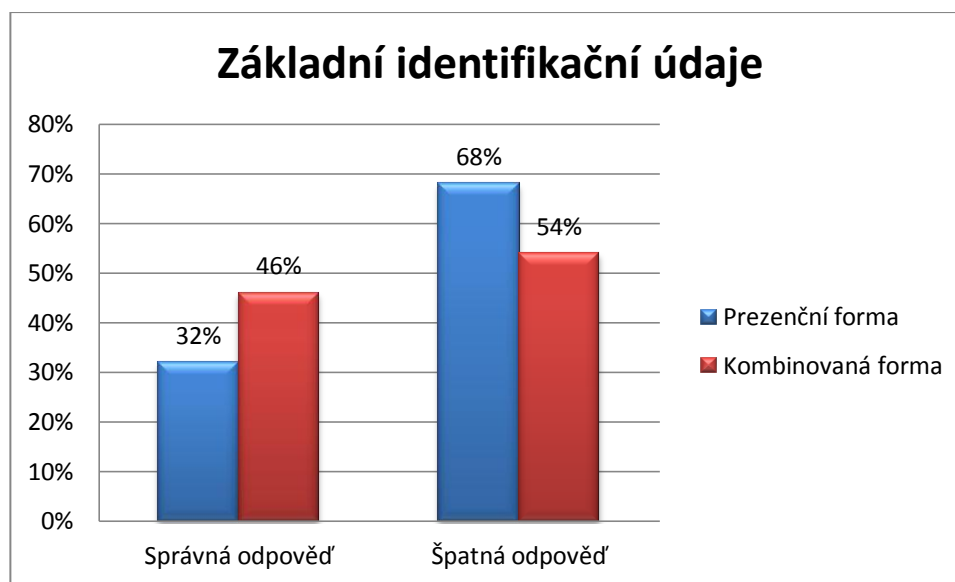
Graf 7 popisuje znalost respondentů o čísle vyhlášky, která pojednává o zdravotnické dokumentaci. Správná odpověď byla, že se jedná o vyhlášku č. 98/2012 Sb.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 24 (48%) a 26 (52%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 25 (50%) a chybně odpovědělo také 25 (50%).

**Otázka číslo 8: Vypište základní identifikační údaje o klientovi, které musí obsahovat zdravotnická dokumentace.**

**Graf 8 Základná identifikační údaje o klientovi**



Zdroj: Vlastní výzkum

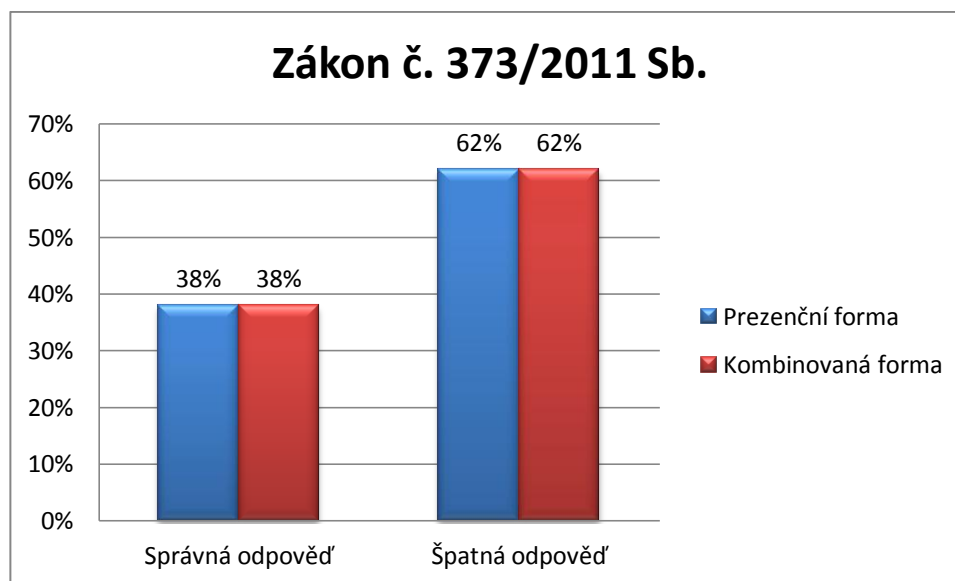
Jako správnou odpověď jsem vyhodnotila jméno a příjmení, rodné číslo, adresu trvalého pobytu a pojišťovnu klienta

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 16 (32%) a 34 (68%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 23 (46%) a chybně odpovědělo také 27 (54%).

**Otázka číslo 9: O čem pojednává zákon č. 373/2011 Sb.**

**Graf 9 Zákon č. 373/2011 Sb.**



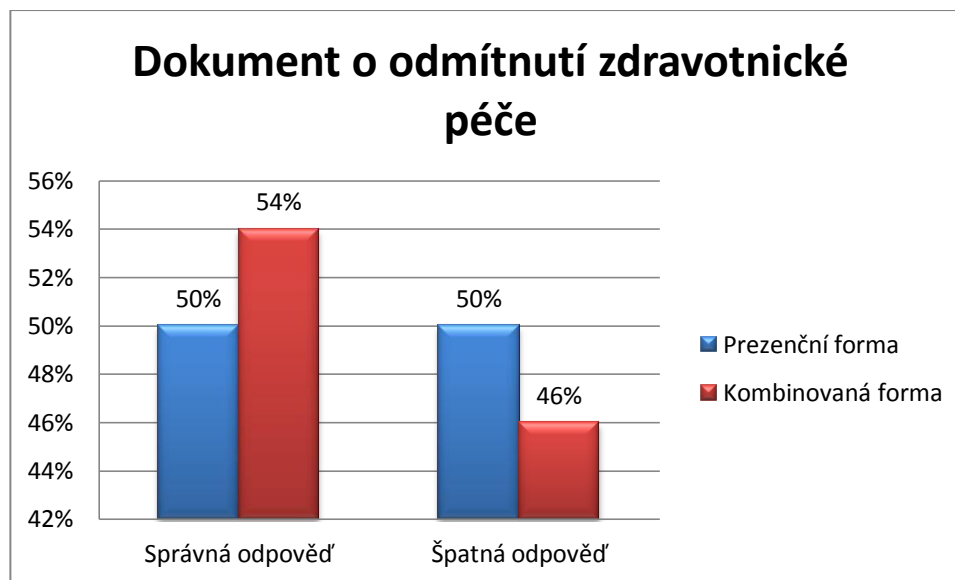
Zdroj: Vlastní výzkum

Tento zákon pojednává o specifických zdravotnických službách.

U obou forem studia odpovědělo správně 19 (38%) respondentů a 31 (62%) odpovědělo špatně.

**Otázka číslo 10: Napište název dokumentu, v kterém klient odmítá poskytovanou zdravotní péči.**

**Graf 10 Dokument o odmítnutí zdravotnické péče**



Zdroj: Vlastní výzkum

Správná odpověď byla negativní revers.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 20 (50%) a 25 (50%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 27 (54%) a chybně odpovědělo také 23 (46%).

## Otázka číslo 11: Znáte ošetřovatelský plán?

Graf 11 Ošetřovatelský plán



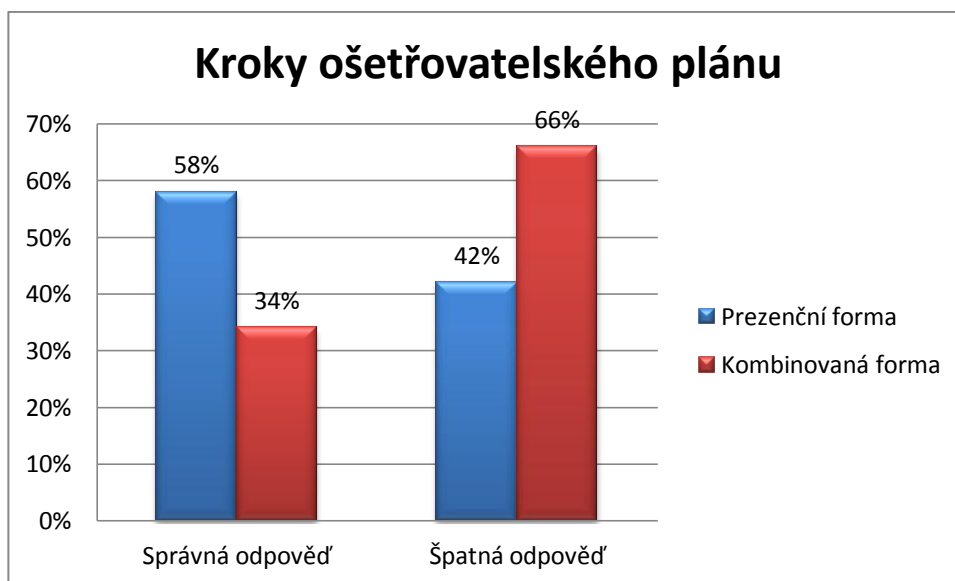
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo ANO 49 (98%) a 1 (2%) odpověděl NEVÍM.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného odpověděli všichni ANO.

## Otázka číslo 12: Z jakých kroků se skládá ošetřovatelský plán.

Graf 12 Kroky ošetřovatelského plánu



Zdroj: Vlastní výzkum

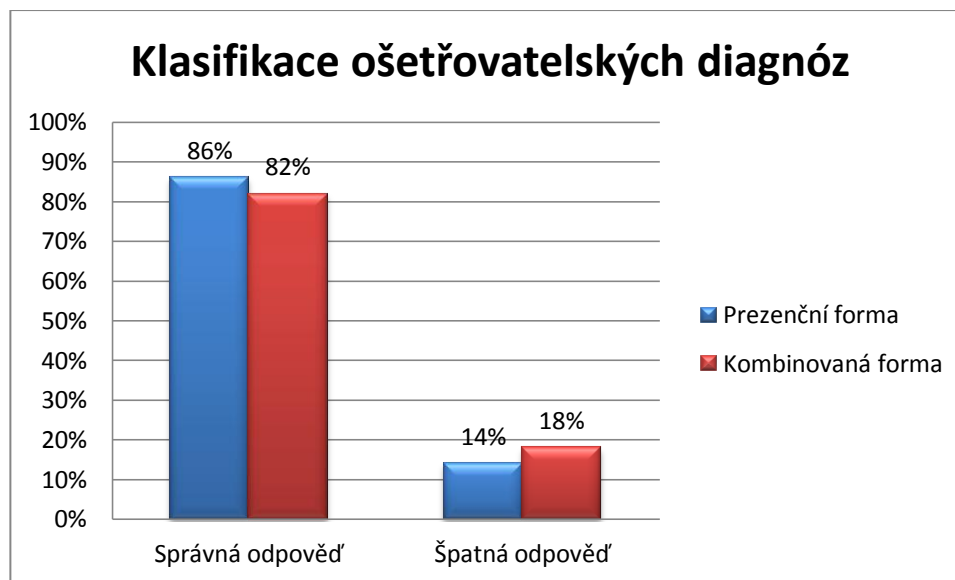
Správná odpověď byla posouzení, ošetřovatelský diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 29 (58%) a 21 (42%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 17 (34%) a chybně odpovědělo 33 (66%).

**Otázka číslo 13: Jaký klasifikace se používá při sestavování ošetrovatelských diagnóz?**

**Graf 13 Ošetrovatelské diagnózy**



Zdroj: Vlastní výzkum

Správná odpověď byla NANDA taxonomie.

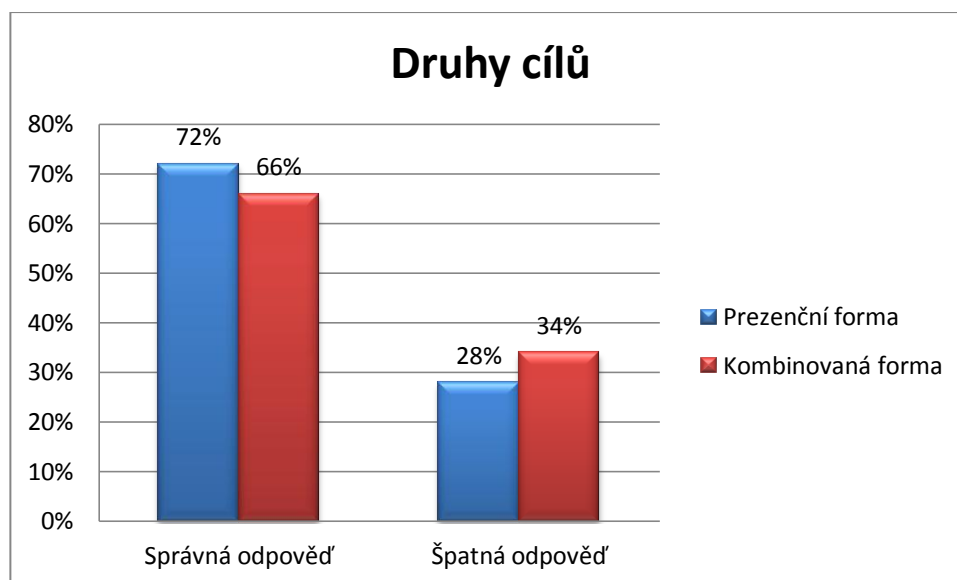
Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 43 (86%) a 7 (14%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 41 (82%) a chybně odpovědělo 9 (18%).



**Otázka číslo 14: Jaké druhy cílů máme při plánování ošetrovatelského procesu.**

**Graf 14 Cíle ošetrovatelského procesu**



Zdroj: Vlastní výzkum

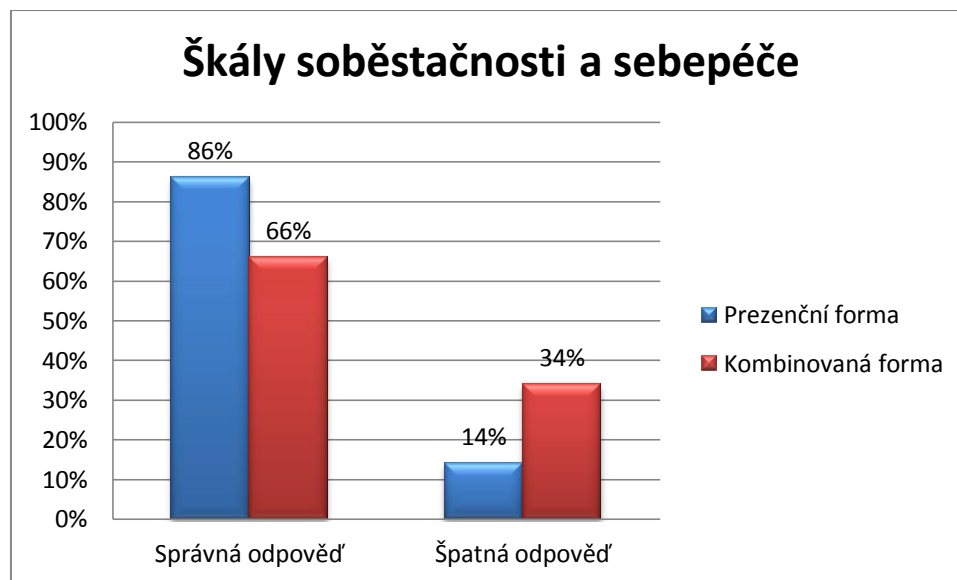
Za správnou odpověď jsem považovala cíle krátkodobé a dlouhodobé.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 36 (72%) a 14 (28%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 33 (66%) a chybně odpovědělo 17 (34%).

**Otázka číslo 15: Znáte škály, kterými můžeme posoudit sebeděči a soběstačnost klienta?**

**Graf 15 Sebeděče a soběstačnost**



Zdroj: Vlastní výzkum

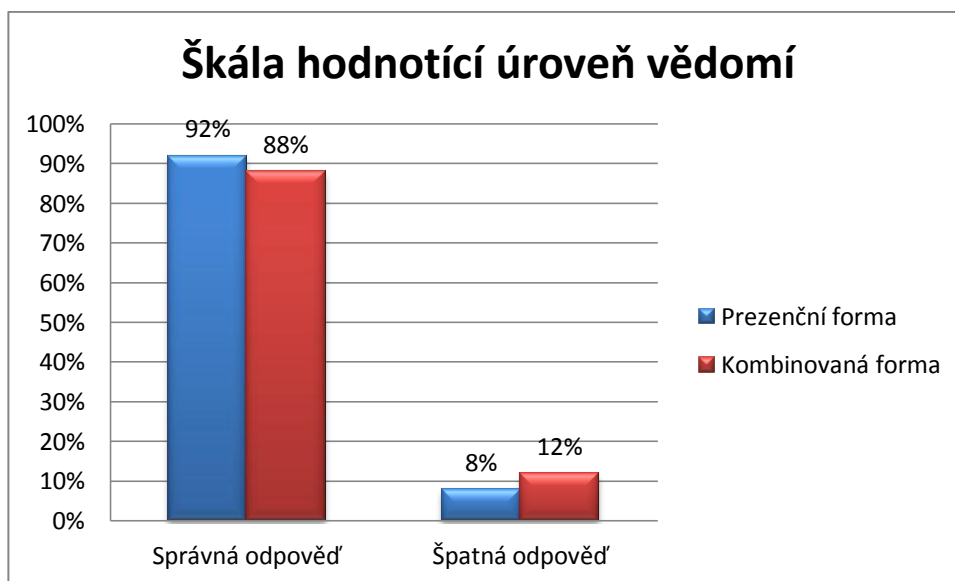
Jako správné odpovědi jsem vyhodnotila klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle M. Gordonové, dále test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga modifikovaný Staňkovou, a Barthelův test základních všedních činností.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 43 (86%) a 7 (14%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 33 (66%) a chybně odpovědělo 17 (34%).

## Otázka číslo: Pomocí jaké hodnotící škály můžeme určit úroveň vědomí?

Graf 16 Škála hodnotící úroveň vědomí



Zdroj: Vlastní výzkum

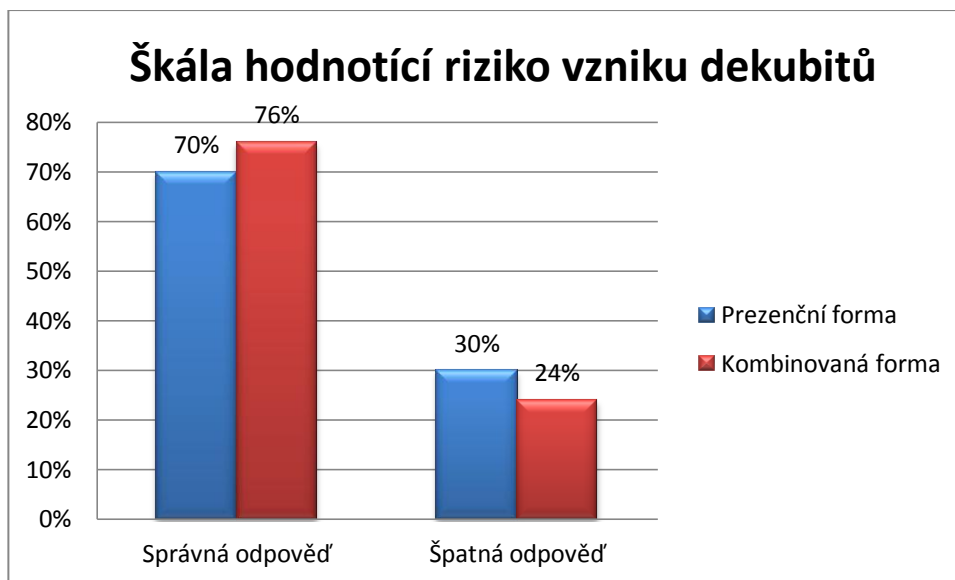
Jako správnou odpověď jsem vyhodnotila Glasgow Coma Scale (GCS).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 46 (92%) a 4 (8%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 44 (88%) a chybně odpovědělo 6 (12%).

**Otázka číslo 17: Pomocí jaké hodnotící škály můžeme posoudit riziko vzniku dekubitů?**

**Graf 17 Škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů**



Zdroj: Vlastní výzkum

Za správné odpovědi jsem považovala rozšířenou stupnici dle Nortonové, Knollovu stupnici náchylnosti k proleženinám a Waterllowu škálu a stupnici podle Bradenové.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 35 (70%) a 15 (30%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 38 (76%) a chybně odpovědělo 12 (24%).

**Otázka číslo 18: Co obsahuje a zahrnuje sesterská překládová/propouštěcí zpráva.**

**Graf 18 Sesterská překládová/propouštěcí zpráva**



Zdroj: Vlastní výzkum

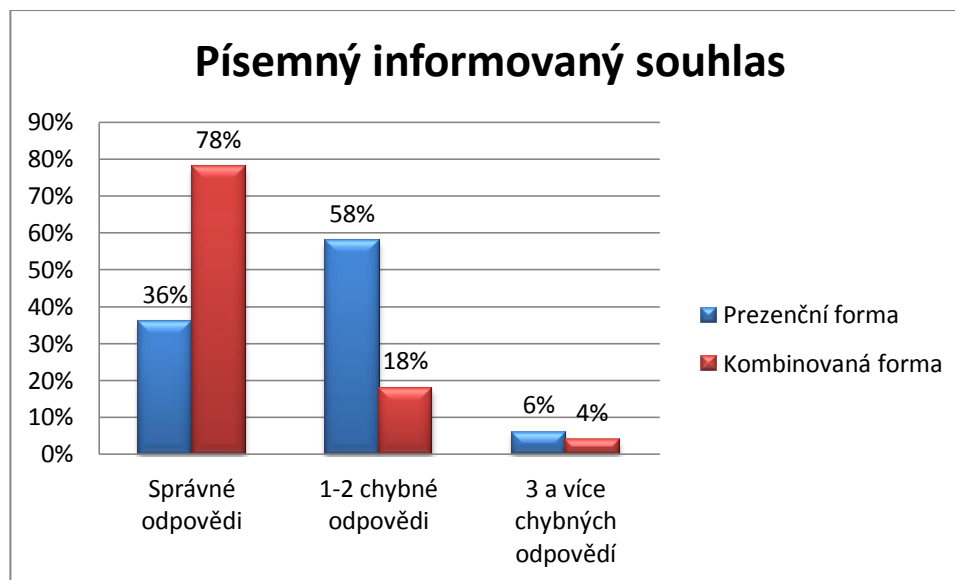
Respondenti měli na výběr 5 odpovědí, které byly všechny správné. Tyto odpovědi byly: shrnutí ošetřovatelské anamnézy; aktuální údaje o poskytnuté zdravotní péči a zdravotním stavu klienta; soupis věcí a cenností klienta; podpis, datum a jmenovku sestry, která klienta překládá/propouští; zavedené invazivní vstupy (PMK, CŽK, PŽK, NGS, aj.) spolu s datem zavedení, místem a popř. číslem katétru.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 24 (48%), a s 1-2 chybnými odpověďmi 26 (52%).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 26 (52%), s 1-2 chybnými odpověďmi 21 (42%), a se 3 a více chybnými odpověďmi 3 (6%).

**Otázka číslo 19: U jakých výkonů vyžaduje zákon od klienta písemný informovaný souhlas.**

**Graf 19 Písemný informovaný souhlas**



Zdroj: Vlastní výzkum

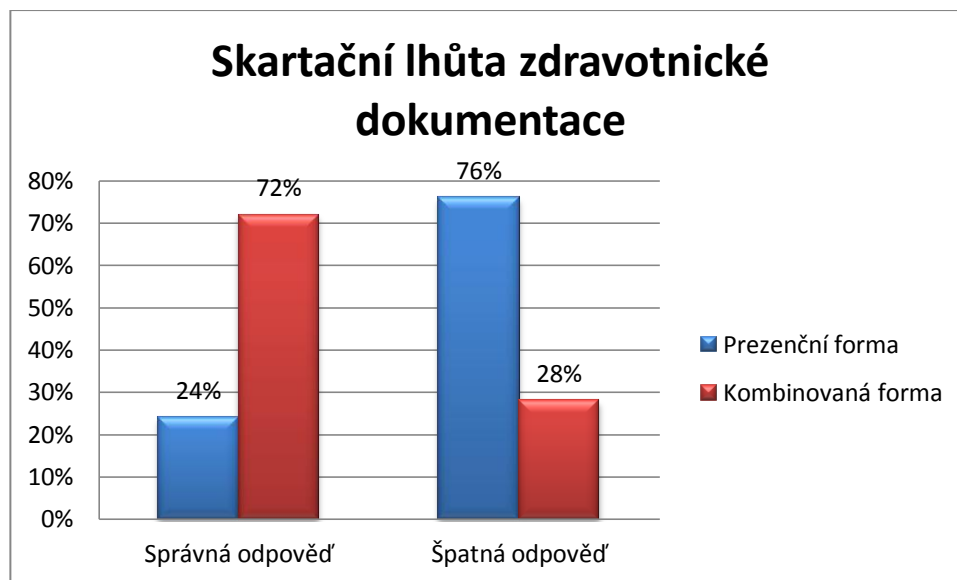
Respondenti měli na výběr 5 odpovědí, které byly všechny správné. Tyto odpovědi byly: hospitalizace, transplantace, asistovaná reprodukce, sterilizace; terapeutická kastrace, změna pohlaví transsexuálních klientů; psychochirurgické výkony, genetické vyšetření; odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví a jejími složkami, ověřování nových postupů, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 18 (36%), s 1-2 chybnými odpověďmi 29 (58%), a se 3 a více chybnými odpověďmi 3 (6%).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 39 (78%), s 1-2 chybnými odpověďmi 9 (18%), a se 3 a více chybnými odpověďmi 2 (4%).

**Otázka číslo 20: Jaká je skartační lhůta zdravotnické dokumentace v lůžkové péči.**

**Graf 20 Skartační lhůta**



Zdroj: Vlastní výzkum

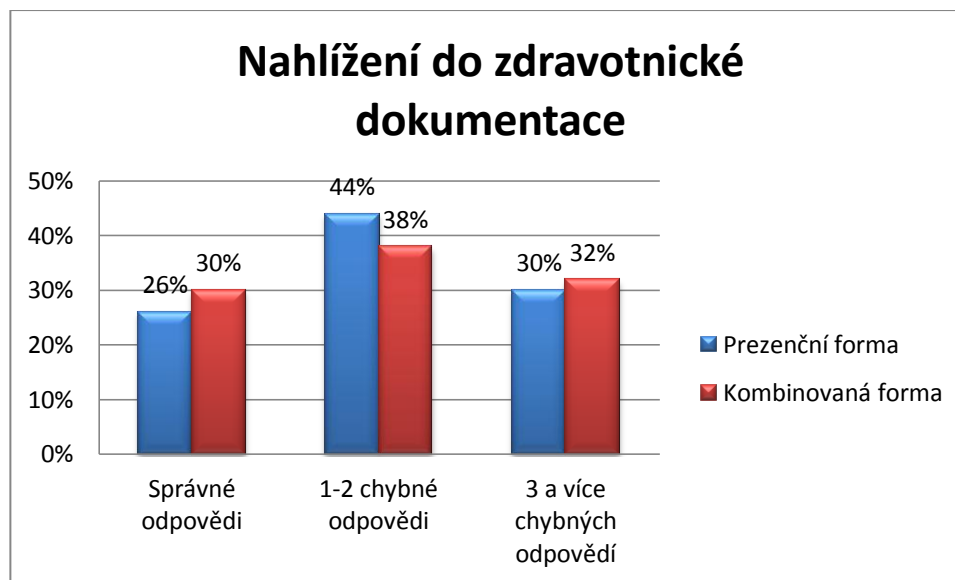
Správná odpověď byla 40 let od poslední hospitalizace klienta nebo 10 let od úmrtí klienta.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 12 (24%) a 38 (76%) odpovědělo chybně.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 36 (72%) a chybně odpovědělo 14 (28%).

**Otázka číslo 21: Kdo může nahlížet v plném rozsahu, v rámci svých kompetencí pro plnění konkrétních úkolů, do zdravotnické dokumentace?**

**Graf 21 Nahlížení do zdravotnické dokumentace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti měli na výběr 5 odpovědí, které byly všechny správné.

Tyto odpovědi byly: lékaři, všeobecné zdravotní sestry, lékárníci a ostatní zdravotničtí pracovníci; pověření členové dané komory při vyšetřování případů, které podléhají disciplinární pravomoci dané komory; revizní lékaři zdravotních pojišťoven a soudní znalci; lékaři správních úřadů ve zdravotnictví a lékaři pověření krajem; členové znaleckých komisí, pověření pracovníci orgánů ochrany veřejného zdraví a lékaři orgánu sociálního zabezpečení.

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy prezenčního studia odpovědělo správně 13 (26%), s 1-2 chybnými odpověďmi 22 (44%), a se 3 a více chybnými odpověďmi 15 (30%).

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů formy kombinovaného studia odpovědělo správně 15 (30%), s 1-2 chybnými odpověďmi 19 (38%), a se 3 a více chybnými odpověďmi 16 (32%).



## 9 DISKUSE

V této bakalářské práci jsem zjišťovala, jak se studenti oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií orientují ve zdravotnické dokumentaci. Když jsem tuto práci začala psát, myslela jsem si, že o zdravotnické dokumentaci mám dobré znalosti a předpokládala jsem, že je budou mít i ostatní studenti. Ale v průběhu psaní jsem zjistila, že zdravotnická dokumentace není jen „ordinační list a teplotka“, ale že do zdravotnické dokumentace patří i jiné formuláře, a že zdravotnická dokumentace podléhá řadě zákonů, které se neustále mění.

K tomuto šetření a potvrzení či vyvrácení hypotéz byl použit dotazník o 21 otázkách. V dotazníku (Příloha 10) mělo prvních pět otázek identifikační charakter a zaměřovaly se na charakteristiku zkoumaného vzorku respondentů. Nejpočetnější skupinou studující obor Všeobecná sestra zůstávají ženy (graf 1). Věkovou kategorii respondentů vyjadřuje graf 2, kdy nejpočetnější skupinu respondentů prezenční formy studia tvořili studenti ve věku 20 - 25 let. Naopak nejpočetnější skupinu kombinované formy studia tvořili respondenti ve věku 35 - 45 let. Dále mě také zajímalo, jaké jsou rozdíly mezi respondenty v nejvyšším dosaženém vzdělání (graf 3). Respondenti, kteří studují prezenční formu studia, dosáhli nejvýše středoškolského vzdělání s maturitou. U respondentů, kteří studují kombinovanou formu studia, převládalo také středoškolské vzdělání s maturitou, ale v těsném poměru s vyšším odborným vzděláním. Poměr mezi respondenty prezenční a kombinované formy studia byl naprosto vyrovnaný, proto jsem mohla velmi dobře porovnávat jejich znalosti o zdravotnické dokumentaci (graf 4). U respondentů kombinované formy studia mě dále zajímala délka jejich odborné praxe (graf 5). Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 10 - 20 let.

V dalších třech otázkách, které dotazník obsahoval, jsem se již zaměřovala na znalosti respondentů, týkající se zákonů a vyhlášek. Pomocí grafu 6 jsem se snažila zjistit, zda respondenti vědí, který zákon ukládá všem zdravotnickým zařízením povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Správná odpověď byla, že zákon č. 260/2001 Sb. Správně překvapivě nejvíce odpověděli respondenti studující prezenční formu. Graf 7 znázorňuje znalost respondentů o vyhlášce, která pojednává o zdravotnické dokumentaci. Zde mě překvapil výsledek 50% správných a 50% špatných odpovědí u respondentů studujících kombinovanou formu studia. Předpokládala jsem, že respondenti kombinované formy studia a zároveň již

pracující ve zdravotnickém zařízení se budou v této oblasti vyhlášek více orientovat. Další znalost zákona nám znázorňuje graf 9. Zde jsem zkoumala, zda respondenti vědí o zákoně č. 373/2011 Sb., který mimo jiné uvádí výpis výkonů u kterých je zákonem dané vyžadovat od klienta písemný informovaný souhlas. Odpovědi na tuto otázku mě velice překvapily svou vyrovnaností. Obě formy studia odpověděly v poměru 38% správných a 62% špatných odpovědí. Na tento graf navozuje graf 19, kde jsem se respondentů ptala, zda vědí, u jakých výkonů vyžaduje zákon od klienta písemný souhlas. Respondenti měli na výběr odpovědi, z nichž všechny odpovědi byly správné. Po vyhodnocení odpovědí mě mile překvapilo, že i po předchozí otázce, která se ptala právě na tento zákon o specifických zdravotních službách, a kde nebylo správných odpovědí mnoho. Zde na tuto otázku odpovědělo 78% respondentů studujících kombinovanou formu studia zcela správně a 58% s jednou nebo dvěma chybnými odpověďmi, respondenti studující prezenční formu studia odpověděli 36% správnými odpověďmi a 58% 1-2 chybnými odpověďmi. Dále jsem zjišťovala, zda respondenti znají skartační lhůtu zdravotnické dokumentace v lůžkové péči (graf 20). Respondenti měli na výběr ze tří odpovědí, z nichž správná odpověď byla, že skartační lhůta zdravotnické dokumentaci v lůžkové péči je 40 let od poslední hospitalizace klienta nebo 10 let od úmrtí klienta. V této otázce mě nejvíce překvapila odpověď respondentů studujících kombinovanou formu studia, správně odpovědělo 72%. Další otázku vyjadřuje graf 21, kde jsem se respondentů ptala, kdo může nahlížet v plném rozsahu v rámci svých kompetencí, pro plnění konkrétních úkolů do zdravotnické dokumentace. Respondenti měli na výběr 5 odpovědí, z nichž všechny byly správné. Při vyhodnocování mě překvapily velice vyrovnané správné i špatné odpovědi obou forem studia.

V dalších otázkách, které byly obsaženy v dotazníku, jsem se zaměřovala na znalosti respondentů oboru Všeobecná sestra prezenční i kombinované formy studia v oblasti ošetrovatelské dokumentace. V úvodu této oblasti mě zajímalo, zda respondenti vědí základní identifikační údaje klienta, které musí obsahovat zdravotnická dokumentace (graf 8). Po vyhodnocení správných odpovědí jsem zjistila, že pouze 46% respondentů kombinované formy studia a pouze 32% respondentů prezenční formy studia, vědí správné údaje. V další otázce, kterou znázorňuje graf 10, jsem zkoumala, zda vědí název dokumentu, ve kterém klient

odmítá poskytovanou zdravotnickou péči. Předpokládala jsem velkou míru znalosti tohoto dokumentu mezi respondenty obou forem studia, ale odpovědi na tuto otázku mě překvapily ve své vyrovnanosti mezi správnými a chybnými odpověďmi. Ve své míře, téměř vyrovnaných správných a chybných odpovědí mezi prezenční a kombinovanou formou studia mě také překvapila otázka, kterou znázorňuje graf 18. Otázka zjišťovala, zda respondenti vědí, co obsahuje a zahrnuje sesterská překládová/propouštěcí zpráva. Respondenti oboru Všeobecná sestra měli opět na výběr z pěti odpovědí, z nichž všechny byly správné. Po zpracování výsledků správně odpovědělo 48% prezenčních a 52% kombinovaných studentů a s jednou nebo dvěma chybnými odpověďmi odpovědělo 52% prezenčních a 42% kombinovaných studentů.

Další oblastí ošetrovatelské dokumentace, ve které jsem zkoumala orientovanost studentů oboru Všeobecná sestra, byl ošetrovatelský plán. Orientovanost studentů, v ošetrovatelském plánu zjišťovaly v dotazníku čtyři otázky. Na otázku, zda znají respondenti ošetrovatelský plán, odpověděly obě formy ANO, a NEVÍM odpověděl jeden respondent z prezenční formy (graf 11). Na tuto otázku navazovala další otázka, kde jsem se ptala respondentů na to, z jakých kroků se skládá ošetrovatelský plán. Nejvíce správných odpovědí bylo na straně prezenční formy studia, celkem 58%. Naproti tomu kombinovaná forma studia měla pouze 34% správných odpovědí (graf 12). Pokračováním na toto téma byla otázka, jaké druhy cílů máme při plánování ošetrovatelského procesu (graf 14). V této otázce byly správné odpovědi velmi vyrovnané. Poslední otázkou týkající se ošetrovatelského plánu byla, jaká klasifikace se používá při sestavování ošetrovatelských diagnóz (graf 13). Na tuto otázku odpověděli správně téměř všichni respondenti obou forem.

V oblasti ošetrovatelské dokumentace jsem se dále zaměřila na znalosti studentů oboru Všeobecná sestra mezi škálami. Vybrala jsem tři základní škály, které by dle mě měli znát všichni studenti oboru Všeobecná sestra. Na otázku, kterou znázorňuje graf 15, zda respondenti znají škály, kterými mohou posoudit sebek péči a soběstačnost klienta. Odpovědělo správně 86% respondentů prezenční formy studia a 66% respondentů kombinované formy studia. Podobně skončilo vyhodnocení i otázky, která zjišťovala znalost hodnotící škály pro úroveň vědomí

(graf 16) a otázky, která zkoumala znalost hodnotící škály pro posouzení rizika vzniku dekubitů (graf 17).

Očekávala jsem větší úspěšnost ve znalostních otázkách na straně studentů Všeobecná sestra kombinované formy. Naopak mě překvapily znalosti studentů oboru Všeobecná sestra prezenční formy studia.

## ZÁVĚR

Prvním cílem této práce bylo zjistit orientovanost studentů v oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií ve zdravotnické dokumentaci. Tento cíl byl splněn a po vyhodnocení výsledků se vyvrátila hypotéza, kdy jsem předpokládala větší znalosti v oblasti zdravotnické dokumentace u studentů kombinované formy studia. Druhým cílem bylo porovnat orientaci mezi studenty oboru Všeobecná sestra prezenční a kombinované formy studia. Tento cíl byl také splněn, orientovanost byla prověřena v první řadě devíti otázkami z oblasti zákonů a náležitostí zdravotnické dokumentace. Výsledky mně potvrdily hypotézu, že studenti oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia se orientují v zákonech a náležitostech zdravotnické dokumentace. A po vyhodnocení zbývajících otázek se mi potvrdila poslední hypotéza, v které jsem předpokládala, že studenti Všeobecná sestra prezenční formy studia znají hodnotící škály.

Z výzkumné části vyplývá, že studenti oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia, neznají příliš hodnotící škály. Doporučení pro praxi je případné uspořádání seminářů nebo přednášek zabývajících se hodnotícími škálami.

## SEZNAM ZDROJŮ

1. OKRESNÍ SDRUŽENÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY V DĚČÍNĚ. *Nová legislativa o zdravotnické dokumentaci* [online].c2002-2005, poslední revize neuvedena [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: [http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova\\_legislativa\\_dokument.html](http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova_legislativa_dokument.html)
2. DOSTÁL, Otto. Elektronická zdravotnická dokumentace – základní podmínky a způsoby jejího vedení. *Zdravotnictví a právo*. 2007, **11**(10), 17-23. ISSN 1211-6432.
3. KLÁNOVÁ, Markéta. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. 2009, **19**(6), 12-13. ISSN 1210-0404.
4. KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
5. KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ. *Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách* [online].c2008, poslední revize neuvedena [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.krkralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/zakon-c--373-2011-sb---o-specifickych-zdravotnich-sluzbach-49502/>
6. MARILYNN, E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
7. MIČUDOVÁ, Erna, KOCOURKOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. 2006, **16**(3), 25. ISSN 1210-0404.
8. MINISTERSTVO VNITRA. *Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci* [online].c2013, poslední revize neuvedena [cit. 2013-0203]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77217&nr=98~2F2012&rpp=15#local-content>
9. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

10. NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE LDN HORAŽDOVICE. *Koncepce ošetrovatelství na lůžkách sociální péče* [online]. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: [www.nnp-ldnhd.cz/wordpress/wp-content/uploads/2011/09/KONC.doc](http://www.nnp-ldnhd.cz/wordpress/wp-content/uploads/2011/09/KONC.doc)
11. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 987-80-247-2358-7.
12. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. *Zdravotnická dokumentace. Sestra*. 2009, **19**(11), 28-29. ISSN 1210-0404.
13. ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-268-6.
14. TĚŠINOVÁ, Jolana. *Vedení zdravotnické dokumentace. Zdravotnictví a právo*. 2007, **11**(3-3), 14-16. ISSN 1211-6432.
15. TOMEK, Vratislav. *Ošetrovatelská dokumentace. Florence*. 2007, **3**(5), 238-239. ISSN 1801-464X.
16. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.
17. VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Ošetrovatelská dokumentace*. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-72-0.
18. VONDRÁČEK, Jan. *Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost. Florence*. 2006, **2**(5), 48. ISSN 1801-464X.
19. VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miloslav. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi 1.* 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-376-7.
20. VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miloslav, NOVÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0704-7.

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Pohlaví

Graf 2 Věk

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 Forma studia

Graf 5 Délka praxe studentů kombinované formy studia

Graf 6 Zákon o povinném vedení zdravotnické dokumentace

Graf 7 Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

Graf 8 Základní identifikační údaje o klientovi

Graf 9 Zákon č. 373/2011 Sb.

Graf 10 Dokument o odmítnutí zdravotní péče

Graf 11 Ošetřovatelský plán

Graf 12 Kroky ošetřovatelského plánu

Graf 13 Ošetřovatelské diagnózy

Graf 14 Cíle ošetřovatelského procesu

Graf 15 Sebepéče a soběstačnost

Graf 16 Škála hodnotící úroveň vědomí

Graf 17 Škála hodnotící riziko vzniku dekubitů

Graf 18 Sesterská překladová/propouštěcí zpráva

Graf 19 Písemný informovaný souhlas

Graf 20 Skartační lhůta

Graf 21 Nahlížení do zdravotnické dokumentace




## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

Aj.	-	a jiné
ČR	-	Česká republika
ETC	-	Endotracheální kanyla
NGS	-	Nasogastrická sonda
Odst.	-	Odstavec
PMK	-	Pernamentní močový katétr
Popř.	-	popřípadě
PŽK	-	Periferní žilní katétr
Sb.	-	Sbírky
VoZD	-	Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1	Ošetrovatelská anamnéza
Příloha 2	Vizuální analogová škála
Příloha 3	Barthelův test běžných denních činností
Příloha 4	Glasgow Coma Scale
Příloha 5	Sesterská překladová/propouštěcí zpráva
Příloha 6	Rozšířená stupnice podle Nortonové
Příloha 7	Plán péče o rány/dekubitůs
Příloha 8	Hodnocení rizika pádu
Příloha 9	Bilance tekutin
Příloha 10	Dotazník

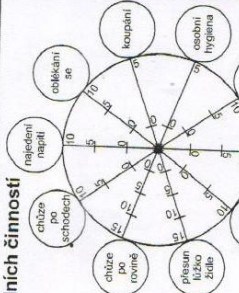
**Příloha 1 Ošetrovatelská anamnéza**



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

**OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA**

zde nalep štítek

<p><b>TERAPEUTICKÉ / KOMPENZAČNÍ POMŮCKY</b></p> <p><b>katetry/kanyly:</b> <input type="checkbox"/> periferní žilní <input type="checkbox"/> centrální žilní <input type="checkbox"/> arteriální <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> dat. posl. katetrizace <input type="checkbox"/> tracheostomická kanyla</p> <p><b>sondy/stomie:</b> <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> pomůcky: <input type="checkbox"/> kardiostimulátor <input type="checkbox"/> inz. pero <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> hůl/berle <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní nefrostomie <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kont. čočky <input type="checkbox"/> sluch. aparát <input type="checkbox"/> inz. pumpa kolostomie <input type="checkbox"/> končetinová protéza:</p>	<p><b>ALERGIE (červeně)</b></p>																					
<p><b>1. POHYBLIVOST, SOBĚSTAČNOST</b></p> <p><b>Barthelův test všedních činností</b></p> <p>0-40 bodů výsoco závislý 45-60 závislost středního stupně 65-95 lehká závislost 100 nezávislý</p>  <p><b>Kategorie:</b> viz. škála na druhé straně formuláře</p> <p>Pády v anamnéze v posl. 6 měsících: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>	<p><b>8. SPÁNEK</b></p> <p>cítí se odpočívající po spánku: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne problémy: <input type="checkbox"/> nemůže usnout <input type="checkbox"/> často se v noci budí <input type="checkbox"/> brzy vzhůru; kdy:</p>	<p><b>9. VÍRA / ETNIKUM</b></p> <p>víra (příkládá-li jí pac. význam): etnikum: <input type="checkbox"/> Vietnamci <input type="checkbox"/> Ukrajinci jiné:</p>																				
<p><b>2. KOGNITIVNÍ FUNKCE, KOMUNIKACE</b></p> <p><b>vědomí:</b> <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zhoršené <b>orientace:</b> <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> zmatená <b>kommunikace:</b> <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> zhoršená <b>kontakt:</b> <input type="checkbox"/> odezírá <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> aťatický slovník</p>	<p><b>10. SOCIÁLNÍ PODMINKY</b></p> <p>bydli doma sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne s kým: kdo se bude o ni/něho starat po propuštění:</p>	<p><b>11. PLÁNOVANÉ PROPŮSTĚNÍ</b></p> <p>předpokládá se edukace <input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny v: <input type="checkbox"/> aplikaci inzulinu <input type="checkbox"/> péči o stomii <input type="checkbox"/> nácviku soběstačnosti <input type="checkbox"/> ošetrování / RHC <input type="checkbox"/> jiné:</p>																				
<p><b>3. VÝŽIVA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BMI</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ztráta hmotnosti za posled. 3 měs.</td> <td>&gt; 20</td> <td>10 - 20</td> <td>&lt; 10</td> </tr> <tr> <td>Příjem jídla za posled. měsíc</td> <td>&lt; 3 kg</td> <td>3 kg</td> <td>&gt; 3 kg</td> </tr> <tr> <td>Stres faktor</td> <td>-</td> <td>horečka, bolest břicha, mechtušenství</td> <td>&lt; 1/2 porce</td> </tr> <tr> <td>Celkem *</td> <td colspan="3">Dle míry omezení:</td> </tr> </table> <p>* 0 - 2 = bez intervence, 3 - 4 = konziliium nutričního terapeuta, &gt; 4 = konziliium lékaře, nutričního specialisty</p>	BMI	0	1	2	Ztráta hmotnosti za posled. 3 měs.	> 20	10 - 20	< 10	Příjem jídla za posled. měsíc	< 3 kg	3 kg	> 3 kg	Stres faktor	-	horečka, bolest břicha, mechtušenství	< 1/2 porce	Celkem *	Dle míry omezení:			<p><b>7. BOLEST</b></p> <p><input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>minimální nepříjemná intenzivní krutá nesnesitelná</p> <p>používá úlevovou polohu: používá zmírňující prostředky:</p>	<p><b>CENNOSTI, PRAVA PACIENTŮ</b></p> <p>uloženy v trezoru FN <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (viz. doklad) Šaty uloženy v centrální šatně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <b>Pacient / klient byl informován, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá.</b> <b>Pacient / klient byl seznámen s Právy pacientů.</b></p> <p>podpis pacienta: _____ datum: _____ informace podala sestra: _____ anamnézu odebrala sestra: _____ hod.: _____</p>
BMI	0	1	2																			
Ztráta hmotnosti za posled. 3 měs.	> 20	10 - 20	< 10																			
Příjem jídla za posled. měsíc	< 3 kg	3 kg	> 3 kg																			
Stres faktor	-	horečka, bolest břicha, mechtušenství	< 1/2 porce																			
Celkem *	Dle míry omezení:																					

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

## Příloha 2 Vizuální analogová škála bolesti

### Hodnocení podle vizuální analogové škály

Obr. A:

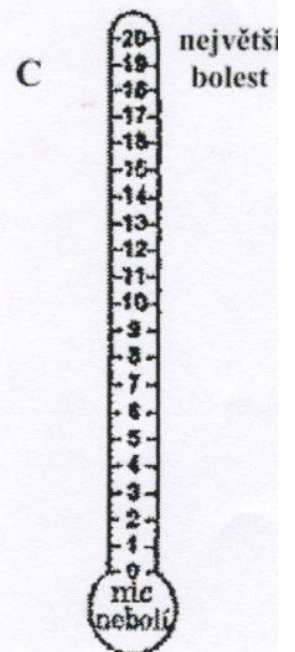
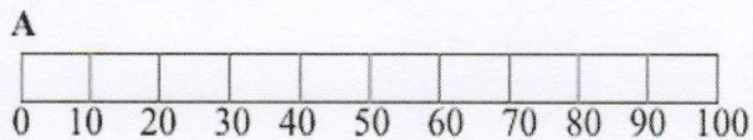
- 0 - žádná bolest
- 100 - nesnesitelná bolest

Obr. B:

- 0 - žádná bolest
- 5 - nesnesitelná bolest

Obr. C:

- 0 - žádná bolest
- 20 - nesnesitelná bolest



Zdroj: OPAVSKÝ, J. *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi*. Bolest, 1998, s. 64-67.

### Příloha 3 Barthelův test běžných denních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

<b>0 - 40</b>	vysoce závislý
<b>45 - 60</b>	závislost středního stupně
<b>65 - 95</b>	lehká závislost
<b>100 bodů</b>	nezávislý

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

## Příloha 4 Glasgow Coma Scale


<b>Otevírání očí</b>	
4	spontánní
3	na výzvu
2	na alogický podnět
1	neotevívá
<b>Motorické projevy</b>	
6	uposlechnutí příkazů
5	lokalizace bolesti
4	uhýbání od algického podnětu
3	dekortikační (flekční) rigidita
2	decerebrační (extenční) rigidita
1	žádná reakce
<b>Verbální reakce</b>	
5	pacient orientovaný a konverzuje
4	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje
3	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace
2	nesrozumitelné zvuky, mumláni, žádná slova
1	žádné verbální projevy

### Vyhodnocení:

<b>GCS</b>	<b>Kóma</b>
8 a méně	těžké kóma
9-12	střední
13 a více	lehké

Zdroj: [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/glasgow coma scale hodnoceni bezvedomi a jeho hloubky//.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/glasgow%20coma%20scale%20hodnoceni%20bezvedomi%20a%20jeho%20hloubky//.html)

## Příloha 5 Sesterská překladová/propouštěcí zpráva

 **FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ** ident. štítek

**SESTERSKÁ PŘEKLADOVÁ / PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA**

z kliniky, odd./stanice: \_\_\_\_\_

V případě akutního překladu rodina informována  ano  ne kontakt na příbuzné / poznámka:  
Přetrvávající problémy pacienta:

**Alergie:**

**Terapeutické / kompenzační pomůcky:**

katétry/kanyly:  periferní žilní  sondy/stomie:  NG  pomůcky:  kardiostimulátor  inz. pero  
dat. zavedení  centrální žilní  NJ  hůl/berle  vozík  
 arteriální  gastrostomie  zubní protéza  horní  dolní  
 močový katétr  nefrostomie  brýle  kont. čočky  
dat. posl. katetrizace: \_\_\_\_\_  kolostomie  sluch. aparát  
 tracheostomická kanyla  končetinová protéza:

drenáž:

**1. Pohyblivost, soběstačnost**

**pohyblivost**  
chodí:  sám  s pomocí  přesune se z lůžka na židli  
 sedí  leží  v chodítku

**soběstačnost - potřebuje pomoc**  
při mytí:  ne  částečně  úplně  jen dohled  
při svlékání/oblékání:  ne  částečně  úplně

při přijímání stravy a tekutin:  ne  částečně  
 úplně  jen dohled

**2. Kognitivní funkce, komunikace**

vědomí:  norm.  zhoršené  
orientace:  norm.  zmatený  
komunikace:  bez problémů  zhoršená  
zrak:  norm.  zhoršený  slepý  
sluch:  norm.  zhoršený  hluchý

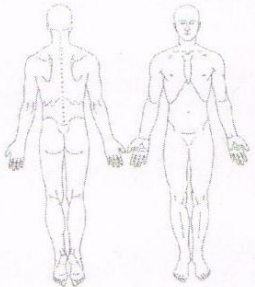
**3. Výživa**  
dieta:  
vypité množství tekutin za posl. 24hod.:

**4. Vylučování**  
 norm. dat. posl. stolice:

**Upozornění:**  
(zde zaznamenávejte např. poslední medikace, kontakt na sociální sestru apod.)

**5. Stav kůže**  
 norm.  dekubitus  odřenina  hematom  
 běrcový vřed  vyrážka-místo:

charakt. rány:  
převaz rány:  
dat. posl. převazu:



**6. Edukace**  pacienta  rodiny v:  
 užívání léků  aplikaci inzulínu  v péči o stomii  
 převazu rány  náviku soběstačnosti  
 dietní režim  ošetřování/RHC  
 jiné:

**Cennosti:** uloženy v pokladně FN  ano  ne

**Identifikační náramek / lokalizace:**

Předala sestra:  
(čitelně)

Datum: Převzala sestra:  
(čitelně)

PRACANT 069/2007 FN 0183/01

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



## Příloha 6 Rozšířená stupnice podle Nortonové


Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

*Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.*

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd.

Brno, 2008. ISBN 80-7013-324-4.

# Příloha 7 Plán péče o rány/dekubitus



**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 69 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669866 tel.: 377 401 111, 377 103 111

štítek

List č.:

## PLÁN PREVENCE / PÉČE O DEKUBITU A JINÉ RÁNY

**Zkratky:**

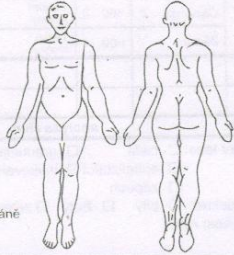
LB levý bok    ATD antidekubitní  
PB pravý bok    BE Betadin  
Z záda    BV borová voda  
L sed na lůžku    PE Persteril  
K sed v křesle    SK sterilní krytí  
S stoj  
CH chůze  
B břicho

**Místo vzniku dekubitu**

mateřské oddělení    Stupeň a pořadové číslo zakreslit  
 jiné oddělení FN Plzeň    na příslušné místo  
 mimo FN Plzeň    červeně

**Riziko vývoje dekubitů:**

25 - 24 nízké    I. nereverzibilní začervenání  
 23 - 19 střední    II. porušená kůže - epidermis,  
 18 - 14 vysoké    III. dermis nebo obojí  
 13 a ↓ velmi vysoké    IV. (puchýř nebo měkký důlek)  
hluboké poškození podkoží,  
nekróza  
poškození fascie, svalu, nekróza tkáně



Číslo základní dg.: \_\_\_\_\_ Datum zavedení: \_\_\_\_\_

Modifikovaná stupnice rizika dle Nortonové																				
NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ																				
	Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence											
Datum	Plná	4	<10	4	Intaktní	4	Žádná	4	Dobry	4	Jasně vědomí	4	Chodící bez pomoci	4	Plná	4	Zádná	4		
	Malá	3	<30	3	Lehké změny	3	Lehká forma	3	Obstojny	3	Apatie	3	Chodící s pomoci	3	Částečně omezená	3	Občasná	3		
	Částečná	2	<60	2	Střední změny	2	Střední forma	2	Spatny	2	Zmateny	2	Závislý na invalid. vozíku	2	Velmi omezená	2	Převážně moč	2		
	Žádná	1	>60	1	Těžké změny	1	Těžká forma	1	Velmi špatný	1	Stupor až bezvědomí	1	Ležící	1	Zcela omezená	1	Moč i stolice	1		
																				Součet

**PROBLÉM**

Porušená integrita kůže  aktuálně  potencionálně

analýza rány:  čistá  granulující  epitelizující  infikovaná  zápach  sekret:  bílý  žlutý  zelený velikost rány: \_\_\_\_\_  bolest: \_\_\_\_\_

1 mírná 2 nepřijemná 3 intenzivní 4 krutá 5 nesnesitelná

rána ošetřena (čím): \_\_\_\_\_

edukace:  v léčbě  v prevenci

další převaz (kdy): \_\_\_\_\_ podpis sestry: \_\_\_\_\_

**CÍL**

zhojení rány  prevence vzniku rány  ↑ pohyblivost

dat.:	frekv.	polohování	podpis
stav léze:	hodina		Ranní směna
	poloha		
rána ošetřena (čím):	hodina		Odpolední směna
	poloha		
další převaz (kdy):	hodina		Noční směna
	poloha		
stav léze:	hodina		Ranní směna
	poloha		
rána ošetřena (čím):	hodina		Odpolední směna
	poloha		
další převaz (kdy):	hodina		Noční směna
	poloha		

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

## Příloha 8 Hodnocení rizika pádu

<b>Pohyb</b>	<b>0</b>	neomezený
	<b>2</b>	používá pomůcky
	<b>1</b>	potřebuje pomoc k pohybu
	<b>1</b>	neschopen přesunu
<b>Vyprazdňování</b>	<b>0</b>	nevyžaduje pomoc
	<b>1</b>	nykturie / inkontinence
	<b>1</b>	vyžaduje pomoc
<b>Medikace</b>	<b>0</b>	- neužívá rizikové léky
	<b>1</b>	Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
<b>Smyslové poruchy</b>	<b>0</b>	žádné
	<b>1</b>	vizuální, smyslový deficit
<b>Mentální status</b>	<b>0</b>	orientován
	<b>1</b>	občasná noční dezorientace
	<b>1</b>	dřívější dezorientace / demence
<b>Věk</b>	<b>0</b>	18 až 75 let
	<b>1</b>	nad 75 let
<b>Pád v anamnéze</b>	<b>1</b>	ano

### Vyhodnocení:


skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: [http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko\\_padu.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php)

## Příloha 9 Bilance tekutin

**BILANČNÍ LIST TEKUTIN - 4 hodinová bilance**

Pacient: ..... Datum: .....


**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**  
 Hematologicko-onkologické oddělení  
 Transplantační jechyně

ČAS	PŘÍJEM						VÝDEJ					BILANCE
	PV	R/G	Ostatní infuze	Ostatní	Per os ž. sonda	Celkový příjem	Moč	Stolice	Zvracení	Ostatní	Celkový výdej	
7 <sup>00</sup> - 11 <sup>00</sup>												
11 <sup>00</sup> - 15 <sup>00</sup>												
15 <sup>00</sup> - 19 <sup>00</sup>												
7 <sup>00</sup> - 19 <sup>00</sup>												
19 <sup>00</sup> - 23 <sup>00</sup>												
23 <sup>00</sup> - 3 <sup>00</sup>												
3 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>												
19 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>												
7 <sup>00</sup> - 7 <sup>00</sup>												

VIACANI 342/2002

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

## **Příloha 10 Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Marie Štadlerová a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni. Sbíráám informace pro svou bakalářskou práci na téma: Orientace studentů oboru Všeobecná sestra ve zdravotnické dokumentaci na standardním oddělení. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat o spolupráci vyplněním krátkého dotazníku souvisejícího s tímto tématem. Dotazník je naprosto anonymní a dobrovolný. Vyplnění Vám zabere cca 5 minut a velmi mi tím pomůžete. Jedná se o otázky s možností, kde zaškrtnete jednu nebo více odpovědí dle zadání nebo odpověď doplníte krátkými větami. Předem děkuji za Váš čas strávený vyplňováním dotazníku.

Marie Štadlerová

1. Pohlaví:
  - Žena
  - Muž
2. Věk:
  - 20 - 25 let
  - 25 - 35 let
  - 35 - 45 let
  - 45 let a výše
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
  - Střední
  - Vyšší odborné
  - Vysokoškolské
4. Jaká je forma Vašeho nynějšího studia:
  - Prezenční
  - Kombinovaná
5. Pokud studujete kombinovanou formu studia, jaká je délka Vaší odborné praxe:
  - 3 – 10 let
  - 10 – 20 let
  - 20 – 30 let
  - 30 let a výše

6. Uveďte číslo zákona, který definuje povinnost vést zdravotnickou dokumentaci ve všech zdravotnických zařízeních:
- č. 96/2002 Sb.
  - č. 260/2001Sb.
  - č. 20/1966 Sb.
7. Uveďte vyhlášku, která pojednává o zdravotnické dokumentaci:
- č. 98/2012 Sb.
  - č. 92/2012 Sb.
  - č. 90/2012 Sb.
8. Vypište základní identifikační údaje o klientovi, které musí obsahovat zdravotnická dokumentace (4):
9. O čem pojednává zákon č.373/2011 Sb.:
- O nelékařských zdravotnických pracovnících
  - O zdravotnické dokumentaci
  - O specifických zdravotnických službách
10. Napište název dokumentu, ve kterém klient odmítá poskytovanou zdravotní péči:
11. Znáte ošetřovatelský plán:
- Ano
  - Ne
  - Nevím
12. Z jakých kroků se skládá ošetřovatelský plán (5):
13. Jaká klasifikace se používá při sestavování ošetřovatelských diagnóz:
14. Jaké druhy cílů máme při plánování ošetřovatelského procesu (2):
15. Vypište škály, kterými můžeme posoudit sebepéči a soběstačnost klienta (2):

16. Pomocí jaké hodnotící škály můžeme určit úroveň vědomí:

17. Pomocí jaké hodnotící škály můžeme posoudit riziko vzniku dekubitů:

18. Co obsahuje a zahrnuje sesterská překládová/propouštěcí zpráva (možno označit více odpovědí):

- Shrnutí oše. anamnézy
- Aktuální údaje o poskytnuté zdravotní péči a zdravotním stavu klienta
- Soupis věcí a cenností klienta
- Podpis, datum a jmenovku sestry, která klienta překládá/propouští
- Zavedené invazivní vstupy (PMK, PŽK, NGS, ETC), spolu s datem jejich zavedení, místem a popřípadě číslem katétru

19. U jakých výkonů vyžaduje zákon od klienta písemný informovaný souhlas (možno označit více odpovědí):

- Hospitalizace, transplantace, asistovaná reprodukce, sterilizace
- Terapeutická kastrace, změna pohlaví transsexuálních klientů
- Psychochirurgické výkony, genetické vyšetření
- Odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví a jejími složkami a ověřování nových postupů, které dosud nebyly v klinické praxi na živém člověku zavedeny

20. Jaká je skartační lhůta zdravotnické dokumentace v lůžkové péči:

- 40 let od poslední hospitalizace klienta nebo 10 let od úmrtí klienta
- 15 let od poslední hospitalizace klienta nebo 20 let od úmrtí klienta
- 5 let od poslední hospitalizace klienta nebo 15 let od úmrtí klienta

21. Kdo může nahlížet v plném rozsahu, v rámci svých kompetencí pro plnění konkrétních úkolů do zdravotnické dokumentace (možno označit více odpovědí):

- Lékaři, všeobecné zdravotní sestry, lékárníci a ostatní zdravotničtí pracovníci
- Pověření členové dané komory při vyšetřování případů, které podléhají disciplinární pravomoci dané komory
- Revizní lékaři zdravotních pojišťoven, soudní znalci
- Lékaři správních úřadů ve zdravotnictví a lékaři pověřeni krajem
- Členové znaleckých komisí, pověřeni pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví a lékaři orgánů sociálního zabezpečení

Zdroj: Vlastní