

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Monika Pitthardová**

**Dokumentování ošetřovatelské péče  
na standardním oddělení interního typu**

*Keeping records about nursing care  
at medical department*

*Bakalářská práce*

Praha, 2018

Autor práce: Monika Pitthardová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 15. 6. 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 11. května 2018

Monika Pitthardová

## **Poděkování**

Za odborné vedení práce, za praktické rady a připomínky děkuji paní PhDr. Marii Zvoníčkové. Zároveň děkuji za trpělivost a pomoc rodině a přátelům.

## **Abstrakt**

Práce je zaměřena na charakteristiky, účel a zásady vedení zdravotnické dokumentace. V teoretické části jsou popsány dílčí činnosti vedení záznamů ošetrovatelského procesu v praxi.

Praktická část je rozdělena na dvě kapitoly. Obsahem první části je shromáždění informací o způsobu vedení dokumentace od roku 1976 do roku 2010. Druhá část se věnuje kvalitativnímu šetření formou etnografického výzkumu. Pro sbírání dat byla zvolena metoda přímého pozorování sester na oddělení neurologie v oblastní nemocnici. Pozornost byla zaměřena na měření časové náročnosti při vedení administrativních úkonů.

Cílem práce bylo zjistit časovou náročnost při vedení dokumentace v jednotlivých činnostech, tedy jaká část pracovní doby je věnována vedení administrativy. Zjištěné údaje mohou přispět k dalšímu vývoji zdravotnické dokumentace.

## **Klíčová slova**

Činnost všeobecné sestry, administrativa ve zdravotnictví, ošetrovatelská dokumentace.

## **Abstract**

The thesis is focused on the characteristics, purpose and principles of medical documentation. The theoretical part describes the partial activities of keeping records of the nursing process in practice.

The practical part is divided into two chapters. The content of the first part is collection of informations about possibilities of keeping the documentation from 1976 to 2010. The second part deals with qualitative research in the form of ethnographic research. For the collection of data, was chosen the method of direct observation of the nurses from the department of neurology at the regional hospital. The attention was focused on measuring the time consuming of administrative tasks.

The aim of the thesis was to find out the time-consuming task of keeping the documentation in the individual activities, what part of the working time is devoted to the administration. The data found may contribute to further development of medical documentation.

## **Keywords**

General nurse activity, health administration, nursing documentation.

## Obsah

### ÚVOD 1

I. TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE .....	4
1.1 ÚČEL ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE.....	5
1.2 SOUČÁSTI ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE.....	6
1.3 PŘÍLOHY DOPLŇUJÍCÍ ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACI .....	8
1.4 ZÁSADY VEDENÍ DOKUMENTACE NA OŠETŘOVACÍ JEDNOTCE STANDARDNÍHO TYPU .....	9
1.5 POVINNÁ MLČENLIVOST.....	11
2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE .....	12
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	12
2.2 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	14
2.3 REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	14
2.3.1 <i>Hodnocení ošetrovatelské péče</i> .....	15
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	18
3 METODIKA VÝZKUMU .....	19
3.1 CÍLE PRÁCE.....	19
3.2 DESIGN ŠETŘENÍ .....	19
3.3 SBĚR DAT.....	20
4 ANALÝZA DAT .....	21
4.1 POPIS A ANALÝZA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE Z CENTRÁLNÍ SPISOVNY .....	21
4.1.1 <i>Zdravotnická dokumentace z roku 1976</i> .....	22
4.1.2 <i>Zdravotnická dokumentace z roku 1983</i> .....	22
4.1.3 <i>Zdravotnická dokumentace z roku 1996</i> .....	24
4.1.4 <i>Zdravotnická dokumentace z roku 2001</i> .....	25
4.1.5 <i>Zdravotnická dokumentace v roce 2005</i> .....	26
4.1.6 <i>Zdravotnická dokumentace z roku 2010</i> .....	27
4.2 SHRNU TÍ .....	28
5 ANALÝZA DAT – POZOROVÁNÍ .....	30
5.1 PŘÍJEM .....	30
5.2 PROPUŠTĚNÍ.....	32
5.3 PŘEK LAD .....	33
5.4 MONITOROVÁNÍ STAVU PACIENTA.....	34
5.5 ZÁZNAMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, REALIZACE A HODNOCENÍ.....	35

5.5.1	<i>Realizace ošetrovatelského plánu</i> .....	35
5.5.2	<i>Hodnocení ošetrovatelské péče</i> .....	36
5.6	ODŠKRTÁVÁNÍ LÉKŮ V LÉKOVÉ KARTĚ.....	37
5.7	OZNAČENÍ LÉKŮ A JINÝCH ORDINACÍ.....	38
5.8	ZÁZNAM O PŘEVAZECH.....	39
5.9	KONTROLA CHOROBOPISŮ .....	40
5.10	PŘÍPRAVA ŽÁDANEK NA ODBĚRY .....	41
5.11	DOPLŇOVÁNÍ ŽÁDANEK NA ODBĚRY.....	42
5.12	PŘÍKAZ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU (ŽÁDANKA K TRANSPORTU).....	43
5.13	ZÁZNAMY O REHABILITACI.....	44
5.14	ZÁPIS DO ZÁZNAMU O SPOTŘEBĚ NÁVYKOVÝCH LÁTEK VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH 45	
5.15	ZÁPIS DO TECHNICKÉHO HLÁŠENÍ .....	45
5.16	SOUHRN ČINNOSTÍ .....	46
6	DISKUZE .....	48
7	ZÁVĚR .....	53
8	SOUHRN .....	56
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	57
10	SEZNAM ZKRATEK.....	59
11	SEZNAM TABULEK.....	61
12	SEZNAM PŘÍLOH.....	62
13	PŘÍLOHY .....	63
	PŘÍLOHA IA – LÉKOVÁ KARTA.....	63
	PŘÍLOHA IB – LÉKOVÁ KARTA, ZADNÍ STRANA.....	64
	PŘÍLOHA II – NUTRIČNÍ LIST PACIENTA.....	65
	PŘÍLOHA IIIA – OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	66
	PŘÍLOHA IIIB – PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	67
	PŘÍLOHA IIIC – REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU .....	68
	PŘÍLOHA IIID – OŠETŘOVATELSKÁ RIZIKA .....	69
	PŘÍLOHA IV – EDUKACE .....	70
	PŘÍLOHA V – ZÁZNAM O PŘEVAZECH .....	71
	PŘÍLOHA VI – ŽÁDOST O SOUHLAS SE SBĚREM DAT .....	72

## Úvod

Ošetrovatelství je obor, který je založen na profesionalitě, vzdělání a dobré praxi nelékařských zdravotnických pracovníků. Dobrá praxe vychází z koncepce ošetrovatelské péče, která klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu a vyžaduje péči formou ošetrovatelského procesu, který je nutno dokumentovat.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí komplexní zdravotnické dokumentace a povinnost jejího vedení je stanovena vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Ve své praxi se u sester setkávám nejčastěji s neutrálním či spíše negativním postojem k vedení ošetrovatelské dokumentace. Sestry uvádí, že jim ubírá čas na přímou ošetrovatelskou péči u pacienta. Nicméně pokud vznikne problém v souvislosti s poskytováním péče (příkladem mohou být stížnosti rodiny, pacienta, pochybení personálu aj.), bývá mnohdy náležitě vedená dokumentace důkazem správně poskytnuté péče. Ošetrovatelská dokumentace je tedy průkaznou metodou rozsahu a kvality ošetrovatelské péče, poskytuje přehledné informace o pacientovi a umožňuje kontrolu a vedení při dalším zlepšování. Ačkoli není pochyb o její účelnosti, je vedení ošetrovatelské dokumentace diskutovaným tématem z hlediska administrativní zátěže pro zdravotnický personál, která je jednou z hlavních příčin nespokojenosti zaměstnanců ve zdravotnictví při poskytování ošetrovatelské péče.

Hlavním záměrem této práce bylo zmapovat administrativní náročnost, a to jak z hlediska jejího rozsahu, tak zmiňované časové náročnosti. Teoretická část práce popisuje obecnou problematiku zdravotnické dokumentace – účel, součásti dokumentace a zásady vedení. Dále se zabývá specifickými rysy dokumentace ošetrovatelské, a to zejména dokumentace, která souvisí s ošetrovatelským procesem.

Úvodem praktické části je historická sonda do zdravotnické dokumentace se zaměřením na zápisy sester a konkrétní způsob vedení ošetrovatelských záznamů v časovém období od roku 1976 do roku 2010. Stěžejní část praktické

části je zaměřena na formu přímého pozorování a na vlastní časovou náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace.

Práce by měla poskytnout reálnou představu o administrativní vytíženosti sester a mohla by být jedním z pilířů diskusí a návrhů nad administrativní zátěží zdravotníků.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická zařízení musí vést zdravotnickou dokumentaci, protože podléhají zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ze dne 6. listopadu 2011, kde se uvádí: „*Poskytovatel je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů.*“<sup>1</sup> Navazující legislativou, která zdravotníkům ukládá vést dokumentaci, je vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ze dne 22. března 2012.

Zdravotnická dokumentace je uspořádaně vedený soubor údajů a obrazových materiálů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a skutečnostem souvisejícím s poskytováním zdravotní péče. Základními znaky zdravotnické dokumentace jsou průkaznost, pravdivost, čitelnost, srozumitelnost, přesnost, přehlednost, úplnost.<sup>2</sup>

Do zdravotnické dokumentace mají právo zapisovat lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, porodní asistentky, dětské sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci, ergoterapeuti. Ošetřovatelé a sanitáři mohou zapisovat do pomocných formulářů (např. záznam o sledování denní konzumace jídla a pití).

Zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační údaje pacienta, kterými jsou jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, rodné číslo nebo číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, není-li číslem rodné číslo pacienta a adresa trvalého pobytu. Dále se uvádí pohlaví, informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb. Součástí dokumentace jsou i významné okolnosti související se zdravotním stavem

---

<sup>1</sup> §53, Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>2</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 30. ISBN 978-80-247-2358-7.

pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb. Zaznamenávají se údaje zjištěné z rodinné, osobní, pracovní a ze sociální anamnézy pacienta.<sup>3</sup>

Zdravotnická dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou těchto podob. Zápisy se provádějí bez zbytečného odkladu a dokumentace musí být průběžně doplňována.

Každý zápis do zdravotnické dokumentace vedené v listinné podobě musí být opatřen: uvedením data jeho provedení, podpisem zdravotnického pracovníka nebo odborného pracovníka, který zápis provedl, otisk razítka a jmenovky nebo čitelný přepis jeho jména.<sup>4</sup>

*„Na každém listu vloženém do zdravotnické dokumentace se uvádí jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo pacienta přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele. Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.“<sup>5</sup>*

## 1.1 Účel zdravotnické dokumentace

Hlavním účelem vedení zdravotnické dokumentace je zajištění kontinuity plánované péče, která slouží ke snadnější komunikaci a výměně informací mezi zdravotníky téhož nebo jiného zdravotnického zařízení. Dalším cílem zaznamenávání informací do zdravotnické dokumentace je důvod forenzní. Záznamy mohou být k dispozici při soudních řízeních ve věcech trestních nebo občanskoprávních. Na základě relevantních zápisů můžeme dokazovat postup při léčbě a ošetrovatelské péči.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> § 53, část 2 Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>4</sup> § 53, část 3 Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>5</sup> § 3, Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-01-15]. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

<sup>6</sup> BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005, s. 30–31. ISBN: 80-7201-544-3.

Pro posouzení kvality poskytovaných služeb se provádí kontrola zdravotnické dokumentace. Záměrem je zjistit dodržování bezpečnostních a ochranných předpisů a využití prostředků z veřejného zdravotního pojištění, např. léková preskripce nebo odůvodněnost indikovaných zdravotních výkonů.<sup>7</sup>

## 1.2 Součástí zdravotnické dokumentace

Součástí zdravotnické dokumentace hospitalizovaného pacienta je lékařská dokumentace, ošetrovatelská dokumentace a záznamy ostatních nelékařských pracovníků (např. ergoterapeutů, logopedů, nutričních terapeutů a dalších). Všechny složky tvoří celek zdravotnické dokumentace, který je dokladem poskytnuté péče u pacienta.

Obsahem zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních nebo digitálních, operační protokolů a anesteziologický záznam. Dále zdravotnická dokumentace zahrnuje písemné informace o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčby nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb. Součástí jsou rovněž záznamy o vyšetřovacích, léčebných výkonech, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta. Neposlední důležitou částí jsou záznamy o výskytu neočekávaných nežádoucích příhod v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.<sup>8</sup>

### Formuláře, které jsou součástí zdravotnické dokumentace:

- **Příjmová zpráva** obsahuje anamnézu, nynější onemocnění, fyzikální vyšetření, hlavní a vedlejší diagnózy, lékařské resumé.
- **Dekurz** slouží pro popis zjištěných a získaných informací o pacientovi. Lékař do dekurzu zapisuje objektivní i subjektivní informace, léčebné postupy

---

<sup>7</sup> BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005, s. 30–31. ISBN: 80-7201-544-3.

<sup>8</sup> § 2 Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-01-15]. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

a plán péče. Sestra z dekurzu zjišťuje informace o pacientovi nebo do dekurzu zapisuje kritické hodnoty, které jsou hlášeny z laboratoře. Kritická hodnota je zapsána červenou barvou s časem hlášení a jménem předávající osoby. Sestra příjem hodnoty podepíše, předá informaci lékaři, který stvrdí převzetí záznamu podpisem a jmenovkou.

- **Léková karta** slouží k rozpisu medikační terapie pro podávání léků ústy, včetně injekční formy léků či infuzní terapie. Lékař ordinace stvrdí podpisem a jmenovkou. Sestra odškrtnává podanou medikaci modrou barvou. Pokud lék nepodá, ordinaci zakroužkuje, podá informaci lékaři a do ošetrovatelské dokumentace zaznamená, z jakého důvodu nebyla medikace podána. Podaná medikace je stvrzena jmenovkou a podpisem sestry.
- **Poskytování zdravotních služeb se souhlasem pacienta (souhlas s hospitalizací)** zajišťuje, aby byly pacientovi srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu podány informace o jeho zdravotním stavu, o navrženém individuálním léčebném postupu, jeho vývoji, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb. Informace o zdravotním stavu je podána při přijetí do péče a podává ji ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb.

Pokud pacientovi byla podána informace a odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (i přes vysvětlení důsledků poškození zdraví), učiní o tom zdravotnický pracovník písemné prohlášení (revers).

Jestliže zdravotní stav pacienta nedovoluje vyjádření souhlasu nebo vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace. Uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil (např. kývnutím hlavy). Zapiše zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem a záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek. V případě, že pacient nemůže z důvodu závažného zdravotního stavu vyjádřit svůj souhlas s hospitalizací, provedou se kroky k zahájení detenčního řízení. Ošetřující

lékař vyplní formulář k detenčnímu řízení, který se následně odesílá na Okresní soud.<sup>9</sup>

- **Rozhodnutí pacienta o zacházení s informacemi o jeho zdravotním stavu (záznam o souhlasu s poskytováním informací)** umožňuje pacientovi se rozhodnout, zda chce nebo nechce znát informace o svém zdravotním stavu. Pacient se může vzdát práva na podání informací, popřípadě může určit, které osobě má být informace podána.

Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu. Současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené, pořizovat výpisy nebo kopie ze zdravotnické dokumentace. Určené osoby budou mít právo rozhodnout o poskytnutí zdravotních služeb v době, kdy pacientův zdravotní stav nedovolí vyjádřit se k rozhodnutí o navrhované léčbě.

- **Nutriční list pacienta** je zakládán při příjmu. Obsahem nutričního listu jsou dotazy související s příjmem potravy. Zhodnocení nutričního screeningu pacienta je provedeno sestrou. Pokud je daný pacient podle skórovací stupnice v riziku, lékař vystaví požadavek a pacienta navštíví nutriční terapeut. Nutriční terapeut dokumentuje plán a cíl nutriční péče včetně návrhu nutriční léčby.
- **Propouštěcí zpráva** se vyhotovuje při propuštění pacienta do domácího léčení nebo při překladi pacienta do jiného zdravotnického zařízení.

### 1.3 Přílohy doplňující zdravotnickou dokumentaci

- **Záznam rehabilitační péče** je plán rehabilitační péče vystavený na základě požadavků lékaře. Během všedních dnů do záznamu zapisuje fyzioterapeut a záznam stvrdí svým podpisem. O víkendech a svátcích provádí rehabilitaci v omezeném rozsahu sestry a sanitáři, kteří se řídí doporučením

---

<sup>9</sup> § 31, § 32, § 33, § 34 zákona č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

fyzioterapeuta. Po provedení rehabilitace s pacientem sestra realizaci zaznamená do formuláře a stvrdí podpisem.

- **Záznam logopeda** je veden logopedickým pracovníkem. Logoped na základě žádosti lékaře provádí vstupní vyšetření. Do záznamu zapisuje kontrolní vyšetření, používané techniky, zhodnocení stavu pacienta, spolupráci a doporučení pro personál.
- **Záznam vitálních funkcí** se zakládá na pokyn lékaře. Personál sleduje stav vědomí pacienta a základní životní funkce (krevní tlak, puls, saturace kyslíku a tělesnou teplotu). Zdravotnický pracovník sleduje změny stavu pacienta, ke kterým by mohlo dojít v průběhu hospitalizace. Zjištěné údaje se zapisují v časových intervalech dle ordinace lékaře.

#### **1.4 Zásady vedení dokumentace na ošetrovací jednotce standardního typu**

Zdravotnická dokumentace se zakládá při příjmu pacienta na oddělení. Pacient je zadán do informačního systému. Zdravotnický pracovník rozdělí formuláře k vyplnění pro lékaře a sestry a označí je štítky s identifikačními údaji pacienta. Při poskytování akutní lůžkové péče se zápis o aktuálním stavu pacienta provádí nejméně jednou denně. Všechny zápisy obsahují datum provedení. Pod každým zápisem musí být identifikace a podpis osoby, která zápis provedla. Zápisy jsou prováděny modrou barvou, červené jsou stanovené pro rizikové procesy (např. alergie, zápis o podání opiátů). Záznamy ve zdravotnické dokumentaci jsou kontinuálně vedeny tak, aby po propuštění pacienta bylo z dokumentace patrné, jak probíhala léčebná a ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-01-15]. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

## **Přehled základních podmínek při vedení zdravotnické dokumentace:**

- **Pravdivostí záznamů** se rozumí, že nedochází ke zkreslování časových údajů o příchodu a odchodu pacienta, podaných lécích, záznamů fyziologických funkcí, změnách stavu pacienta, hlášení nežádoucích událostí.
- **Nečitelnost záznamů** může způsobit řadu nepříjemností a může vést k profesnímu pochybení. Například při špatném rukopisu či přepisování je špatně čitelná ordinace při podávání léků. Při čitelném zápisu je péče efektivnější a komplexní.
- **Škrtnání záznamu**, opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem. Původní zápis lze přeškrtnout, ale jen jednou čarou, aby předešlý záznam zůstal čitelný. Opravený záznam doplníme o podpis a jmenovku.
- **Věcnost záznamů** je důležitá pro kontinuitu péče. Lékaři zapisují objektivní i subjektivní informace do dekurzu. Někdy mohou mít i narativní charakter. Sestry zapisují daný problém, např. ošetřování rány, kdy v dokumentaci je popsán charakter poškození kůže, velikost, sekret, zápach a způsob ošetření.
- **Doplňování** zápisů ve zdravotnické dokumentaci se kontinuálně provádí po dobu hospitalizace. Nepřípustné je zpětné doplňování záznamů.
- **Zkratky** ve zdravotnické dokumentaci se nesmí používat v diagnostických souhrnech, v ambulantní a závěrečné zprávě a v ordinacích léků. Výjimky používání daných zkratk jsou v seznamu, uloženém v elektronické podobě.
- **Autorizace záznamů** znamená, že každý záznam musí mít podpis a jmenovku. V případě chybějící jmenovky může být jméno napsáno hůlkovým písmem.
- **Užívání razítek** je součástí při poskytování zdravotních služeb. Využívá se při vystavování žádanek, při předávání ambulantních, překladových nebo propouštěcích zpráv a dalších potřebných dokumentů vystavených ve zdravotnickém zařízení. Všechna razítka jsou evidována.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace: Návod pro praxi*. Praha, Grada, 2008, s. 15–19. ISBN 978-80-247-2763-9.

## 1.5 Povinná mlčenlivost

„Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“<sup>12</sup>

Primárním účelem povinné mlčenlivosti je posílení vzájemné důvěry mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Především s cílem ochrany před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí a ochrany lidské důstojnosti.<sup>13</sup>

Pacient se nám svěřuje a předpokládá, že sdělené skutečnosti zůstanou utajeny, nebudou sděleny dál a v žádném případě nebudou zneužity.<sup>14</sup>

Povinnou mlčenlivost ukládá zákon všem fyzickým osobám, které se podílejí na poskytování zdravotní péče. Vztahuje na všechny skutečnosti, nejen na diagnózu a léčebný postup, ale i na informace týkající se rodiny pacienta, sociální situace, náboženství či pracovního zařazení.

Za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje předávání informací nezbytných pro zajištění další péče, sdělování údajů nebo jiných skutečností v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení, občanskoprávním řízení nebo sdělování skutečností soudu.<sup>15</sup>

Porušení povinné mlčenlivosti je sankcionováno podle závažnosti následků. Porušení může být klasifikováno jako přestupek proti občanskému soužití nebo jako nedbalostní trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji dle ustanovení § 178 trestního zákona.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> § 51, Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>13</sup> UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008, s. 11. ISBN 978-80-247-2658-8.

<sup>14</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, s. 59–61. ISBN 978-80-247-3132-2.

<sup>15</sup> § 51 Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>16</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, s. 59–61. ISBN 978-80-247-3132-2.

## 2 Ošetrovatelská dokumentace

Součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném je i ošetrovatelská dokumentace. Ošetrovatelskou dokumentací se rozumí záznamy vedené všeobecnou sestrou, praktickou sestrou, dětskou sestrou, porodní asistentkou, nutriční terapeutkou, fyzioterapeutem.

Ošetrovatelská dokumentace umožňuje evidovat poskytovanou péči formou kontinuálního vedení informací o pacientovi. Poskytuje písemnou komunikaci mezi personálem, který je zapojen do péče o nemocného. Slouží k zajištění procesu ošetrovatelské péče, plánování, hodnocení poskytované péče a sledování efektivity ošetrovatelského procesu.

Formulář pro ošetrovatelský proces se skládá ze tří listů o formátu A4 vzájemně spojených. Obsahem trojlistu je posouzení potřeb pacienta, zhodnocení rizik, plán ošetrovatelské péče (ošetrovatelská diagnostika), realizace ošetrovatelského plánu, edukace/informování pacienta, hodnocení ošetrovatelské péče. Jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu jsou následovně rozepsány.

### 2.1 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza se zpracovává dle stavu pacienta, nejpozději však do 24 hodin. Od pacienta získáváme potřebné údaje k zahájení ošetrovatelské péče, posouzení ošetrovatelského problému a plánování ošetrovatelských činností. Anamnéza je zpracována pomocí rozhovoru s pacientem, popřípadě za pomoci rodinného příslušníka. Některé informace lze do anamnézy doplnit během hospitalizace. Tiskopis ošetrovatelské anamnézy je k nahlédnutí v Příloze IIIa.

Formulář obsahuje 14 okruhů, které se zaznamenávají křížkem do prázdných políček:

**1. okruh – vědomí:** sestra vybírá, zda je pacient při vědomí, orientovaný místem, časem, osobou, dezorientace, somnolence, sopor, kóma.

- 2. okruh – psychický stav:** sestra zaškrťává, zda je pacient adaptabilní, neadaptabilní, zmatený, depresivní, nervózní, uzavřený.
- 3. okruh – aktivita:** sestra dokumentuje, zda pacient chodí, chodí s doprovodem, sedí, leží, Barthel skóre, hůl/berle, končetinová protéza, jiná omezení.
- 4. okruh – komunikace:** sestra popisuje možnou komunikaci mezi pacientem a personálem, zda je bez omezení, nebo s omezením (hluchoněmý pacient, cizinec). Jaké pomůcky používá, například brýle, kontaktní čočky, sluchový aparát, nevidomý.
- 5. okruh – výživa:** sestra zjišťuje hmotnost, Body mass index (BMI), dietní omezení /dieta č./, příjem tekutin za 24 hodin, kožní turgor, změnu polykání, zvracení, soběstačnost při jídle a pití, používání zubních protéz, způsob výživy a datum zavedení nazogastriční (NGS) či nazojejunální (NJ) sondy, perkutánní gastrostomie (PEG), parenterální výživu a jiné.
- 6. okruh – vylučování:** sestra zapisuje pravidelnost a frekvenci stolice, datum poslední stolice, průjem, zácpu, užívaná projímadla, stomie, inkontinence stolice, moče, problémy s močením, pálení, řezání, retence, močový katétr, datum zavedení.
- 7. okruh – dýchání:** sestra zjišťuje, zda pacient kouří (kolik), pravidelnost dýchání, dušnost, kašel, zda je zavedena tracheostomická kanyla nebo pacient dýchá pomocí umělé plicní ventilace (UPV).
- 8. okruh – kůže:** zaznamenává změny na kůži, hematomy, ekzém, otoky, bércový vřed, intertrigo, defekt nohou u diabetika, sliznici – suchá/vlhká, operační ránu, dekubitus.
- 9. okruh – hygiena:** sestra zjišťuje, zda pacient potřebuje pomoc při mytí, oblékání, při koupeli, pomoc při hygieně dutiny ústní/protézy. Zda je forma pomoci částečná nebo úplná.
- 10. okruh – spánek:** sestra zjišťuje, jak pacient usíná, zda je spánek narušený, zaznamená, z jakého důvodu a zda pacient užívá léky.
- 11. okruh – katétr, kanyly, drény, pomůcky:** sestra zjišťuje, zda byl pacient přijat se zavedeným periferním nebo centrálním žilním vstupem, drénem a kardiostimulátorem. Sestra zapíše datum zavedení.
- 12. okruh – alergie:** sestra zjišťuje od pacienta druh alergie.

**13. okruh – bolest:** sestra zjišťuje a popisuje bolest, druh bolesti – akutní, chronická, lokalizace, frekvence bolesti a délka trvání. Intenzita je označena na stupnici vizuální analogové škály, lokalizace bolesti je zakreslena na obrázku postavy.

**14. okruh – sociální podmínky:** kde sestra zjišťuje aktuální podmínky, zda je rodina informovaná o hospitalizaci, zda pacient bydlí doma sám, nebo je v péči domova pro seniory, agentury domácí péče (ADP), pečovatelské služby, a kdo se bude o nemocného starat po propuštění.

## **2.2 Plán ošetrovatelské péče**

U každého pacienta je tvořen individuální ošetrovatelský plán, který je stanoven nejpozději do 24 hodin. Na základě získaných údajů od nemocného stanoví sestra ošetrovatelské problémy, ošetrovatelské cíle, kterých by mělo být dosaženo pomocí ošetrovatelských intervencí. V průběhu hospitalizace se sleduje a vyhodnocuje účinnost ošetrovatelských intervencí.

## **2.3 Realizace ošetrovatelské péče**

Jedná se o záznam všech ošetrovatelských intervencí a činností u pacientů, které se zapisují průběžně během služby. Jsou rozdělené na devět položek. Každá položka je zaměřena na určitou oblast činností, v které jsou podtypy činností. Položky jsou rozděleny na každý den do políček, kam se zaškrťávají jednotlivé činnosti za denní a noční směnu. Tiskopis realizací ošetrovatelské péče je k nahlédnutí v Příloze IIIc.

### **Realizace činností:**

**1. Osobní hygiena:** celková koupel, dopomoc při hygieně, částečná hygiena na lůžku, hygiena dutiny ústní, masáž zad, péče o kůži, mytí vlasů, holení, péče o oči, nos, uši, nehty, koupel dolních končetin.

- 2. Pohybová aktivizace:** posazování na lůžku, posazování mimo lůžko, dopomoc při chůzi, dechová cvičení, rehabilitace, antidekubitní matrace.
- 3. Výživa:** příprava stravy k lůžku, krmení, zavedení a krmení nazogastričnou sondou, perkutánní gastrostomií, podávání tekutin.
- 4. Vylučování:** výměna jednorázových plen, permanentní močový katétr, výměna močového sáčku, cévkování, klyzma/stolice.
- 5. Péče o kanyly a drény:** zavedení a převaz periferního nebo centrálního venózního katétru, kanyly, péče o drén, výměna tracheostomické kanyly.
- 6. Péče o dýchací cesty:** odsávání, oxygenoterapie, inhalace.
- 7. Péče o rány:** převaz rány, bandáže dolních končetin, péče o stomii, obklady/ledy.
- 8. Jiné:** volný řádek, kontakt s rodinou.
- 9. Polohování:** pravý bok (PB), záda (Z), levý bok (LB), sestra zaškrťává časy polohování (6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4).

### 2.3.1 Hodnocení ošetrovatelské péče

Hodnocení obsahuje objektivní i subjektivní reakce na léčbu a na poskytovanou ošetrovatelskou péči v průběhu konané služby. Zahrnuje sledování, hodnocení bolesti a reakce pacienta na její léčbu. S časem se zapisují nežádoucí události související se stavem pacienta v průběhu služby. Vždy musí být popsán aktuální problém pacienta (např. dušnost, zažívací problémy, alergická reakce, problémy chování), pacientovy reakce na podané léky, zákroky nebo vyšetření. Strana dokumentu ve formátu A4 obsahuje datum/čas, prostor pro zápis denní a noční služby s podpisem a jmenovku sestry.

Ošetrovatelská dokumentace na ošetrovací jednotce standardního typu je doplněna o tyto formuláře:

- **Ošetrovatelská překládová zpráva** se vyhotovuje při překládu pacienta na jiné pracoviště v rámci nemocnice, do jiného zdravotnického zařízení nebo do zařízení sociálních služeb. Ošetrovatelská zpráva se připravuje i pro pacienta při propuštění do domácího léčení, kdy stav pacienta vyžaduje návaznou

ošetřovatelskou péči. Zpráva je samopropisovací, kdy kopie se odesílá s pacientem na další pracoviště a originál zůstává založen v dokumentaci pacienta.

Včetně identifikačních údajů zpráva obsahuje stav vědomí, orientaci, dýchání, fyziologické funkce, soběstačnost pacienta ve všech složkách péče, spolupráci pacienta, příjem potravy a způsob podávání. Dále jsou do překladové zprávy zaznamenávány vstupy (intravenózní, permanentní močový katétr, nasogastrická sonda) a jejich délka zavedení. Do zprávy se zaznamenává poškození kůže, rozsah rány a způsob ošetření. Zapisují se ošetřovatelské diagnózy a možnost rizik u pacienta. V dokumentu je uveden kontakt na rodinu, zda je pacientovi v zařízení vedena pracovní neschopnost, popřípadě jestli bylo zahájeno detenční řízení. Nedílnou součástí zprávy je zajištění správného předání cenností a soupis osobních věcí. Volný prostor na konci zprávy je určen pro doplňující informace, např. využívání konceptu bazální stimulace.

- **Záznam ošetřování ran** je zakládán u nemocných s poruchou kožní integrity, např. u dekubitu či jiných ran nehojících se per primam, které vyžadují ošetření. Záznam zakládá sestra, která zjistí defekt kůže. Ránu ošetří, do záznamu popíše veškeré informace dle formuláře a naplánuje další ošetření. Záznam zajišťuje kontinuitu péče o ránu a efektivní léčbu.

- **Konzumace jídla a pití** je záznam, který se zakládá u pacientů v riziku nutričního screeningu na podkladě lékaře, nutriční terapeutky nebo u pacienta, u kterého příjem jídla a pití není optimální. Sestra, ošetřovatel nebo sanitář do formuláře během dne zapisují, kolik pacient vypil tekutin a snědl potravy.

Ve formuláři se k datu uvádí záznam denní konzumace jídla pomocí tzv. koláčů (kruh rozdělený na čtvrtiny). Podle množství sněžené potravy se poté vybarví počet čtvrtin. Do kolonky se vpisuje i to, co pacienti snědli ke svačině. Pitný režim má kolonky rozdělené na počet vypitých tekutin v mililitrech a na sipping (tekutá výživa k popíjení, nutriční drink). Za 24 hodin se sečte příjem tekutin per os včetně intravenózního příjmu. Noční sestra spočte celkový příjem a výdej a bilanci zapíše do lékové karty.

- **Záznam o edukaci** je součástí formuláře plánu péče, který vyplňuje personál. Zdravotničtí pracovníci zapisují veškeré podané informace, které jsou pacientovi předány při příjmu i během hospitalizace. Uvádí se datum edukace, komu jsou informace předávány (pacient, rodina), téma edukace (například aplikace nízkomolekulárního heparinu, edukace o stomii, diabetika a další) a zvolení formy edukace (ústní, písemná, nácvik, ukázka, audio, informační materiál). Důležitá je reakce pacienta, zda informace chápe, jak ovládá nově získané dovednosti. Sdělené informace pacient nebo osoba blízká stvrdí podpisem. Pokud informaci pacient dostatečně nepochopí, je nutné opakovat edukaci a následně provést nový záznam. Zaznamenává se i to, je-li pacient needukovatelný např. z důvodu změněného stavu vědomí, nebo zda edukaci odmítá.
- **Sociálně zdravotní záznam** je zpracováván sociální pracovníci. Zakládá se u nemocného, kde je potřeba sociální intervence a následné řešení jeho sociální situace. Sociální situaci řeší pracovníce na základě žádosti primáře oddělení, lékaře, vrchní sestry, staniční sestry.
- **Dokumentace při využívání konceptu bazální stimulace** se zakládá na oddělení, kde se s konceptem bazální stimulace pracuje. Obsahuje ošetřovatelskou anamnézu v konceptu bazální stimulace, kterou vyplňuje rodina ve spolupráci s personálem, dále realizaci konceptu, kam sestry zapisují činnosti, které byly u nemocného aplikovány.
- **Nežádoucí události** se rozumí události nebo okolnosti, které vyústily v tělesné, psychické nebo socioekonomické poškození pacienta, zdravotnického pracovníka nebo zdravotnického zařízení. Sledování nežádoucích událostí slouží k přijímání systémových preventivních opatření a analýze rizik při poskytování zdravotní péče. Nežádoucí událost zdravotnický pracovník hlásí prostřednictvím elektronického formuláře do 24 hodin od předmětné události.

V teoretické části jsou popisovány základní podmínky týkající se vedení zdravotnické dokumentace. Součástí zdravotnické dokumentace jsou formuláře, záznamy, které slouží k poskytování zdravotní péče v akreditovaném zařízení oblastní nemocnice.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3 Metodika výzkumu**

Praktická část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativního šetření, které probíhalo formou etnografického výzkumu. Konkrétně byly pro vytvoření podkladů k analýze dat zvoleny dvě výzkumné metody – studium a analýza historických záznamů a zúčastněné pozorování všeobecných sester.

Výzkumné šetření bylo provedeno v akreditované oblastní nemocnici, spadající pod Zdravotnický holding královehradeckého kraje, a.s. Před zahájením výzkumného šetření byla hlavní sestra seznámena s cílem a stručným průběhem šetření, na jehož základě vyjádřila souhlas s provedením výzkumu. Souhlas se zařazením do studie rovněž stvrdili jednotliví respondenti.

#### **3.1 Cíle práce**

1. Provést historickou sondu do zdravotnické dokumentace se zaměřením na vznik a vývoj ošetrovatelské dokumentace.
2. Zjistit reálnou časovou náročnost dílčích ošetrovatelských procesů.
3. Zjistit reálnou časovou náročnost dokumentování ošetrovatelské péče.

#### **3.2 Design šetření**

Výzkum probíhal v akreditovaném zařízení oblastní nemocnice v době denních směn za plného provozu ošetrovací jednotky. Pozorování bylo provedeno u třech respondentek – všeobecných sester. Jednalo se o ženy ve věkovém rozmezí 23 až 59 let. Sestry byly absolventkami střední zdravotnické školy (SZŠ). Jejich praxe v oboru se pohybovala v rozmezí od jednoho roku do čtyřiceti let. Výběr respondentek s rozdílnou délkou praxe byl záměrný, aby bylo možné lépe porovnat, jak hodnotí význam dokumentace v praxi. Dvě respondentky studium

ukončily maturitní zkouškou, třetí dosáhla vyššího odborného vzdělání. Nejdéle pracující je respondentka s číslem 1, která pracuje ve zdravotnictví 41 let.

Tabulka 1 Účastníci pozorování

	<b>věk</b>	<b>škola</b>	<b>délka praxe</b>
<b>Sestra 1</b>	59	SZŠ Turnov	41 let
<b>Sestra 2</b>	23	SZŠ a VOŠZ Mladá Boleslav	1 rok
<b>Sestra 3</b>	34	SZŠ Rumburk	12 let

### 3.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal na ošetrovací jednotce standardního typu akreditovaného zařízení oblastní nemocnice.

V etnografickém průzkumu je důležité, aby se pozorovatel stal součástí pozorovaného prostředí. Vzhledem k tomu, že respondentky byly informovány o průběhu pozorování, musí výzkumník počítat s možným ovlivněním efektivity výkonu práce pozorovaného (negativním i pozitivním směrem).

Pozorování probíhalo v lednu 2018 na neurologickém oddělení. Každá sestra byla pozorována ve všední a víkendové směně po dobu 12 hodin. Veškerá data od začátku až po konec směny byla zapisována na záznamový arch. Celkem pozorování trvalo 72 hodin a přepis přibližně 20 hodin.

Po příchodu domů byla vždy sesbíraná data přepsána do elektronické podoby. Pokud bylo třeba, byly sepsány otázky u některých bodů, které byly potřeba ujasnit. Následující den byly do záznamu doplněny.

## **4 Analýza dat**

Analýza dat proběhla během ledna a února 2018. S vedoucí práce byly pozorované záznamy konzultovány a společně identifikovány hlavní okruhy činností sester a její následné prezentování ve zdravotnické dokumentaci.

K zjištění prvních vedených ošetrovatelských záznamů psaných sestrami byl po svolení hlavní sestry výzkum zahájen v centrální spisovně. Zde se nacházely zdravotnické dokumentace rozdělené po odděleních a chronologicky seřazené. Studium dokumentace začalo nejstarší zachovanou dokumentací, z roku 1976. Postupně byly prostudovány psané záznamy z dokumentací z 80., 90. let 20. století a po roce 2000. Nejdříve proběhla analýza dokumentace interního oddělení. Po otevření neurologického oddělení v roce 1996 byla možnost vzájemného porovnání dokumentací.

### **4.1 Popis a analýza zdravotnické dokumentace z centrální spisovny**

K historii ošetrovatelské dokumentace nebylo dostatečné množství odborné literatury, proto jsem využila možnost dohledat informace v centrální spisovně oblastní nemocnice. Dokumentace podléhá skartační lhůtě, která určuje dle hodnoty dokumentu její dobu uchování. Chorobopisy se uchovávají po dobu 40 let, nejstarší zachovaná dokumentace ve spisovně byla z roku 1976.

Cílem bylo vyhledat první psané záznamy sester do zdravotnické dokumentace a popsat vznik ošetrovatelské dokumentace. Nejdříve bylo pátráno po záznamech ze zdravotnické dokumentace interního oddělení. Od roku 1996 byly porovnávány obsahy dokumentací jak z interního, tak z neurologického oddělení.

### **4.1.1 Zdravotnická dokumentace z roku 1976**

Na zdravotnické dokumentaci byl znát čas uchování. Obsah dokumentace byl částečně zaznamenán na psacím stroji a některé dokumenty byly psány ručně. V chorobopisu byly zapsány identifikační údaje, diagnóza, datum příjmu, propuštění, zapsaná statistika, číselník chorob hlavní a vedlejší. Na druhé straně chorobopisu byla sepsána anamnéza a natištěno razítko „KUŘÁK.“ Obsahem razítka bylo, od kdy pacient kouří, druh kuřáka, počet vykouřených cigaret, nebo zda nemocný nekouří a popřípadě od kdy přestal kouřit. Do chorobopisu byly vloženy dekurzy, kde byly zaznamenány objektivní i subjektivní potíže pacienta a provedená vyšetření. Většinou se jednalo o rentgenové (RTG) nebo elektrokardiografické (EKG) vyšetření. V dekurzu bylo natištěno razítko: hygienická očista provedena, provedla sestra, pacient seznámen s domácím řádem, podpis sestry.

Další součástí dokumentace byla teplotní tabulka a souhrn o pacientovi, který obsahoval: s čím přichází, objektivní vyšetření, laboratorní hodnoty, terapie, průběh, závěr a podpis ošetřujícího lékaře. Uvnitř chorobopisu byly nalepené originální papírové žádanky, na kterých byly ručně vypsány nejen identifikační údaje (příjmení, jméno, datum narození), ale zaznamenány i laboratorní hodnoty. Na předposlední straně byl sepsán přítomný stav pacienta, pod zprávou místo podpisu, strojem napsáno písmeno B. Poslední strany chorobopisu byly prázdné.

**Ve ZD nebyl žádný záznam provedený sestrou, jen v razítku hygienická očista bylo napsáno hůlkovým písmem jméno sestry.**

### **4.1.2 Zdravotnická dokumentace z roku 1983**

#### **Interní oddělení**

Záznamy ve zdravotnické dokumentaci z tohoto období byly psané na psacím stroji nebo ručně. Přední strana chorobopisu byla vyplněna na psacím stroji. Obsahem chorobopisu byly identifikační údaje, jméno nejbližšího příbuzného, doporučení od lékaře, jméno přijímacího lékaře, datum a čas přijetí k hospitalizaci. Dalšími údaji psanými rukou bylo základní onemocnění a další

choroby, datum propuštění a podpis lékaře. Na druhé straně chorobopisu byla sepsána anamnéza a fyzikální vyšetření. Dokumentace byla dále doplněna o tři volně vložené propisovací listy stejného obsahu: anamnéza, fyzikální vyšetření, stav při hospitalizaci, závěr, podpis primáře oddělení a ošetřujícího lékaře, razítko oddělení. Při úmrtí pacienta byl v dokumentaci vložen list o prohlídce mrtvého, napsána prvotní příčina smrti, datum a čas úmrtí.

Dekurz byl vyplněn ručně. Bylo vypsáno příjmení, jméno, rok narození, zaměstnavatel, bydliště. Obsahoval data a záznamy o průběhu hospitalizace, kde byly zapsány druhy diagnóz a ordinace lékaře.

**Příklad:** *Glykemie zítřa, moč sed, MS, JS, KO, FW, EKG v pondělí, RTG plic později. Ve sloupci ošetření: dieta (u diety napsáno krmít, napájet), injekční medikace, příklad: PNC 1 500 000 j. i. m., ošetření dekubitu Rivanolem, RHB, polohovat.* Ordinace nebyla odškrtnuta.

Další součástí zdravotnické dokumentace bylo doporučení z lékařské služby první pomoci, teplotní tabulka. V dekurzu byly nalepeny originální žádanky a vypsány laboratorní hodnoty propisovací tužkou.

Na žádankách z identifikačních údajů bylo vyplněno jméno, příjmení a někdy i datum narození, razítko oddělení. Některé údaje byly napsány psacím strojem, některé vypsány rukou.

Na předposlední straně v chorobopisu byl zapsán přítomný stav pacienta, diagnostický závěr při přijetí, datum, strojem napsáno jméno lékaře. Na poslední straně byl uveden souhrn chorobopisu a zpráva ošetřujícímu lékaři byla většinou nevyplněná.

**V dokumentaci nebyla žádná ošetřovatelská zpráva, pouze sestrou vyplněná teplotní tabulka.**

### 4.1.3 Zdravotnická dokumentace z roku 1996

#### Interní oddělení

První strany chorobopisu byly vyplněny identifikačními údaji s datem, časem a důvodem přijetí a jménem přijímacího lékaře.

V dekurzu byla lékařem ordinována plánovaná a laboratorní vyšetření. Lékař dále zapisoval do kolonky ošetření číslo diety a medikace, například: Euphyllin 250 mg 1-0-2, Digoxin 1-0-0. Na dalším dekurzu byly sesvorkovány kopie zpráv od rychlé záchranné služby (RZP). Z druhé strany byly nalepeny nálezy od konziliárních lékařů (např. neurologické vyšetření). Dokumentace obsahovala volně vložené výsledky z laboratoří, které byly již tištěny přes počítačový program, zápisy z elektrokardiografu (EKG) a vytištěné lepicí identifikační štítky.

Na poslední straně chorobopisu byla vypsána nynější anamnéza, objektivní vyšetření, epikríza, laboratorní hodnoty, diagnózy, medikace a doporučení.

#### Neurologické oddělení

Přední strana chorobopisu byla kompletně vyplněna identifikačními údaji. Uvnitř byl vložen dvojlist linkovaného papíru, na kterém byla zapsána pomocí psacího stroje anamnéza pacienta. Součástí dokumentace byla teplotní tabulka, vyplněna příjmením, jménem a rodným číslem. Do teplotní tabulky sestry dopisovaly výsledky sedimentace, příjem a výdej tekutin. Výsledky byly nalepeny do dekurzu převážně v tištěné podobě, ale objevovaly se vypsané i ručně.

Dekurz byl rozdělen na tři sloupce, datum, průběh, ošetření. **První sloupec** byl určen pro zápisy tělesné teploty (TT), které prováděly sestry. Lékaři zaznamenávali plány vyšetření (rentgen srdce a plic, elektrokardiograf) včetně odběrů krve. **Druhý sloupec** „Průběh“ obsahoval razítko primářské vizity, hodnoty krevního tlaku, byly zapsány výsledky sedimentace, objektivní i subjektivní potíže pacienta. Ve **třetím sloupci** „Ošetření“ byla rozepisována rehabilitace, polohování a medikace (pro tabletovou, injekční a infuzní terapii). U infuzní terapie bylo natištěno razítko „**Aplikací intravenózní (i. v.) injekcí pověřuji sestru:**“ a podpis sestry.

V tomto období sestry zapisovaly do teplotní tabulky tělesnou teplotu, sedimentaci, příjem a výdej tekutin. Jiné záznamy vedené sestrami nebyly nalezeny.

#### 4.1.4 Zdravotnická dokumentace z roku 2001

##### Neurologické oddělení

V dokumentaci se nacházel vyplněný chorobopis, dekurzy, výsledky, tištěné štítky s identifikačními údaji pacienta. **Nově** se v dokumentaci nacházela **infuzní karta**, kde byly rozepsány infuze s časem a podpisem lékaře.

Byly objeveny první záznamy ošetrovatelské dokumentace. Jednalo se o formulář ve formátu A3, který byl pojmenován **Ošetrovatelská anamnéza při příjmu**. List byl přeložen na formát A4. Na přední straně se nacházela ošetrovatelská anamnéza. Po rozevření byla natištěna léková karta pro ordinace lékaře na další dny.

Na poslední straně byly kolonky k zápisu, řazené s položkami pod sebou: INR/APTT, glykémie, datum, den pobytu, kategorie, teplota, krevní tlak (TK), výška, váha, příjem potravy, tekutin, diuréza v ml, stolice. Dále byly uváděny: kožní defekty, kanyla periferní, centrální, rehabilitace ráno a odpoledne, močový katétr.

V dokumentaci byl vložen list o formátu A4 nazvaný **Hlášení sester**. Dokument obsahoval datum, denní a noční hlášení sester, podpis sestry i lékaře.

##### **Příklad hlášení:**

27/9 2001 denní: *příjem, chodí, bolesti zad, podpis sestry bez jmenovky.*  
noční: *18.00 – 6.00 hodin v noci spal. Podpis sestry bez jmenovky.*  
28/9 2001 denní: *6.00 – 18.00 chodící, podpis sestry*  
noční: *spal, podpis sestry*  
30/9 2001 denní: *6.00 – 18.00 chodící lépe, zítra odběry krve + dopoledne oční vyšetření, sanitkou, podpis sestry*  
noční: *18.00 – 6.00 spal, podpis sestry*

## **Interní oddělení**

Zdravotnická dokumentace byla shodná s dokumentací na neurologickém oddělení.

**V dokumentaci byly objeveny první záznamy vedené sestrami. Byly nalezeny nově vzniklé formuláře – Ošetřovatelská anamnéza při příjmu a hlášení sester, které byly součástí lékové karty.**

### **4.1.5 Zdravotnická dokumentace v roce 2005**

#### **Neurologické oddělení**

V tomto roce byla objevena úprava ošetřovatelské dokumentace. Ve zdravotnické dokumentaci formulář **Ošetřovatelská anamnéza při příjmu** nebyl součástí lékové karty. Byl samostatně ve formátu A4. Součástí anamnézy byl souhlas se sdělením všech skutečností týkajících se pacientova stavu dalším osobám, souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace, seznámení s domácím řádem a poučení pacienta o úschově cenností. Na druhé straně bylo natištěno hlášení o mimořádné události.

Dále byl vložen arch o formátu A3 obsahující na přední straně **Realizaci ošetřovatelského plánu**. Po rozevření archu byla předtištěna tabulka pro **ošetřovatelský plán**. Do ošetřovatelského plánu sestry zapisovaly datum, ošetřovatelské diagnózy, cíl, navrhovaná opatření, hodnocení, podpis sestry bez jmenovky.

#### **Příklady ošetřovatelských diagnóz:**

*Ošetřovatelská dg.: Porucha hybnosti z důvodu onemocnění RSM.*

*Cíl: Zlepšení hybnosti.*

*Navrhovaná opatření: Rehabilitace, aktivizace, plnit ordinace lékaře (infuzní terapie).*

*Ošetřovatelská dg.: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PK.*

*Cíl: Infekce nevznikne.*

*Navrhovaná opatření: Dodržovat zásady asepse při zavedení a péči o PK.*

Poslední strana byla určena pro hlášení sester. Hlášení sestry zapisovaly do předtištěných kolonek pro denní a noční službu, s datem, s podpisem sestry a podpisem lékaře.

#### **Příklad hlášení sester:**

Denní služba: *přijata k infuzím Solu-medrolu, chodící, Diagnóza 1, 2 trvá, dieta 9B, podpis sestry a lékaře.*

Noční služba: *Spala, podpis sestry a lékaře bez jmenovky.*

#### **Interní oddělení**

Dokumentace je obsahově stejná jako na neurologickém oddělení.

**Dochází k úpravě a rozšíření ošetrovatelské dokumentace.**

### **4.1.6 Zdravotnická dokumentace z roku 2010**

#### **Neurologické oddělení**

Ošetrovatelská dokumentace je rozšířena a nacházejí se v ní nově vzniklé formuláře, které s menšími úpravami přetrvávají dodnes. Obsahem dokumentace je **Posouzení stavu potřeb pacienta** ve formátu A4. Na přední straně byla natištěna ošetrovatelská anamnéza, kde sestry posuzovaly potřeby pacientů v 16 oblastech. Na druhé straně bylo hodnocení soběstačnosti pacientů pomocí Barthel testu, posouzení rizika pádů, rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a posouzení aktuálního psychického stavu.

Dalším formulářem je **Ošetrovatelská diagnostika** o formátu A3. Z obou stran je celkem předtištěno 26 ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelskou dokumentaci dále doplňují formuláře natištěné z obou stran ve formátu A4, a to **Hodnocení ošetrovatelské péče** a **Realizace ošetrovatelského plánu**.

Z volně vložených formulářů byly vloženy **Základní nutriční screening** a **Ošetrovatelská překladová zpráva**.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:** zápisy byly rozděleny na denní službu a noční službu.

**Příklad:**

**Denní služba:** *dopoledne příjem na vlastní žádost, chodící, soběstačný, statim krve nabrány, statim CT, flexa (periferní žilní katetr) zavedena, PVK 1. Den M0, udává brnění v LHK a LDK, chodí si ven kouřit. Podpis sestry se jmenovkou.*

**Noční služba:** *stále chodí kouřit, během večera 5x. Večer nic nežádal, spal na pokoji č. 7, prý nemůže na pokoji 8 spát kvůli zápachu. Podpis sestry se jmenovkou.*

**Interní oddělení**

Dokumentace je obsahově stejná jako na neurologickém oddělení.

**Příklad hlášení:**

*ADP, flexa ex, MK odvádí, defekty ošetřeny, postranice (prevence pádu), CŽK nezaveden. Diagnózy.: 2, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 trvají.*

**Sestry vedou ošetrovatelskou dokumentaci, která je rozšířena. Dbá se na kvalitnější záznamy sester.**

**4.2 Shrnutí**

Ve zdravotnické dokumentaci v letech 1976, 1983, 1996 byly zapisovány průběžné zprávy o změně stavu pacienta. Neobjevují se žádné záznamy sester kromě vyplněné teplotní tabulky, kam sestry z neurologického oddělení dopisovaly hodnoty sedimentace a příjem a výdej tekutin.

První sesterské záznamy se objevily v roce 2001. Byly nalezeny nově vzniklé formuláře vedené pod názvem Ošetrovatelská anamnéza při příjmu a hlášení sester, které byly součástí lékové karty.

Další změna v ošetrovatelské dokumentaci byla zaznamenána v roce 2005. Ve zdravotnické dokumentaci byla vložena Ošetrovatelská anamnéza při příjmu. Dochází k rozšíření o záznam ošetrovatelské péče, je nově zakomponován ošetrovatelský plán s jeho následnou realizací. Záznamy v hlášení sester jsou velmi stručné a nic neříkající.

V roce 2010 je ošetrovatelská dokumentace detailnější s novými formuláři. Objevuje se velký rozsah ošetrovatelských diagnóz, které jsou následně číselně zapisovány do formuláře a do hodnocení ošetrovatelské péče. Záznamy o hodnocení stavu pacienta jsou zaznamenávány podrobněji.

## 5 Analýza dat – pozorování

### 5.1 Příjem

Příjem je jeden z časově nejnáročnějších administrativních úkonů. Nejdříve je proveden zápis pacienta do knihy „Stav nemocných“. Sestra zadá pacienta do počítačového systému. Po zadání rodného čísla a diagnózy potvrdí hospitalizaci. Po vygenerování dat sestra v programu zadá pacienta do příslušného okénka zobrazujícího číslo pokoje a lůžko. Po uložení sestra v systému objedná dietu a odešle požadavek na stravování. Poté vytiskne identifikační štítky a dekurz. Připraví a označí identifikačním štítkem jednotlivé listy (léková karta, záznamy pro ošetrovatelskou péči, nutriční screening, rozhodnutí pacienta o zacházení s informacemi o jeho zdravotním stavu, informovaný souhlas pacienta s hospitalizací a případným překladem v rámci nemocnice, list pro lepení výsledků).

Po administrativní přípravě dokumentace a navázání osobního kontaktu sestra nemocného seznámí s právy pacienta a vnitřním řádem nemocnice. Pokračuje se souhlasem s hospitalizací. Ve formuláři s ním prochází jednotlivé body, které po seznámení podepíše pacient i sestra.

Pro další posouzení stavu pacienta sestra vyplňuje formulář Posuzování potřeb pacienta. Do formuláře zaškrťává zjištěnou anamnézu ve 14 oblastech. Jedná se o vědomí, psychický stav, aktivitu, komunikaci, výživu, vylučování, dýchání, změny na kůži, hygienu, spánek, sociální podmínky. Součástí je zjištění přítomnosti katétrů, alergií a bolesti, viz Příloha IIIa.

Ve formuláři Edukace sestra pokračuje výběrem vstupních informací, kde sestra zaškrťává položky, s kterými je pacient seznámen. Uvede datum, čas a kdo je edukován/informován. Sestra při příjmu pacienta informuje o nezamykání dveří, prostorech a chodu oddělení, manipulaci s lůžkem a signalizací, dodržování léčebného režimu, vhodnosti vnesených potravin, odevzdání vlastních léků. Zaznamená použitou metodu informování a reakci pacienta. Podané informace pacient i sestra podepíší, viz Příloha IV.

Při příjmu sestra hodnotí i Nutriční screening. Do formuláře zapisuje datum, váhu, výšku pacienta a výpočet Body mass index (BMI). Sestra se dotazuje na věk, nechtěnou ztrátu hmotnosti, změny v množství stravy za poslední 3 týdny, projevy nemoci (nechutenství, bolesti břicha, zvracení, průjem) a zaznamenání stresu. Dané otázky sestra ohodnotí body od 1–3 a sečte je. Zapiše celkový součet. Formulář podepíše a natiskne jmenovku, viz Příloha II.

Po získání základní anamnézy od pacienta sestra pokračuje v plánování ošetrovatelské péče (již bez pacienta). Vyhodnotí rizika – Test základních všedních činností dle Barthelové (ADL), Hodnocení dekubitů dle Nortonové, Posouzení rizika pádu (Morse). Po sečtení jednotlivých položek zapiše počet bodů a zaškrtně stupeň rizika, stvrdí podpisem a jmenovkou, viz Příloha IIIb.

Nadále pokračuje ošetrovatelskými problémy. U každého problému je napsáno datum, podpis sestry a zaškrtnut důvod problému. Sestra plánuje a zaškrťává položky v očekávaných výsledcích a ošetrovatelských intervencích.

Na základě zhodnocení potřeb pacienta sestra naplánuje realizaci ošetrovatelského plánu. Realizuje jej prostřednictvím činnosti v oblasti soběstačnosti, výživy, pohybové aktivity, péče o dýchací cesty, péče o kanyly a drény, vylučování a polohování. Jednotlivé činnosti sestra zaškrťává do políčka. Do počítače sestra přepíše zjištěné antropometrické údaje, váhu, výšku, krevní tlak, pulz, počet dechů a tělesnou teplotu, viz Příloha IIIc.

Nakonec sestra vše zhodnotí v hodnocení ošetrovatelské péče, kde napíše celkový souhrn o pacientovi.

Příjem u pacientů, kteří jsou orientováni a dobře spolupracují, trvá **do 40 minut**. U pacientů s poruchou vyjadřování nebo se špatně spolupracujícím pacientem **se čas prodlužuje nad 40 minut**. Záleží i na zkušenostech sestry a délce praxe.

Tabulka 2 Jednotlivé postupy při příjmu pacienta

<b>Příjem – činnosti</b>	<b>Čas</b>
Zadání údajů o pacientovi do PC	9 minut
Zápis do souhlasu s hospitalizací, anamnéza, nutriční screening, edukace	30 minut
Vyhodnocení rizik, ošetř. dg., zhodnocení stavu a realizace ošetř. péče	14 minut

Tabulka 3 Celkový čas administrativní realizace (sepsání) příjmu

	<b>Příjem</b>
<b>Sestra 1</b>	neuskutečněn
<b>Sestra 2</b>	40 minut (bez PC zpracování)
<b>Sestra 3</b>	79 + 65 minut (s PC zpracováním)

## 5.2 Propuštění

Do doby, než je pacient propuštěn, sestra hodnotí aktuální stav pacienta. Ukončí ošetrovatelské problémy s doplněným datem ukončení a podpisem. V konečném shrnutí sestra zapíše, zda došlo k částečnému či celkovému splnění cíle. Dále zajišťuje náležitosti spojené s propuštěním (informování rodiny, zajištění převozu). Odepíše pacienta ze stavu a odhlásí z počítačového systému.

### Příklad při propuštění:

*„Pacient částečně soběstačný, toaleta na lůžku, k jídlu posazován s DK dolů, spolupracuje, komunikuje, PMK 2 odvádí, pleny p. p., vysazován na toaletní křeslo, DK promazány olejem.“*

*„Při příjmu pacient imobilní, nyní zvládne sedět na lůžku a toaletním křesle. Zvládne chůzi s doprovodem ve vysokém chodítku. V 9.00 hod. překlad sanitou do LDN.“*

*„Pacient soběstačný, v 7.30 hod. bolest VAS 3. Stav zlepšen, při příjmu bolest zad VAS 7. Pacient odchází vybaven s recepty a žádankou na rehabilitaci. Ve 13 hod dimise s rodinou.“*

Tabulka 4 Čas administrativní realizace (sepsání) propuštění

	<b>Propuštění</b>
<b>Sestra 1</b>	neprováděno
<b>Sestra 2</b>	neprováděno
<b>Sestra 3</b>	2 minuty 10 vteřin

### 5.3 Překlad

Při překladu pacienta sestra vyplňuje překladovou zprávu, která obsahuje dva průpisné formuláře. Jednotlivé listy jsou označeny identifikačním štítkem pacienta. Do zprávy je sestrou vypsána doba trvání hospitalizace a do jakého zařízení je pacient překládán. Dále je vyplňován stav vědomí, orientace, spánek, bolest, soběstačnost při denních aktivitách, výživa, dýchání, vylučování, přítomnost invazivních vstupů, změny na kůži (odřeniny, dekubity, hematomy), operační rány, jejich způsob a den ošetření. Na druhém listě jsou vyplňovány ošetrovatelské problémy, poslední podaná medikace (inzulín, aplikace Clexanu), pacientova spolupráce, kontakt na rodinu, záznam o detenčním řízení a cennostech (peníze, občanský průkaz, karta pojištěnce). Pokud je pacient imobilní, veškeré osobní věci jsou sepsány sanitářem a sestrou. Pokud je pacient soběstačný, za své osobní věci si ručí sám, což stvrdí podpisem do formuláře. Sestra zjištěné informace stvrdí podpisem, jmenovkou a razítkem oddělení. Originál ponechá ve zdravotnické dokumentaci a kopii odešle s pacientem do daného zařízení. Pokud pacient není překládán s doprovodem, řidič, který pacienta na oddělení přebírá, zprávu podepíše. Ukončení dokumentace pokračuje stejně jako u propuštění pacienta.

Tabulka 5 Čas administrativní realizace (sepsání) překladu

	<b>Překlad</b>
<b>Sestra 1</b>	neprováděn
<b>Sestra 2</b>	neprováděn
<b>Sestra 3</b>	20 minut

## 5.4 Monitorování stavu pacienta

Při časovém stínování jsou monitorovány fyziologické funkce, tělesná teplota (TT), krevní tlak (TK), puls (P) a saturace (SPO 2), dále glykemický profil (GP), bolest pomocí VAS (vizuální analogová škála), sedimentace (FW) a také sledování vyprazdňování. Stav pacienta se monitoruje na základě lékařských ordinací. Do lékové karty v kolonce vyšetření je vypsán druh a četnost monitorování. Výsledné hodnoty jsou zapisovány na druhou stranu formuláře, viz Příloha I.

- **Monitorování TT** se provádí bezkontaktním teploměrem, ráno a večer při rozdávání léků. Naměřenou hodnotu sestra zapisuje do kolonky příslušného dne. Teploty přesahující 37,0 °C se uvádí červenou barvou.
- **Monitorování TK, P** je prováděno na základě ordinací lékaře, při příjmu pacienta na oddělení nebo změně jeho stavu. K měření fyziologických funkcí je používán digitální nebo rtuťový tonometr. Měření probíhá při rozdávání ranních, poledních a večerních léků. Sestra zapisuje údaj na poslední stranu medikačního listu. Při zhoršení stavu pacienta je naměřená hodnota TK nejprve nahlášena lékaři a poté zapsána s časem naměření do lékové karty.
- **Monitorování bolesti** je prováděno nejen na základě lékařské, ale i ošetrovatelské diagnózy. Jednak při rozdávání ranní, polední a večerní medikace, při výskytu akutní bolesti, nebo před podáním medikace (tabletové, infuzní, injekční formy) či do 1 hodiny po medikaci. Sestra zjišťuje bolest dotazem. Pacient sděluje její intenzitu na škále od 0 do 10 stupňů. Podle stavu

je podána medikace. Bolest a reakce na ni je zapisována číselně do medikačního listu a do ošetřovatelské dokumentace (kolonka hodnocení ošetřovatelské péče).

- **Monitorování glykémie** je prováděno na základě lékařské ordinace čtyřikrát denně: v 7, 11, 17 a ve 22 hodin. Glykémie je měřena digitálním glukometrem, výsledek je znám po 6 vteřinách. Hodnota se zapisuje do žádanky, lékové karty a oznamuje se lékaři.
- **Sledování vyprazdňování** probíhá v průběhu celého dne. U imobilních pacientů je stolice zapisována v průběhu směny. U soběstačných pacientů je vyprazdňování zapisováno po dotazu při večerním podání léků, viz Příloha I.

Tabulka 6 Čas monitorování FF, bolesti, vyprazdňování a glykémie

	<b>Zápis všech FF</b>	<b>Zápis bolesti</b>	<b>Zápis vyprazdňování</b>	<b>Zápis glykémie</b>
<b>Průměrný čas</b>	20 vteřin	10 vteřin	20 vteřin	7 vteřin (zápis) 58 vteřin (odběr)

## 5.5 Záznamy ošetřovatelské péče, realizace a hodnocení

Záznamy ošetřovatelské péče jsou prováděny průběžně po celou dobu směny. Některé dny hodnotí sestry ošetřovatelskou péčí až odpoledne. Důvody, které k tomu vedou, jsou nárůst objemu plnění lékařských ordinací, provádění ošetřovatelských činností u imobilních pacientů nebo získávání informací od nových pacientů na oddělení, viz Příloha IIIc.

### 5.5.1 Realizace ošetřovatelského plánu

Plán je rozvržen do tabulek na jednu celou stranu o formátu A4. V levém okraji je vyznačeno devět okruhů ošetřovatelských činností. Každá splněná jednotlivá činnost u pacienta je vyznačena zaškrtnutím políčka v dokumentu, viz Příloha IIIc.

### Činnosti, které jsou nejčastěji realizovány:

- **Osobní hygiena:** celková koupel, dopomoc při hygieně, částečná hygiena na lůžku, hygiena ústní dutiny, masáž zad, péče o kůži, mytí vlasů, holení, péče o oči.
- **Pohybová aktivita:** posazování na lůžku, posazování mimo lůžko, dopomoc při chůzi, rehabilitace, antidekubitní matrace.
- **Výživa:** příprava stravy k lůžku, krmení, zavedení a krmení nasogastrickou sondou, perkutánní endoskopickou gastrostomií, podávání tekutin.
- **Vylučování:** výměna jednorázových plen, zavedení a sledování délky permanentního močového katétru.
- **Péče o kanyly a drény:** zavedení a sledování délky periferní kanyly, péče o tracheostomickou kanylu.
- **Péče o dýchací cesty:** oxygenoterapie, inhalace.
- **Péče o ránu:** převaz, bandáže dolních končetin.
- **Jiné:** kontakt s rodinou.
- **Polohování:** časově různě dle situace a stavu pacienta.

### 5.5.2 Hodnocení ošetrovatelské péče

Dokument je formátu A4 a je rozdělen do pěti sloupců. První sloupec je daný pro zapsání data a času. Druhý sloupec je určen pro zápis hodnocení ošetrovatelské péče pro denní službu. Třetí sloupec je daný pro jmenovku a podpis sestry. Čtvrtý sloupec je určen k hodnocení ošetrovatelské péče pro noční službu. Poslední sloupec je určen k podpisu a jmenovky sestry. Pro zápis je k dispozici pět řádků, seřazeny pod sebou na celý formát A4, přičemž jeden řádek je určen pro daný den.

Sestry do hodnocení zapisují soběstačnost při výživě, vylučování, pohybu a jak je provedena osobní hygiena u pacienta. Dále zapisují subjektivní i objektivní hodnocení bolesti, informace o zavedených vstupech, jejich době zavedení (periferní žilní a permanentní močový katetr) a jejich případné komplikace. V záznamech se objevuje popis chování a spolupráce pacienta. Sestry

s časem zaznamenávají jakékoliv změny stavu pacienta. Zapisují podání infuzí a léků, provedené či plánované vyšetření. V hodnocení jsou popisovány jednoduché převazy po vstupech, komplikace při podávání stravy a tekutin. Součástí záznamů jsou informace o překladau nebo propuštění pacienta.

### **Příklady hlášení:**

*„Toaletu zvládá, ráno v 7.00 velmi bolestivý VAS 10, lékařka informována, podána infuzní medikace, PŽK 4 ex, PŽK 1 M0 v 8.00 LHK G20, 8.30 infuze s minimálním efektem VAS 9, vyjednáno obstríh pod CT, po obstríhu dodržuje klidový režim, večer v 16.50 hod. udává úlevu VAS 6, využívá úlevovou polohu.“*

*„Pacient přivezen v 11.15 z neurochirurgie po krvácení do mozku, klidový režim, na LHK dlaha pro frakturu olekranu, hematomy okolo očí, ležící, PŽK 2 funkční, tekutiny aktivně nabízeny, cítí se dobře, zatím bez bolesti, nic nežadá, PŽK ponechána, velmi spavý.“*

*„Pac. ležící, částečně nesoběstačný, provedena celková koupel, k jídlu posazován s DK z lůžka, snědl skoro vše, dnes vyš. CTA M – zaveden v 8.00 hod. PŽK MO 1 G20 LHK, spolupráce uspokojivá, výzvě vyhoví, zpomalené psychomotorické tempo, PMK odvádí, bolesti nejuje, zvýšená potivost!!“*

Tabulka 7 Čas na psaní ošetřovatelských záznamů

	<b>počet pacientů</b>	<b>1. den</b>	<b>počet pacientů</b>	<b>2. den</b>
<b>Sestra 1</b>	8	77 min.	8	49 min.
<b>Sestra 2</b>	6	50 min.	7	60 min.
<b>Sestra 3</b>	8	53 min.	4	44 min.

## **5.6 Odškrtávání léků v lékové kartě**

Odškrtávání léků sestra provádí na základě lékařských ordinací rozepsaných v lékové kartě. Do lékové karty ordinace zapisují lékaři ručně modrou barvou. Léková karta o formátu A3 se překládá na formát A4. V horním okraji jsou umístěny dvě kolonky. První je určena pro vypsání alergií a důležitých informací pro personál. Druhá pro nalepení identifikačního štítku pacienta.

Tabulka celé lékové karty je rozdělena na 8 sloupců o 57 řádcích. Do prvního sloupce se vypisují léky per os, dále se pod sebe řadí antibiotika, časované léky, inzulíny, injekce, opiáty a zápis pro vyšetření. Dalších 7 sloupců je vyhrazeno pro jednotlivé dny v týdnu, přičemž v každém sloupci jsou 4 kolonky pro odškrtnutí medikace – ráno (R), poledne (P), večer (V) a noc (N). Odškrtnutí se provádí standardně, v uvedenou dobu nebo v případě časovaných a mimořádných ordinací. Sestra odškrtnutí léky bezprostředně po podání pacientovi. Pokud lék nebyl podán, ordinaci označí kroužkem. Důvod nepodání léku zapíše do ošetrovatelské dokumentace (hodnocení ošetrovatelské péče). Podání léků stvrdí jmenovkou a svým podpisem, viz Příloha I.

**Zjištění:** Odškrtnutí léků je vteřinový úkon, který se někdy prodlužuje z důvodu napsání generik (lékař naordinuje lék, který pacient užívá doma, ale někdy jsou k dispozici léky s jiným obchodním názvem). Odškrtnutí se prodlužuje i z důvodu špatně čitelné ordinace. Dalším faktorem ovlivňujícím čas při odškrtnutí medikace u daného pacienta je počet rozepsaných léků v lékové kartě. Rozepsaná medikace se odvíjí od závažnosti stavu pacienta. U některých se může jednat o tři, u jiných i o šest až patnáct léků podávaných per os.

Tabulka 8 Celkový čas pro podání léků

	<b>počet pacientů</b>	<b>1. den</b>	<b>počet pacientů</b>	<b>2. den</b>
<b>Sestra 1</b>	8	30 min.	8	40 min.
<b>Sestra 2</b>	6	30 min.	7	35 min.
<b>Sestra 3</b>	8	31 min.	4	20 min.

## 5.7 Označení léků a jiných ordinací

Z nejčastějších ordinací, které sestra musí označit, je infuzní terapie. Po rozdělení medikace si z desek vyřazuje infuzní kartu. Karta je ve formátu A4. Do tabulky lékař naordinuje složení infuzní terapie. Rozepíše čas aplikace, kterou

stvrdí svým podpisem. Sestra na základě ordinace vypisuje na štítek datum, číslo pokoje, jméno pacienta, datum narození, složení infuze, délku trvání aplikace a jméno sestry, která infuzi připravila.

Připravenou infuzi sestra stvrdí podpisem v lékové infuzní kartě. Poté sestra aplikuje infuzi pacientovi na stanovenou dobu. Po dokapání uvede do infuzní karty čas ukončení. Záleží na počtu podávané medikace do infuzního roztoku. **Časové rozmezí vypsání štítku trvá od 1 do 1, 5 minuty.**

Dále si sestry označují předplněné stříkačky s nízkomolekulárním heparinem. Na obal napíše číslo pokoje, jméno pacienta a čas podání. **Čas označení je 14 vteřin.**

Neoficiálně si sestry pro kolegyně vypisují na papír noční medikaci. Obsahem je číslo pokoje, čas podání léku, jméno pacienta a název léku, který má být podán. Daný lék v krabičce je připraven na táč k vypsání seznamu.

**Délka vypsání se odvíjí od četností noční medikace a trvá 10–20 minut.**

Tabulka 9 Čas na označování léků a infuzí po celou dobu směny

	<b>počet pacientů</b>	<b>1. den</b>	<b>počet pacientů</b>	<b>2. den</b>
<b>Sestra 1</b>	8	52 min.	8	59 min.
<b>Sestra 2</b>	6	30 min.	7	30 min.
<b>Sestra 3</b>	8	28 min.	4	29 min.

## 5.8 Záznam o převazech

Formulář je v tištěné podobě o formátu A4. Slouží k zaznamenávání ošetřování ran a následné kontinuitě péče o ránu.

Prováděné převazy jsou zaznamenávány buď do ošetřovatelské dokumentace (hodnocení ošetřovatelské péče), nebo do záznamu ošetřování ran. Do hodnocení ošetřovatelské péče je popisováno ošetření např. po odstranění tracheostomické kanyly (TS) nebo při centrálním žilním katetru (CŽK). Do záznamu ošetření ran jsou popisovány rány rozsáhlejšího charakteru, např.

dekubity, bércové vředy, sekundárně se hojící operační rány či po jiných poraněních.

Na první straně v pravém horním okraji je určený prostor pro nalepení identifikačního štítku pacienta. Do poloviny strany jsou umístěny kolonky, rozdělené do nepravidelných velikostí, kde jsou charakterizovány kožní léze. Zaznamenává se druh rány, lokalizace a velikost. Druh rány se charakterizuje analýzou rány, to znamená, zda se jedná o dekubit, gangrénu, ulcus cruris, operační ránu či jiný defekt. Dalším ukazatelem pro ránu, která je popisována, je její povaha (fáze hojení), exsudát, okraje rány, zápach i infekce. Také se zaznamenává bolestivost rány a případné alergie. Formulář je doplněn o hodnocení celkového stavu kůže i zamyšlení se nad obecnými faktory, které by mohly prodlužovat dobu hojení (diabetes mellitus, malnutrice aj.). Další kolonka slouží k zápisu pro použití antidekubitní pomůcky a popřípadě předchozí léčby. Součástí záznamu je obrázek lidské postavy pro zakreslení poškození kožní integrity. Po podrobném zhodnocení je zaznamenán postup při ošetření rány – provedení očisty rány, výběr materiálu, krytí a naplánování dalšího převazu.

Od poloviny do konce strany jsou předtištěny tři větší kolonky pro zápis rány, kam je zapsán datum převazu, zaznamenána velikost, okraje rány a proces hojení. Text je stvrzen podpisem sestry a datem dalšího převazu. Pokud je potřeba, v zápisech se pokračuje na druhé straně, která je totožná, viz Příloha IV.

Tabulka 10 Čas provedení zápisu o realizaci převazu

	<b>Zápis o převazu</b>
<b>Sestra 1</b>	neprováděn
<b>Sestra 2</b>	5 minut
<b>Sestra 3</b>	neprováděn

## **5.9 Kontrola chorobopisů**

Po vizitě pacientů lékař do lékové karty o formátu A3 rozepíše ordinace a plánovaná vyšetření na následující den, které se nachází na posledních řádcích.

Po převzetí chorobopisu sestra kontroluje změny v medikaci, vypisuje žádanky na odběry, objednáva vyšetření a zajistí jejich přípravu. Pokud se vyšetření zajišťuje v jiném zdravotnickém zařízení, objednáva se sanita a v případě potřeby je vyjednán doprovod.

Vyšetření a další důležité informace o pacientovi se zapisují do neoficiálního diáře o formátu A5. Informace v diáři slouží k rychlému přehledu plánu na celý den.

Časové zpracování záleží na rozsahu ordinací na týž a následující den. Ve všední dny chorobopisy zpracovává sestra na ranní směnu. O víkendu si sloužící sestry chorobopisy zpracovávají samy.

Tabulka 11 Čas kontroly chorobopisu o víkendové službě

	<b>Kontrola chorobopisů</b>
<b>Sestra 1</b>	34 minut
<b>Sestra 2</b>	29 minut
<b>Sestra 3</b>	20 minut

## 5.10 Příprava žádanek na odběry

Po převzetí chorobopisu od lékaře sestra zjistí ordinace laboratorních vyšetření na následující den. V žádance označí položky, které jsou lékařem naordinovány v lékové kartě. Vyplňovány jsou žádanky na biochemické vyšetření, transfuzní oddělení a mikrobiologické oddělení. Všechny žádanky jsou v papírové podobě a musí být označeny identifikačními štítky, datem odběru a razítkem žádajícího oddělení.

Biochemická žádanka je o formátu A4, na které jsou předtištěny položky k vyšetření. Nejčastěji se zaškrtovaly tyto položky: glukóza, urea, kreatinin, kyselina močová, bilirubin celkový, natrium, kalium, chloridy, ALT, AST, GGT, ALP, kyselina valproová, celková bílkovina, CRP, feritin, TSH, T4 volný, vitamin B12, kyselina listová, vyšetření moče chemicky a sedimentu.

Dále se vyplňují žádanky na glykemický profil o formátu A5, kde jsou zaškrťávány časy odběrů na 7., 11., 17., a 22. hodinu.

Na hematologické vyšetření je vyplňován poukaz o formátu A5, kde lze zaškrťávat možnosti KO, KO+diff. přístrojový, Quick, APTT, LMWH.

Žádanka na mikrobiologické oddělení je vyplňována v papírové nebo elektronické podobě (volba žádanky záleží na preferenci sestry). Obě jsou o formátu A4. Nejčastěji jsou zaškrťávány požadavky na bakteriologické vyšetření z horních/dolních cest dýchacích (výtěr z krku, odběr sputa). Z trávicího ústrojí se nejčastěji v kolonce označuje výtěr z rektu, odběr na toxiny Clostridium difficile.

Při vyšetření moče je zaškrťáván požadavek na vyšetření moče na K+C a Uricult. Pokud pacient v době odběru užívá antibiotika, sestra do žádanky poznamená název léku, čas a den užívání.

Při vyplnění žádanek do jiného zařízení zapisuje sestra do sešitu na vyšetření místo zaslání vzorku. Předává informaci noční sestře o provedení odběru. Informace je následně předána sanitáři sloužícímu noční službu, který ráno odnese vzorky do laboratoře k odvozu.

Tabulka 12 Čas vyplnění žádanek na laboratorní vyšetření

	<b>Biochemická a hematologická žádanka</b>	<b>Mikrobiologická žádanka</b>
<b>Sestra 1</b>	2 minuty 30 vteřin	1 minuta
<b>Sestra 2</b>	2 minuty 50 vteřin	1 minuta 20 vteřin
<b>Sestra 3</b>	2 minuty 20 vteřin	neprováděno

## 5.11 Doplnování žádanek na odběry

Doplnování žádanek se týká odpoledních hodin a víkendového provozu. Po odběru sestra na žádance doplní čas odběru. Na žádanku zaznamená svůj podpis a jmenovku. Poté roztřídí žádanky a zkumavky dle laboratoří.

Na oddělení je sestrou odečítána a zapisována sedimentace. K tomuto účelu je neoficiálně zřízen sešit ve formátu A5. Po odběru sestra upevní zkumavku do stojanu a do sešitu napíše datum, čas odečtu vzorku/vzorků, číslo pokoje a jméno pacienta/pacientů.

Tabulka 13 Čas na doplňování žádank

	<b>Doplnění podpisu, jmenovky a třídění žádanek</b>	<b>Zápis sedimentace do sešitu</b>
<b>Sestra 1</b>	1 minuta	32 vteřin
<b>Sestra 2</b>	1 minuta 30 vteřin	50 vteřin
<b>Sestra 3</b>	50 vteřin	neprováděno

## 5.12 Příkaz ke zdravotnímu transportu (žádanka k transportu)

Po získání informace o překladu, propuštění či vyšetření pacienta v jiném zdravotnickém zařízení je vyplňován příkaz k transportu. Příkaz se vyplňuje elektronicky a požadavek je odeslán na dispečink dopravy. Sestra zadá jméno pacienta, označí požadavek na dispečink. Po zobrazení žádanky sestra doplní datum a čas odjezdu. Zvolí důvod převozu, popřípadě doprovod pacienta, mobilitu pacienta, odkud a kam má být pacient převezen. Doplní jméno žádajícího lékaře. Po vyplnění se příkaz dvakrát vytiskne. Pokud se jedná o vyšetření v jiném zařízení, vypisuje se ještě požadavek o zpětný převoz na oddělení. Poté se odesílá na dispečink. A nakonec se žádanka předá lékaři k podepsání.

Tabulka 14 Čas vyplňování žádanky k transportu o víkendové službě

	<b>Vyplňování žádanky k transportu</b>
<b>Sestra 1</b>	6 minut
<b>Sestra 2</b>	neprováděno
<b>Sestra 3</b>	4 minuty

### 5.13 Záznamy o rehabilitaci

Na podkladě diagnózy lékař elektronicky vytvoří žádanku pro fyzioterapeuta o formátu A4.

Na první straně jsou vygenerovány identifikační údaje pacienta a pod hlavičkou jsou rozepsány jednotlivé výkony. Žádanka je podepsána lékařem se jmenovkou a opatřena razítkem oddělení.

Fyzioterapeut na podkladě indikace lékaře vykonává léčebně-rehabilitační péči. Druhá strana je volná a určena pro zápis průběhu rehabilitace. Fyzioterapeut na víkend napíše doporučení pro personál (např. vertikalizace, chůze v chodítku). Během víkendové služby dle záznamu od fyzioterapeuta provede sestra nebo sanitář činnost dle doporučení. Sestra danou činnost zapíše do záznamu. K záznamu uvede datum, čas, rozsah doporučení a spolupráci pacienta. Zaznamenané údaje stvrdí podpisem se jmenovkou. Vliv na dobu strávenou rehabilitací má počet pacientů a způsob plnění doporučení fyzioterapeutkou.

#### Příklad:

*Datum – se sanitárkou chodil na chodbě ve vysokém chodítku.  
Podpis a jmenovka sestry.*

*Vysazován s DK z lůžka, podepřen vertikalizačním klínem, useděl, nekácel se.  
Podpis a jmenovka sestry.*

Tabulka 15 Čas provedení záznamu o realizaci rehabilitace

	<b>Záznam o rehabilitaci</b>
<b>Sestra 1</b>	10 minut
<b>Sestra 2</b>	15 minut
<b>Sestra 3</b>	10 minut

## 5.14 Zápis do záznamu o spotřebě návykových látek ve zdravotnických zařízeních

Opiátová kniha je sešit o formátu A4. Slouží k evidenci a pohybu návykových látek na oddělení. Na stránce A4 je předtištěna tabulka, která je rozdělena do řádků a sloupců. Obsahuje zápis návykové látky, včetně druhu, síly a objemu ampulí. Kolonka je rozdělena do řádků, kde jsou údaje o vedení záznamu při příjmu a výdeji látky.

Na základě lékařské ordinace v lékové kartě sestra do záznamu při výdeji návykové látky zapíše datum, číslo chorobopisu, jméno pacienta a čitelně se podepíše. Odepíše počet (ampulí, tablet, náplastí) a zapíše zůstatek. V lékové kartě lék červeně odškrtně, doplní o svůj podpis se jmenovkou.

Tabulka 16 Čas na odepsání výdeje návykové látky

	<b>Odpis návykové látky</b>
<b>Sestra 1</b>	1 minuta 10 vteřin
<b>Sestra 2</b>	1 minuta 20 vteřin
<b>Sestra 3</b>	neprováděn

## 5.15 Zápis do technického hlášení

Technické hlášení je sešívaná kniha o formátu A4. Slouží k vedení počtu návykových látek a počtu nástrojů na oddělení. Mimo jiné se do ní zapisují ceny a finanční částky při příjmu pacienta, které má u sebe a žádá o jejich uložení v době, kdy je centrální pokladna zavřena. Finanční obnos a druh cenosti sestra paralelně zapisuje do hodnocení ošetrovatelské péče.

Na celé straně je předtištěna tabulka. Před ukončením ranní i noční směny sestry do tabulky zapisují aktuální počet návykových látek a nástrojů. Sestry zapsané údaje potvrdí svým podpisem se jmenovkou.

Tabulka 17 Čas zápisu do technického hlášení

	<b>Technické hlášení 1. den</b>	<b>Technické hlášení 2. den</b>
<b>Sestra 1</b>	7 minut	8 minut
<b>Sestra 2</b>	neprováděn	8 minut 10 vteřin
<b>Sestra 3</b>	7 minut 30 vteřin	7 minut 50 vteřin

## 5.16 Souhrn činností

Tabulka 18 Souhrnná tabulka všech sledovaných činností

<b>ČINNOST</b>	<b>SESTRA 1</b>	<b>SESTRA 2</b>	<b>SESTRA 3</b>
<b>Příjem</b>	×	40 min. (bez PC)	79 + 65 min. (s PC)
<b>Propuštění</b>	×	×	2 min. 10 vteřin
<b>Překlad</b>	×	×	20 min.
<b>Zápis naměřených FF</b>	20 vteřin		
<b>Zápis o bolesti</b>	10 vteřin		
<b>Zápis glykémie</b>	7 vteřin		
<b>Zápis a měření glykémie</b>	58 vteřin		
<b>Zápis o vyprazdňování</b>	20 vteřin		
<b>Zápis oš. záznamů den I.</b>	77 min.	50 min.	53 min.
<b>Zápis oš. záznamů den II.</b>	49 min.	60 min.	44 min.
<b>Podání léků den I.</b>	30 min.	30 min.	31 min.
<b>Podání léků den II.</b>	40 min.	35 min.	20 min.
<b>Označování léků den I.</b>	52 min.	30 min.	28 min.
<b>Označování léků den II.</b>	59 min.	30 min.	29 min.

<b>ČINNOST</b>	<b>SESTRA 1</b>	<b>SESTRA 2</b>	<b>SESTRA 3</b>
<b>Zápis o převazu</b>	×	5 min.	×
<b>Kontrola chorobopisů</b>	34 min.	29 min.	30 min.
<b>Vyplnění žádanek biochemie + hematologie</b>	2 min. 30 vteřin	2 min. 50 vteřin	2 min. 20 vteřin
<b>Vyplnění žádanek mikrobiologie</b>	1 min.	1 min. 20 vteřin	×
<b>Doplnění jmenovky, podpisu a třídění žádanek</b>	1 min.	1 min. 30 vteřin	50 vteřin
<b>Zápis sedimentace</b>	32 vteřin	50 vteřin	×
<b>Vyplnění žádanky k transportu</b>	6 min.	×	4 min.
<b>Záznam o rehabilitaci</b>	10 min.	15 min.	10 min.
<b>Odpis návykové látky</b>	1 min. 10 vteřin	1 min. 20 vteřin	×
<b>Technické hlášení den I.</b>	7 min.	×	7 min. 30 vteřin
<b>Technické hlášení den II.</b>	8 min.	8 min. 10 vteřin	7 min. 50 vteřin

## 6 Diskuze

Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Výzkumná část byla provedena za pomoci studia a analýzy zdravotnické dokumentace a rovněž provedením zúčastněného pozorování třech všeobecných sester pracujících na standardních odděleních. Na začátku bakalářské práce byly vytyčeny tři cíle. Prvním cílem bylo provést historickou sondu do zdravotnické dokumentace se zaměřením na vznik a vývoj ošetrovatelské dokumentace v čase. Tento cíl byl zvolen z toho důvodu, že ošetrovatelství je vědní obor, který se stále vyvíjí a je dokumentován, přesto zmínka o vzniku ošetrovatelské dokumentace není nikde v odborné literatuře uvedena. Pro tento účel byla využita centrální spisovna v oblastní nemocnici. Zaměřila jsem na hledání prvních záznamů ošetrovatelské dokumentace a její postupný vývoj.

Dále jsem sledovala změny formulářů v čase, které byly vzájemně porovnávány. Do výběru byla zařazena i nejstarší zachovaná dokumentace z roku 1976. Pro sledování dalšího vývoje byly vybrány dokumentace z 80. a 90. let. Avšak v této době byly ve zdravotnické dokumentaci objeveny sestrami vyplněné teplotní tabulky. Od roku 2000 až do roku 2010 byly dokumentace podrobně studovány. První historická zmínka o ošetrovatelském záznamu byla nalezena v roce 2001. Sice dokument byl součástí lékové karty, ale vznikly formuláře *Ošetrovatelská anamnéza při příjmu* a formulář *Hlášení sester*. Další vývoj ošetrovatelské dokumentace byl zaznamenán v roce 2005. Oproti roku 2001 byla dokumentace rozšířena o dva nové dokumenty: *Ošetrovatelský plán* a *Realizace ošetrovatelského plánu*. Do roku 2009 byl ošetrovatelský proces zaznamenáván do zmíněných dokumentů.

Další etapa v záznamech byla objevena v roce 2010. Došlo k přejmenování formulářů – *Ošetrovatelská anamnéza při přijetí X Posouzení stavu potřeb pacienta*, *Hlášení sester X Ošetrovatelská péče* a k jejímu detailnějšímu rozpracování. Ošetrovatelský plán byl zakomponován do nového formuláře *Ošetrovatelská diagnostika* s vyjmenovanými ošetrovatelskými problémy, očekávanými výsledky a ošetrovatelskou intervencí. Nově byly vedeny záznamy o *vyhodnocování rizik u pacientů* (hodnocení dekubitů dle Nortonové, Barthelův

test základních všedních činností, posouzení rizika pádu). Záznam byl doplněn o posouzení aktuálního psychického stavu pacienta. Tento ráz dokumentace s menšími úpravami je zachován a používán dodnes.

Výsledkem historické sondy je uveden poznatek o prvním záznamu ošetrovatelské dokumentace.

Další cíle bakalářské práce byly zaměřeny na zjištění reálné časové náročnosti dílčích ošetrovatelských procesů a jejich dokumentování. Při výzkumném šetření respondentky zaznamenávaly poskytnutou ošetrovatelskou péči do jednotné dokumentace, přesto poskytování ošetrovatelské péče a psaní záznamů bylo ovlivněno mnoha vnějšími faktory (počet pacientů na oddělení, ošetrovatelská kategorie, ordinace lékařů, příjmy a překlady pacientů).

Z časového stínování dokumentace vedené na neurologickém oddělení vzešlo 14 kategorií činností, které jsou specifikovány v textu. Jednotlivé administrativní činnosti se vzájemně prolínaly s úkony, které nešly od sebe oddělit.

Jako časově nejnáročnější administrativní činnost z výzkumného šetření hodnotím příjem pacienta na oddělení. Příjem pacienta byl respondentkou 2 zaznamenáván 40 minut. Respondentka 3 prováděla dva příjmy, které trvaly 79 minut a 65 minut. Přes větší zkušenosti třetí respondentce příjmy trvaly delší dobu než respondentce 2. Časová náročnost byla ovlivněna zadáváním identifikačních údajů do počítačového systému, příprava listinné dokumentace a vnějším faktorem (špatná spolupráce pacienta při odebírání ošetrovatelské anamnézy).

Z pozorování se prokázalo, že vedení záznamu hodnocení a realizace činností lze hodnotit jako druhou nejvíce časově náročnou činnost. Při prvním dni výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondentka 1 při ošetrování osmi pacientů realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče zaznamenávala 77 minut, respondentka 2 zaznamenávala u šesti pacientů stejnou činnost 50 minut. Respondentka 3 při osmi pacientech zpracovávala zápis 53 minut. Při druhém pozorování respondentka 1 prováděla zápis 49 minut při osmi pacientech, respondentka 2 u sedmi pacientů 60 minut, respondentka 3 při čtyřech pacientech 44 minut. Nejdéle dokumentovala respondentka 1 oproti respondentkám 2 a 3.

Délku trvání této činnosti jsem předpokládala časově náročnější, než vyšlo z pozorování.

Odškrtávání léků při rozdávaní medikace se řadí též k náročným činnostem. Jedná se o úkon, který se nedá oddělit pouze na administrativní činnost. Samotné odškrtnutí je sice hodnoceno jako vteřinový úkon, ale musí se brát v úvahu nejen rozsah ordinace pro jednoho pacienta, ale i jeho zdravotní stav. Výzkumné šetření ukázalo, že časový limit u všech respondentek byl bez významného časového rozdílu.

Z dalších faktorů, které vplynuly z pozorování, byla nečitelnost a přeškrtávání ordinací. Zuzana Fišarová publikovala článek Elektronická dokumentace a zkušenosti sestry<sup>17</sup>, kde z vlastní zkušenosti uvádí, že jedním z přínosů elektronické dokumentace je čitelnost a přehlednost jednotlivých dokumentů. Tuto formu dokumentace by přivítala druhá a třetí respondentka.

V činnostech pod názvem označení léků před podáním bylo pozorováno vypisování štítků na infuze, označování nízkomolekulárních heparinů, označení před podáním antibiotik a výpis léků pro noční směnu. Celkový součet času je dán popisováním veškerých léků před podáním za celou směnu. U respondentky 1 v popisování léčiv byl zaznamenán čas 52 a 59 minut. Časová náročnost byla o 20 minut vyšší oproti respondentkám 2 a 3, které měly shodný čas pohybující se mezi 28 a 30 minutami. Před časovým stínováním jsem u této činnosti nepředpokládala významnou časovou náročnost, ale šetření ukázalo, že tomu tak není.

Při časovém stínování kontroly chorobopisů u respondentek nebyl zaznamenán časový rozdíl. Dle šetření doba kontroly chorobopisů probíhala od 29 minut do 34 minut. Záznam o převazu byl zaznamenán jen u druhé respondentky, která navazovala dalším zápisem o ošetření rány. Další zápisy fyziologických funkcí, VAS bolesti, zápisy do technického hlášení, zápisy o rehabilitaci, vyplňování žádanek, odpisy návykových látek nebyly již časově náročné. U všech respondentek bylo časové rozpětí minimální. Většinou se jednalo o záznamy, které byly vedeny rutinně.

---

<sup>17</sup> FIŠAROVÁ, Z. Elektronická dokumentace a zkušenosti sestry. In: *Florence* [online]. 2010, (9) [cit. 2018-03-25]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/9/elektronicka-dokumentace-a-zkusenosti-sestry/>

Davina Allen ve svém článku v časopisu *Journal of Advanced Nursing*<sup>18</sup> uvádí, že se může často stávat, že sestry tráví více času zapisováním záznamů než reálnou péčí poskytnutou pacientovi, což se mi potvrdilo při spontánním rozhovoru během pozorování první respondentky. První respondentka, která má nejdelší praxi uvedla, že dokumentování ošetrovatelské péče je pro ni stresová činnost. Musí mít pacienty i dokumentaci v pořádku. Čas, který potřebuje pro vedení dokumentace, raději věnuje péči o nemocné.

Jak uvádí ČAS v Tiskové zprávě z roku 2017<sup>19</sup>, je nutno vzít v potaz, že běžné dokumentování poskytované ošetrovatelské péče nelze považovat za administrativní zátěž, a to především s ohledem na možné soudní spory a řešení závažných nežádoucích událostí. Druhá, nejmladší respondentka vnímá dokumentování ošetrovatelské péče jako důležitou, a to z důvodu poskytování kontinuální péče o pacienty. Dokumentace jí umožňuje získávání informací, ale přála by si zestručnění formulářů. Uvítala by dokumentování v elektronické verzi.

Třetí respondentka chápe význam dokumentace, ale ráda by dokumentaci nějakým způsobem upravila a zjednodušila. Myslí si, že je mnoho formulářů pro zaznamenávání. Uvádí duplicitní zapisování časů a dat do formuláře pro ošetrovatelský proces.

Řezáčová Tereza se v jedné části své diplomové práce<sup>20</sup> zabývala hypotézou, zda čas věnovaný ošetrovatelské dokumentaci zabere více času z pracovní doby sester než samotná péče o pacienta. Z jejího výzkumu se její hypotéza nepotvrdila. V diplomové práci bylo uvedeno, že 43 % sester odpovědělo, že dokumentování poskytnuté péče zabere polovinu z pracovní doby, 50 % sester čtvrtinu a 7 % tři čtvrtiny času.

---

<sup>18</sup> ALLEN, D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. In: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1998, 27 (6), 1223–1230. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/13620767>

<sup>19</sup> ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Česká asociace sester bojuje za snížení administrativní zátěže zdravotníků In: CNNA [online]. 14. března 2017 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/akce/tiskova\\_zprava\\_2017\\_02.pdf](http://www.cnna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_02.pdf)

<sup>20</sup> ŘEZÁČOVÁ, T. Naplňování kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí diplomové práce Marie Trešlová.

Švýcarská studie A Mobile App (BEDSide Mobility) to Support Nurses' Tasks at the Patient's Bedside: Usability Study<sup>21</sup> uvádí, že sestry strávily 19 % své doby dokončováním dokumentace bez ohledu na používání elektronického mapování ve srovnání se všemi ostatními kategoriemi péče. Tato zjištění naznačují, že integrované elektronické lékařské záznamy a počítačové ošetrovatelské poznámky nezvyšují čas, který sestry stráví dokumentací. Studie uvádějí, že do dokumentace bylo vynaloženo až 30 % denní pracovní zátěže.

Z vyhodnocení časových údajů v šetření této práce vyplývá, že administrativním činnostem věnuje sestra čtyři hodiny času, tedy jednu třetinu dvanáctihodinové pracovní doby.

---

<sup>21</sup> EHRLER, F., WEINHOLD, T., JOE, J., LOVIS, Ch., BLONDON, K. A Mobile App (BEDSide Mobility) to Support Nurses' Tasks at the Patient's Bedside: Usability Study. In: JMIR mHealth and uHealth [online]. 2017 Vol 6, No 3 (2018): ISSN 2291-5222 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://preprints.jmir.org/preprint/9079>

## 7 Závěr

Bakalářská práce je věnována problematice zdravotnické dokumentace se zaměřením na dokumentování ošetrovatelské péče poskytované na standardní ošetrovací jednotce.

Prvním cílem práce bylo zjistit, v kterém roce sestry začaly vést dokumentaci. V rámci výzkumného šetření byla provedena historická sonda do zdravotnické dokumentace se zaměřením na vznik a její vývoj. V centrální spisovně oblastní nemocnice byly dohledány první záznamy datované rokem 2001, a sice formuláře pro zápis ošetrovatelské anamnézy a hlášení sester pro zaznamenávání ošetrovatelského procesu. Dokumentace se průběžně vyvíjela a aktualizovala. Z dostupných dat bylo zjištěno, že k největším změnám docházelo v letech 2001 až 2010.

Druhý cílem bylo zjistit reálnou časovou náročnost dílčích ošetrovatelských procesů. Tento cíl byl uskutečněn časovým stínováním. U jednotlivých činností byly zjištěny časové rozdíly provádění úkonů, od vteřinových až po několikaminutové.

Z výzkumného šetření byly zaznamenány tyto poznatky: za vteřinové činnosti jsou označovány zápisy naměřených hodnot, měření glykémie a zápis naměřené hodnoty do žádanky a lékové karty, zápis sedimentace a doplnění a roztřídění žádanek po odběru pacienta. Z minutových činností vyplňování žádanek k transportu, zápis do technického hlášení, odpis návykové látky, záznam o rehabilitaci či záznam o provedeném převazu. Činnost, která byla pro respondentky sledovaného souboru časově nejvíce náročná, bylo administrativní zpracování příjmu pacienta. Mezi další časově náročné aktivity lze na základě časového stínování zařadit i dokumentování hodnocení a realizaci ošetrovatelské péče, ale také popisování léčiv, což nebylo předpokládáno.

Hlavním a třetím cílem práce bylo zjistit reálnou časovou náročnost dokumentování ošetrovatelské péče, zjištění celkového času, který sestra věnuje zpracování veškeré administrativy. Během dvanáctihodinové směny věnuje této činnosti až čtyři hodiny.

Kvalitativní výzkumnou část je nutno označit za průzkumnou sondu, a to z důvodu malého počtu respondentů. Jistou překážkou byl i nedostatek aktuálních literárních pramenů, které se touto problematikou zabývají. Námětem pro podrobnější zpracování tohoto tématu by bylo provedení rozhovorů s nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Zdravotnická dokumentace je aktuálně řešena novelou vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Od června roku 2018 bude publikována ve Sbírce zákonů. V následujících měsících bude implementována do praxe. Před uvedením do praxe je nutné komunikovat s nelékařským zdravotnickým personálem, který by vznesl návrhy k formě a obsahu dokumentace. Je nutné se snažit dostát povinnostem vyplývajícím ze zákonné normy, ale snažit se i zakomponovat připomínky a požadavky sester k ošetrovatelské dokumentaci.

Jedním z návrhů by mohla být úprava ošetrovatelské dokumentace, která by se týkala zjednodušení. Při realizaci a úpravě dokumentace by bylo vhodné se zaměřit na zapisování duplicitních záznamů ve stejném formuláři. Příkladem je zapisování stejného data do několika kolonek nebo přepis skóre u rizik v ošetrovatelském formuláři. Dalším opatřením je snížení počtu formulářů pro zaznamenávání ošetrovatelského procesu. Zápisy o provedených činnostech a shrnutí záznamu o stavu pacienta zapisovat do jednoho formuláře na jeden den. Zamyslet se nad jinou organizací práce při příjmu pacienta. Zvážit, zda by základní identifikační údaje mohla zadávat administrativní pracovníce nebo sestra v důchodu, která by si přivydělávala na minimální úvazek.

Zlepšení by přineslo i sjednocení dokumentace mezi stejnými typy ošetrovatelských jednotek. V případě výpomoci či přechodu sestry na jiné oddělení by sjednocená dokumentace jistě byla výhodou pro lepší orientaci sestry na daném pracovišti a zajištění větší efektivity ošetrovatelského procesu.

Za zvážení stojí i zavedení elektronické dokumentace. Za přínos pro zdravotnické pracovníky považují rychlejší zpracování údajů, zabránění duplicitě záznamů, lepší přehlednost, čitelnost a tím zabránění špatného podání léku. Vydání špatného léku by šlo předejít i přípravou léků pro pacienta v centrální lékárně přes identifikaci pacienta skenováním kódu na jeho náramku. Pokud by

informační systém nabízel přehledné, strukturované informace, mohlo by se upustit od vyplňování ošetrovatelských překládových zpráv. Vhodné by bylo, kdyby nemocniční informační systém podporoval práci sester vytvářením seznamu každodenních činností, který by nabízel širokou škálu intervencí. Zjednodušením a přínosem by také možná byla spolupráce počítačových techniků při nastavení předtištěných štítků pro přípravu infuzí. Řešení digitální formy dokumentace je bohužel limitující z finančních důvodů. Pro dobrou organizaci zdravotní péče a efektivní přínos je potřeba pro ošetrovatelský proces zajistit dostatek přenosných počítačů, který by personál využíval po celou dobu směny. Smartphony by měly podporovat mobilitu sester a usnadnit jim zápisy u lůžka. Neméně důležitým procesem je zácvik personálu v ovládnutí programu.

Pro správnou organizaci kvalitní a účinné péče o pacienta zůstane dokumentace nadále důležitým zdrojem informací o poskytované péči a prostředkem pro efektivní komunikaci mezi profesionály zdravotnického systému.

## 8 Souhrn

Vedení dokumentace zdravotnickým nelékařským pracovníkem je důležitým procesem ošetrovatelské praxe. Poskytování ošetrovatelské péče je vzájemně provázané s následným zaznamenáváním a dokumentováním. Její přínos zajišťuje kontinuitu péče, její kvalitu a usnadňuje komunikaci mezi členy v týmu.

Práce byla zaměřena na časovou náročnost sester při vedení ošetrovatelské dokumentace a při provádění dílčích činností ošetrovatelského procesu na standardním oddělení interního typu pomocí etnografického výzkumu.

Zjištěné informace mohou přispět k zamyšlení nad obsahem při vedení dokumentace a organizaci při plánování ošetrovatelského procesu. Ve spolupráci se zdravotnickým personálem najít řešení k úpravě ošetrovatelské dokumentace a tím snížit administrativní zátěž. Těmito kroky se snažit změnit negativní postoj zdravotnických pracovníků k dokumentování ošetrovatelské péče.

## 9 Seznam použité literatury

ALLEN, D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. In: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 1998, 27 (6), 1223–1230. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/13620767>

BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde, 2005. 204 s. ISBN: 80-7201-544-3.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Česká asociace sester bojuje za snížení administrativní zátěže zdravotníků In: *CNNA* [online]. 14. března 2017 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/akce/tiskova\\_zprava\\_2017\\_02.pdf](http://www.cnna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_02.pdf)

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [online]. Praha, 2002. [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/vedeni-osevovatelске-dokumentace>

EHRLER, F., WEINHOLD, T., JOE, J., LOVIS, Ch., BLONDON, K.. A Mobile App (BEDSide Mobility) to Support Nurses' Tasks at the Patient's Bedside: Usability Study. In: *JMIR mHealth and uHealth* [online]. 2017 Vol 6, No 3 (2018): ISSN 2291-5222 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://preprints.jmir.org/preprint/9079>

FIŠAROVÁ, Z. Elektronická dokumentace a zkušenosti sestry. In: *Florence* [online]. 2010, (9) [cit. 2018-03-25]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/9/elektronicka-dokumentace-a-zkusenosti-sestry/>

MACH, J. *Lékař a právo*. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-7349-0.

PAPATHANASIOU, I., KOTROTSIOU, S., BLETSA, V. Nursing documentation and recording systems of nursing care. In: *Health Science Journal*. Issue 4, 2007. [online] [cit. 2018-01-15] Dostupné z:

<http://www.hsj.gr/medicine/nursing-documentation-and-recording-systems-of-nursing-care.pdf>

PODSTATOVÁ, R. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. Prezentace na konferenci Inmed 2014. [online]. 19.–20. 11. 2014. Dostupné z: <http://docplayer.cz/6220975-Vedeni-zdravotnicke-dokumentace-nejcastejsi-problemy-v-praxi-rndr-renata-podstatova-ceska-spolecnost-pro-akreditaci-ve-zdravotnictvi.html>

POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

ŘEZÁČOVÁ, T. *Naplňování kritérií pro poskytování ošetrovatelské péče*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí diplomové práce Marie Trešlová.

UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J.. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace: Návod pro praxi*. Praha, Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-01-15]. ISSN: 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2017-12-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## 10 Seznam zkratek

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
CRP	C - reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
CTA	výpočetní tomografie a angiografie mozku
CŽK	centrální žilní katetr
ČAS	Česká asociace sester
EKG	elektrokardiogram
FW	sedimentace erytrocytů
GGT	gamaglutamyltransferáza
GP	glykemický profil
INR	international normalization ratio
JS	jaterní soubor
K+C	kultivace + citlivost
KO	krevní obraz
LMWH	nízkomolekulární heparin
MK	močový katétr
MS	močový sediment
P	puls
PK	periferní katétr
PNC	penicilin
PVK	periferní venózní katétr
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SPO 2	saturace
SZŠ	střední zdravotnická škola
T4 volný	tetraiodtyronin
TK	krevní tlak

TS	tracheostomická kanyla
TSH	tyreotropní hormon adenohipofýzy
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála
VOŠZ	vyšší odborná škola zdravotnická
ZD	zdravotnická dokumentace

## 11 Seznam tabulek

Tabulka 1 Účastníci pozorování.....	20
Tabulka 2 Jednotlivé postupy při příjmu pacienta .....	32
Tabulka 3 Celkový čas administrativní realizace (sepsání) příjmu .....	32
Tabulka 4 Čas administrativní realizace (sepsání) propuštění.....	33
Tabulka 5 Čas administrativní realizace (sepsání) překlada.....	34
Tabulka 6 Čas monitorování FF, bolesti, vyprazdňování a glykémie.....	35
Tabulka 7 Čas na psaní ošetřovatelských záznamů .....	37
Tabulka 8 Celkový čas pro podání léků.....	38
Tabulka 9 Čas na označování léků a infuzí po celou dobu směny.....	39
Tabulka 10 Čas provedení zápisu o realizaci převazu .....	40
Tabulka 11 Čas kontroly chorobopisu o víkendové službě .....	41
Tabulka 12 Čas vyplnění žádanek na laboratorní vyšetření .....	42
Tabulka 13 Čas na doplňování žádanek.....	43
Tabulka 14 Čas vyplňování žádanky k transportu o víkendové službě .....	43
Tabulka 15 Čas provedení záznamu o realizaci rehabilitace .....	44
Tabulka 16 Čas na odepsání výdeje návykové látky .....	45
Tabulka 17 Čas zápisu do technického hlášení.....	46
Tabulka 18 Souhrnná tabulka všech sledovaných činností.....	46

## 12 Seznam příloh

Příloha Ia – léková karta .....	63
Příloha Ib – léková karta, zadní strana .....	64
Příloha II – Nutriční list pacienta .....	65
Příloha IIIa – ošetřovatelská anamnéza.....	66
Příloha IIIb – plán ošetřovatelské péče .....	67
Příloha IIIc – realizace ošetřovatelského plánu .....	68
Příloha IIId – ošetřovatelská rizika .....	69
Příloha IV – edukace.....	70
Příloha V – záznam o převazech.....	71
Příloha VI – Žádost o souhlas se sběrem dat .....	72



**Příloha Ib – léková karta, zadní strana**

KATEGORIE	DATUM / DEN POBYTU											
	R	P	V	N	R	P	V	N	R	P	V	N
Teplota (st. C)												
	40											
	39											
	38											
	37											
	36											
TK (mmHg) - sTK												
- dTK												
VAS												
PULS												
SATURACE												
GLYKEMICKÝ PROFIL												
CVT												
IZOLACE												
FW												
Výška [cm] Hmotnost [kg]												
PŘÍJEM TEKUTIN per os.												
PŘÍJEM TEKUTIN (ml) i. v.												
PŘÍJEM TEKUTIN / 24 hod. /												
WYDEJ TEKUTIN (ml)												
DIUREZA (ml)												
WYDEJ NGS												
STOLICE (počet)												
INKONTINENCE STOLICE												





## Příloha IIIb – plán ošetřovatelské péče

### OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNOSTIKA

Datum stanovila	ošetřovatelská diagnóza	očekávané výsledky/ošetřovatelské cíle	ošetřovatelské intervence	Datum ukončila
	<b>1. Bolest z důvodu:</b> <b>Akutní</b> <b>Chronická</b> léčebného nebo dg. výkonu projevu onemocnění psychosociálního	pacient udává vymizení bolesti nebo její snížení pacient má způsoby přinejmenší úlevy pacient spí klidně	zhodnotit charakter, intenzitu a kvalitu podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledují jejich účinky použít psychoterapeutický přístup zajistit nemocnému pohodlí, úlevovou polohu sleduj změny charakteru bolesti, SF	
	<b>2. Deficit sebeděje při oblékání, koupání, hygieně, jídle, vyprazdňování z důvodu</b> omezení svalové síly neuromuskulárního/ muskuloskeletálního poškození poruchy hydrace perorální, kognitivní poruchy mechanických zábran (zábra, dlahy, extenze, napojení na UPV) bolest psychologického stavu deprese	pacient je v běžných činnostech soběstačný pacient je seznámen s pomůckami, které mu pomohou v péči o sebe pacient je seznámen s profesionální i laickou pomocí pacient zvládá sebeděči s dopomocí pacient má zájemnou péči ve všech složkách	zjistit míru soběstačnosti zajistit péči pacienta, radmu vytvořit vhodné prostředí (soukromí, dostupnost času, dostupné pomůcky...) provádět/zajistit nácvik soběstačnosti podporuj nemocného ve snaze o zlepšení stavu zajistit komplexní ošetřovatelskou péči	
	<b>3. Riziko pádu/traumatu z důvodu</b> poruchy pohybu, ustájení zrychlové poruchy poruchy rovnováhy zanedbávání pravidel bezpečnosti kognitivní, emoční poruchy vedlejších účinků farmakoterapie	pacient si je vědom možnosti pádu, úrazu a ví, jak mu předejít jsou odstraněny rizikové faktory vedoucí k pádu úrazu a upraveno prostředí	zjistit rizikové faktory, aktuální stav a úroveň postižení a pohyblivost zajistit pomůcky pro bezpečnost a pomůcky k úlevě (lidská, technická, posturace, vyška lůžka) upravit vhodné oblečení vysvětlit důležitost vhodné obnovy, správného používání pomůcek, přivazání pádu, úrazu	
	<b>4. Riziko infekce z důvodu</b> invazivní výkon, vstup (PVK, CVK, PkH, PEG, dreny, tracheostomie, endotracheální sonda, sondy GIT,...) poruchy imunitních obranných mechanismů (božní kůže, nosmatické postavení tkání, stáze tělesných tekutin) imunoprese nedostatečné výživy	pacient chápe příčinu vzniku a má postupy vedoucí k prevenci infekce pacient dodržuje životní styl účinné hojení rány u pacienta se neobjeví známky ani celkové známky infekce TT je ve fyziologickém rozsahu	edukace, vysvětlit dobrými hygieny nízkých potrubí k osobní hygieny a životní styl dodržuj hygienické požadavky (mytí a dezinfekce rukou, ochranné pomůcky) sleduj minimálně 2x denně místní projevy infekce (téma, invazivní vstup) sleduj funkčnost, tělhu uzavření invazivních vstupů (dodržuj aseptický postup při převazech, výkonech, ošetřování, výměně vstupů) sleduj TT, barvu a přetok moči	
	<b>5. Riziko poškození kožní integrity/ poškození kožní integrity z důvodu</b> chirurgického výkonu dlouhodobé imobilizace poruchy CRIS změny výživy vyšší vlhkosti vlivem hyper/hypotermie psanění	kůže je neponošená, dostatečně prokrvená a hydratovaná rána vykazuje známky hojení (granulace, epitelizace) kožní kůže, rána, dekuubit se hojí bez komplikací bez sekundární infekce nemocný je dostatečně hydratovaný nemocný nepostihuje bolest	zjistit vyvolávající příčinu denně sleduj stav kůže (predilekční místa) kůži promazávej vhodnými přípravky dodržuj zásady aseptiky při ošetřování rány pravidelně ránu převazuj, sleduj pro ces hojení polohuj nemocného používej adekvátní pomůcky zajistí dostatečnou výživu a hydrataci zajistí zvýšenou hygienickou péči	
	<b>6. Deficitní vědomosti z důvodu</b> nedostatečné informovanosti emocionální porušení schopnosti zapamatovat si/motivace nesprávného pochopení sledovacích informací	pacient je informován (s ohledem na věk, stav...) o svém onemocnění a léčebném postupu pacient chápe informace a rozumí jim pacient aktivně spolupracuje	zjistí do jaké míry pacient zná své onemocnění, příznaky/účty, prevenci zajistí informovanost pacienta k léčbě poskytni informace po částech a přerušit to, že nemocný všemu rozumí dodávej informace, které mají pro pacienta význam dodržuj zásady optimální komunikace	
	<b>7. Riziko deficitu tělesných tekutin/ Deficit tělesných tekutin z důvodu</b> aktovních ztrát (zvracení, průjem, drát, hypertermie, žiludovní sondy, krvácení, diuretika, opoždlení) selhání regulačních mechanismů nedostatek příjmu tekutin	kožní turgor je v normě sliznice jsou vlhké pacient chápe vyvolávající příčiny a přijal nápravných opatření	sleduj bilanci tekutin: aktivity ztráty sleduj TF (ústa, TK, R, D, TT, vyprazdňování) sliznice, kožní turgor zajistí rehydrataci per os zajistí iv vstup a podlévej infuzní roztoky, léky dle ordinace lékaře edukuj pacienta o nutnosti sledovat svůj bilanci tekutin, o dostatečné hydrataci, účincích léků	

# Příloha IIIc – realizace ošetrovatelského plánu

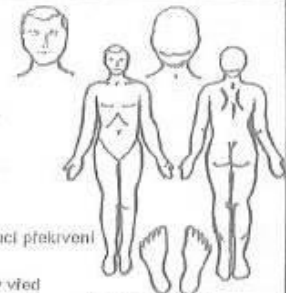
## REALIZACE OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU

Datum	D		N		D		N		D		N		D		N									
	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12								
Osobní hygiena	celková koupel																							
	dopomoc při hygieně																							
	ústřední hygiena na lážku																							
	hygiena DU																							
	masáž zad, péče o kůži																							
	mytí vlasů																							
	holení																							
	péče o oči, nos, uši, nehty																							
	Koupele DK																							
	posazování na lážku																							
Pohybová aktivace	posazování mimo lážku																							
	dopomoc při chůzi																							
	dechová cvičení																							
	RuB																							
	antidekubitní matrace																							
	připrava stravy k lážku																							
	krmění																							
	zavedení NG sondy																							
	krmění NG sondou, PEG																							
	podávání tetulin																							
Vyživa	výměna jednoráz. plien																							
	permanenční močový katétr č.																							
	výměna močového sáčku																							
	českování																							
	kluzma/stolice																							
	zavedení a převaz ošeterení kanyly																							
	zavedení a převaz CVK																							
	péče o drén																							
	výměna trach. kanyly																							
	podávání																							
Péče o dýchací cesty	oxygenterapie																							
	inhalace																							
	převaz rány																							
	bandáže																							
	péče o stomii																							
	obklad/y/ledy																							
	kontakt s rodinou																							
	Polohevní	PB, Z, LB, B																						
		6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2





## Příloha V – záznam o převazech

CHARAKTERISTIKA KOŽNÍ LEZE										ZDE MALEPIT ŠTÍTEKI	
Druh, lokalizace, velikost:										 <p>Stupeň: I. Neblednoucí překrvení II. Puchýře III. Povrchový vřed (ne pod fascií) IV. Hluboký vřed (sval, kost)</p> <p>Stupeň zakresit na příslušné místo červeně</p>	
ANALÝZA RÁNY					POVAHA RÁNY						
délubitus	<input type="checkbox"/>				epitalizace	<input type="checkbox"/>					
ulcus cruris	<input type="checkbox"/>				granulace	<input type="checkbox"/>					
gangréna	<input type="checkbox"/>				fibrinový povlak	<input type="checkbox"/>					
operační	<input type="checkbox"/>				nekrotická tkáň	<input type="checkbox"/>					
jiný defekt	<input type="checkbox"/>				ostatní	<input type="checkbox"/>					
EXUDÁT		ZÁPACH			OKRAJE RÁNY						
bílý	<input type="checkbox"/>	ostrý	<input type="checkbox"/>				ohraničené	<input type="checkbox"/>			
žlutý	<input type="checkbox"/>	lehký	<input type="checkbox"/>				neohraničené	<input type="checkbox"/>			
zelený	<input type="checkbox"/>	žádný	<input type="checkbox"/>				klidné	<input type="checkbox"/>			
krvavý	<input type="checkbox"/>	jiný	<input type="checkbox"/>				edém	<input type="checkbox"/>			
INFEKCE					BOLEST		ALERGIE				
suspektní	<input type="checkbox"/>				mírná	<input type="checkbox"/>	jak dlouho je léze otevřená:				
stěry	<input type="checkbox"/>				střední	<input type="checkbox"/>					
potvrzená	<input type="checkbox"/>				silná	<input type="checkbox"/>					
Celkový stav okolní kůže:										RÁNA OŠETŘENA	
Obecné faktory prodlužující dobu hojení:											
Antidekubitní pomůcky:											
Předchozí léčba (úspěšnost, problémy)											
Datum:											
Velikost:											
Vzhled:											
Ošetření:											
Další převaz:										Podpis:	
Polohování: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24										2 4	
Datum:											
Velikost:											
Vzhled:											
Ošetření:											
Další převaz:										Podpis:	
Polohování: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24										2 4	
Datum:											
Velikost:											
Vzhled:											
Ošetření:											
Další převaz:										Podpis:	
Polohování: 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24										2 4	
PB - pravý bok, Z - záda, LB - levý bok, B - břicho											

## Příloha VI – Žádost o souhlas se sběrem dat

Vážená paní

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Oblastní nemocnice

V , 1. 8. 2017

Věc: Žádost o souhlas se sběrem dat pro bakalářskou práci na interním oddělení.

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Monika Pitthardová. Pracuji jako vrchní sestra na neurologickém oddělení Oblastní nemocnice a.s.

Obracím se na Vás se žádostí o souhlas se sběrem dat pro empirickou část mé bakalářské práce na oddělení, kde pracuji. Tématem mé bakalářské práce je problematika činnosti všeobecné sestry u lůžka, vedoucí práce je PhDr. Marie Zvoníčková z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK.

Sběr dat bude probíhat metodou zúčastněného pozorování a zaznamenávání činností, které sestra ve směně provádí, s následným doplněním formou polostrukturovaného rozhovoru s pozorovanými sestrami. Získala jsem předběžný souhlas své přímé nadřízené prim. MUDr. i kolegyně – sestry z neurologického a interního oddělení. Pokud budete s výzkumným šetřením souhlasit, ráda poskytnu jeho výsledky vedení nemocnice.

Děkuji Vám.

S úctou

Monika Pitthardová

e-mail: [pitthardovamonika@seznam.cz](mailto:pitthardovamonika@seznam.cz)

Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči: souhlasím

Datum: 1.8.2017

Podpis:

