

Analýza výukové ošetrovatelské dokumentace

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Michael Sameš**
Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.



Analysis of Education Nursing Documentary

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Michael Sameš**
Supervisor: Mgr. Martin Krause, DiS.



Zadání bakalářské práce

Analýza výukové ošetrovatelské dokumentace

Jméno a příjmení: **Michael Sameš**
Osobní číslo: D16000070
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2017/2018**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Zjistit kritické oblasti v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace.
- 2) Zjistit míru zastoupení kritických bodů v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace.
- 3) Zjistit návrhy studentů na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace.
- 4) Vytvořit revizi současné výukové ošetrovatelské dokumentace. Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce): Všeobecná sestra pracuje s ošetrovatelskou dokumentací, která je zakotvena ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., která byla novelizována vyhláškou č. 137/2018 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Ošetrovatelská dokumentace je důležitým nástrojem v práci všeobecné sestry. Správné, čitelné a důsledné vedení chrání všeobecnou sestru před případnými právními postihy, ale do jisté míry také pacienta před poškozením. Výstupem bakalářské práce bude revize současné výukové ošetrovatelské dokumentace používané na FZS TUL.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

- 1a) Jaké jsou kritické body v oblasti Posouzení současného zdravotního stavu ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
 - 1b) Jaké jsou kritické body v oblasti Hodnotící tabulky ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
 - 1c) Jaké jsou kritické body v oblasti Posouzení stavu potřeb ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
 - 1d) Jaké jsou kritické body v oblasti Plán péče ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
 - 2a) Předpokládáme, že 70 % a více studentů uvádí jednotky u naměřených hodnot.
 - 2b) Předpokládáme, že 70 % a více studentů adekvátně zhodnotí Barthelův test základních všedních činností na základě anamnézy pacienta.
 - 2c) Předpokládáme, že 70 % a více studentů adekvátně zvolí určující znaky při stanovení ošetrovatelské diagnózy v části Posouzení stavu potřeb.
 - 2d) Předpokládáme, že 60 % a více studentů adekvátně definuje cíl v plánu ošetrovatelské péče.
 3. Jaké jsou názory studentů na současnou výukovou ošetrovatelskou dokumentaci?
- Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě provedení předvýzkumu.

Metoda: Kvalitativně-kvantitativní metoda Technika práce, vyhodnocení dat:

- Technika práce pro cíl číslo 1: analýza dokumentů a polostrukturované pozorování
Technika práce pro cíl číslo 2: strukturované pozorování
Technika práce pro cíl číslo 3: polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor.
Vyhodnocení dat: Zjištěná data z dokumentací budou zpracována do grafů v Microsoft Office Excel 2013. Rozhovory budou nahrány na diktafon a poté přepsány do programu Microsoft Office Word 2013. Části dokumentů budou analyzována pomocí otevřeného kódování.
Kvalitativní metoda: zaznamenané rozhovory budou přepsány do programu Microsoft Office Word 2013.
Kvantitativní metoda: zjištěná data z dokumentací budou přepsána do Microsoft Office Excel 2013.
Místo a čas realizace výzkumu:
Místo: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií.
Čas výzkumu: leden-únor 2019
Vzorek: Respondenti: Studenti 2. a 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci, studijního oboru Všeobecná sestra.
Vzorek k cíli číslo 1: Studentská ošetrovatelská dokumentace, počet: po dosažení teoretické saturace.
Vzorek k cíli číslo 2: rozbor Studentské ošetrovatelské dokumentace, počet: 30.
Vzorek k cíli číslo 3: studenti 2. a 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, počet po dosažení teoretické saturace. Počet viz vzorek.

Rozsah pracovní zprávy: 50-70stran
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická



Seznam odborné literatury:

- ACKLEY, B. J., G. B. LADWIG a M. B. FLYNN. 2016. Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. Saint Louis: Elsevier. ISBN 978-03-2332-224-9.
- BARTÍK, Václav a Eva, JANEČKOVÁ. 2013. Ochrana osobních údajů v aplikační praxi. Praha: Linde. ISBN 978-80-86131-96-2.
- ČESKO. 2012. Vyhláška 98 ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2017. Vyhláška 470 ze dne 21. prosince 2017, kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. Minimální požadavky na studijní program k získání odbornosti k výkonu nelékařské profese. In: Sbírka zákonů České republiky. 2017, částka 1, s. 810. ISSN 1211-1244.
- EVROPSKÝ PARLAMENT A RADA EVROPSKÉ UNIE. 2016. Nařízení Evropského parlamentu a Rady Evropské unie 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). In: Úřední věstník Evropské unie. Svazek 59, s. L119/1L119/88. ISSN 1977-0626.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- NANDA. 2015. Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2475-412-3.
- TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ. 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- TĚŠITELOVÁ, Vladimíra et al. 2017. Jak implementovat Nařízení Evropského parlamentu a Rady 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES do resortu zdravotnictví. Praha: MZČR. ISBN neuvedeno.
- TÓTHOVÁ, Valerie. 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- UHEREK, Pavel. 2014. Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-476-7.
- VÖRÖSOVÁ, G., A., SOLGAJOVÁ a A. ARCHALOUSOVÁ. 2015. Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5304-1.

Vedoucí práce: Mgr. Martin Krause, DiS.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce: 28. dubna 2018

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2019

L. S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci 30. listopadu 2018

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

28. 5. 2019

Michael Sameš

Anotace v českém jazyce

Jméno příjmení:	Michael Sameš
Instituce:	Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Analýza výukové ošetrovatelské dokumentace
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Krause DiS.
Počet stran:	62
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2019

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá výukovou ošetrovatelskou dokumentací, která se využívá ve výuce studentů studijního oboru Všeobecná sestra. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá zdravotnickou dokumentací včetně ošetrovatelské dokumentace. Zabývá se nejen legislativou, ale také i ošetrovatelským procesem, který je všeobecnými sestrami používán, včetně záznamu do ošetrovatelské dokumentace pacienta. Výzkumná část je realizována pomocí kvantitativně-kvalitativní metody výzkumu. Cílem práce bylo zjistit kritické body v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace a zároveň zjistit návrhy studentů k její revizi. Je použita technika polostrukturovaného pozorování a analyzování dokumentů, konkrétně výukové ošetrovatelské dokumentace. Součástí výzkumu byly uskutečněny rozhovory se studenty. Výstupem této práce je revize současné výukové ošetrovatelské dokumentace.

Klíčová slova: ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská dokumentace, student, zdravotnická dokumentace

Annotation

Name and surname: Michael Sameš

Institution: Technical university of Liberec Faculty of Health Studies

Title: Analysis of education nursing documentary

Supervisor: Mgr. Martin Krause DiS.

Pages: 62

Apendix: 8

Year: 2019

Summary:

This bachelor thesis explores the topic of educative nursing documentation used in the study programme for the Bachelor degree (Bc.) in General Nursing Studies. The thesis is divided into two parts, covering both the theory and the research. The theoretical part examines medical documentation, especially the nursing documentation. Its focus is both on the relevant legislation as well as the nursing process used by general nurses which includes the writing of a record in a patient's nursing documentation. The research part is realised through the use of quantitative-qualitative research methods. The aim was to ascertain the focal points required in the individual parts of nursing documentation as well as to examine the students' revision proposals. The method used consists of semi-structured observance and document analysis, specifically the analysis of educative nursing documentation. Student interviews were a part of the research. The final output of the thesis is a proposed revision of educative nursing documentation.

Keywords: nursing, nursing proces, nursing documentation, student, medical documentation

Obsah

1 Úvod.....	11
2 Teoretická část	12
2.1 Legislativa v souvislosti se zdravotnickou dokumentací	12
2.2 Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace	14
2.2.1 Účel zdravotnické dokumentace.....	14
2.2.2 Obsah zdravotnické dokumentace a ošetrovatelské dokumentace	15
2.2.3 Zásady vedení zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace	16
2.2.4 Archivace zdravotnické dokumentace.....	17
2.2.5 Skartace zdravotnické dokumentace	18
2.3 Ošetrovatelský proces v souvislosti s ošetrovatelskou dokumentací.....	18
2.3.1 Posouzení.....	19
2.3.2 Diagnostika.....	20
2.3.3 Plánování	22
2.3.4 Realizace.....	23
2.3.5 Vyhodnocení.....	23
3 Výzkumná část.....	25
3.1 Cíle, výzkumné otázky a výzkumné předpoklady	25
3.1.1 Cíle	25
3.1.2 Výzkumné otázky	25
3.1.3 Výzkumné předpoklady.....	25
3.2 Metodika výzkumu.....	26
3.3 Analýza výzkumných dat.....	27
3.3.1 Analýza výzkumných dat pro první etapu výzkumu	27
3.3.2 Analýza výzkumných dat pro druhou etapu výzkumu	31
3.3.3 Analýza výzkumných dat pro třetí etapu výzkumu	45
3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů	48
3.4.1 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro první etapu výzkumu	49
3.4.2 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro druhou etapu výzkumu	50
3.4.3 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro třetí etapu výzkumu	52
4 Diskuze	53
5 Návrh doporučení pro praxi.....	58
6 Závěr	59

Seznam použité literatury	60
Seznam tabulek	63
Seznam grafů	64
Seznam schémat.....	65
Seznam příloh	66

Seznam použitých zkratk

ADL	Activity Daily Living
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
D	dokumentace
Dg.	diagnóza
č.	číslo
EU	Evropská unie
FF	fyziologické funkce
GCS	Glasgow Coma Scale
GDPR	General Data Protection Regulation
i.v.	intravenózně
kol.	kolektiv
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Association
NPO	nic per os
Obr.	obrázek
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
R	respondent
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	sbírka
Tab.	tabulka
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzn.	to znamená
VAS	vizuální analogová škála
Σ	celková četnost

1 Úvod

Vedení zdravotnické dokumentace je součástí každodenní práce zdravotnických pracovníků, obzvláště všeobecných sester, kteří s ní přichází každodenně do styku. Řádným a pravdivým vyplňováním chrání zdravotnický pracovník nejen sám sebe, ale do určité míry zároveň i pacienta. Práce se zdravotnickou dokumentací není jednoduchá, proto musí být již od počátku pacientovy hospitalizace přesně vedena. Na vedení a vyplňování zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace se často zaměřují auditoři kvality a současně je jedním z předmětů zkoumání při hodnocení a udílení akreditace zdravotnického pracoviště. Průběžně je stále vyhodnocována a revidována tak, aby vyhovovala každodennímu provozu oddělení. Právě všeobecná sestra přichází denně nejvíce do kontaktu s pacienty a do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává zjištěná údaje, od celkového stavu pacienta až například po proběhlou edukaci. Nejen z těchto důvodů je potřebné, aby se studenti studijního oboru Všeobecná sestra seznámili a získali vědomosti a dovednosti o tom, jak s dokumentací pracovat a náležitě s ní nakládat.

Cílem bakalářské práce je zjištění kritických bodů v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace a míra jejich zastoupení v jednotlivých výukových ošetrovatelských dokumentacích. Následným cílem je zjištění názorů studentů a jejich podnětů k revizi výukové ošetrovatelské dokumentace. Výstupem této bakalářské práce je revidovaná výuková ošetrovatelské dokumentace, která by měla být používána studenty během teoretické a praktické výuky.

2 Teoretická část

2.1 Legislativa v souvislosti se zdravotnickou dokumentací

Povinná mlčenlivost je v České republice stanovena platnou legislativou, konkrétně zákonem č. 101/2000 Sb., zákon o ochraně osobních údajů, kdy povinnou mlčenlivost lze chápat jako ochranu každého subjektu před neoprávněným zasahováním do soukromých, citlivých a osobních údajů. Tento zákon stanovuje povinnosti, které musí správce vykonávat při nakládání s výše uvedenými údaji (Česko, 2000). Osobním údajem se rozumí jakákoliv informace, na jejímž podkladě lze identifikovat fyzickou osobu. Jedná se například o jméno, příjmení, rodné číslo, fotografie apod. (Evropský parlament a Rada Evropské unie, 2016). Se zdravotnickou dokumentací a jejím vedením právě proto úzce souvisí povinná mlčenlivost, která se vztahuje na všechny osobní, citlivé informace o pacientovi a zároveň také na informace o jeho zdravotním stavu. Každý pracovník ve zdravotnictví je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které získal při výkonu svého povolání (Uherek, 2014).

Při zpracování osobních údajů by měl zpracovatel dbát na to, aby subjekt údajů neutrpěl újmu na svých právech, zejména na právu na zachování lidské důstojnosti, a také by měl dbát na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života subjektu údajů (Česko, 2000). Porušením povinné mlčenlivosti se zdravotnický pracovník dopouští závažného přestupku, za který mu mohou být uděleny sankce. Nadále nejen zdravotnický pracovník, ale také poskytovatel zdravotních služeb může být pokládán za nedůvěryhodného a zodpovídat se v rámci v trestního stíhání. Za porušení povinné mlčenlivosti se považuje i vydání zdravotnické dokumentace do nepovolaných rukou, např. osobě, které pacient neudělil právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace (Policar, 2009).

GDPR (General Data Protection Regulation) neboli Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů), je nařízením, které vstoupilo v platnost 25. května 2018. GDPR je právním předpisem, který má celosvětový dopad, neboť se vztahuje na všechny subjekty, které nakládají s osobními údaji občanů Evropské unie nebo mají sídlo na území Evropské unie. Ukládá povinnosti všem subjektům, které se na nakládání s osobními údaji podílí. Pro subjekt údajů jsou

v GDPR kodifikována práva, z nichž některá jsou již v současné době upravena v právních předpisech České republiky, avšak jiná jsou zcela nová. Konkrétně se jedná o následující práva subjektu osobních údajů, viz Příloha A (Těšitelová, 2017).

Ze zákona jsou stanoveny i výjimky, kdy se povinná mlčenlivost nemusí dodržovat. Avšak tyto výjimky jsou stanoveny na potřebné minimum nejčastěji přímo týkající se poskytování zdravotnické péče a zajištění kontinuity zdravotnické péče a snížení rizik ohrožující pacientův život z nepředání důležitých informací dalším zdravotnickým pracovníkům. **Komunikace mezi zdravotníky**, znamená mimo, jiné, že povinnou mlčenlivost mezi sebou nemusejí dodržovat zdravotničtí pracovníci, podílející se na poskytování zdravotnické péče. Naopak, vzájemná a co nejpřesnější informovanost je důležitým předpokladem toho, že o pacienta bude řádně postaráno. Mezi zdravotnickými pracovníky, kteří se přímo neúčastní péče o pacienta, by neměla přesáhnout jistou úroveň ochrany soukromí pacienta, tzn. pacient by neměl být identifikován (Policar, 2009). Jednou z výjimek je **ochrana v trestním řízení**, kdy se za porušení povinné mlčenlivosti nepovažuje sdělování údajů v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení nebo sdělování skutečností soudu nebo jinému orgánu, je-li předmětem řízení před soudem nebo jiným orgánem spor mezi poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě jeho zaměstnancem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V tomto případě lze povinnou mlčenlivost porušit pouze ze soudního nařízení (Česko, 2011). Další výjimkou je **osoba určená pacientem**, kdy pacient má právo určit osobou, která může být informována o jeho zdravotním stavu, případně vyslovit souhlas za pacienta, pokud by se jeho zdravotní stav zhoršil a pacient nemohl rozhodnout. Pacient může stanovit libovolný počet osob a kdykoliv své rozhodnutí také odvolat. Na základě udělení souhlasu mohou tyto osoby nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta, pořizovat si výpisy či kopie. Určení, že některá osoba má tyto pravomoci, je třeba zaznamenat do informovaného souhlasu, stvrdit podpisem lékaře a pacienta a následně založit do zdravotnické dokumentace (Policar, 2009).

2.2 Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

Odpověď jaká je definice zdravotnické dokumentace je složitá z důvodu, že autoři odborné literatury uvádějí rozdílné definice. Proto nelze zcela jednoznačně odpovědět. Při hledání odpovědi na tuto otázku lze nahlédnout do zákona č. 499/2004 Sb., zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů (Policar, 2009), kdy v § 2 písmena e) se dokumentem rozumí každá písemná, obrazová, zvuková, elektronická, nebo jiná zaznamenaná informace, ať již v podobě analogové či digitální, která byla vytvořena (Česko, 2004). Dle Policara je zdravotnická dokumentace **nosič** zjištěných či uložených záznamů, týkající se osobních údajů a všech informací týkajících se pacientova zdravotního stavu (Policar, 2009). Každý poskytovatel zdravotnických služeb má povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, přičemž tato povinnost je v České republice dána platnou legislativou, konkrétně vyhláškou 137/2018 Sb., vyhláška kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., vyhláška o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2018).

2.2.1 Účel zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace ale také ošetrovatelská dokumentace je především zdrojem informací, sloužící pro potřeby zdravotnických pracovníků, kteří s ohledem na zaznamenané informace na jednom místě mohou mnohem lépe zvolit diagnostickou a léčebnou strategii, a také lépe porozumět zdravotnímu stavu pacienta a jeho vývoji v čase. Dále slouží jako důkaz, že péče byla poskytnuta lege artis. Také je důkazem pro zdravotní pojišťovny, že zdravotní péče, za kterou poskytovatel zdravotnických služeb požaduje od zdravotní pojišťovny úhradu, byla skutečně poskytnuta. Dále může sloužit jako důkazní materiál v případném řízení proti pachateli trestného činu, který způsobil pacientovi škodu na zdraví. Zdravotnická dokumentace je stálým podkladem pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče, ať již při interních hodnoceních nebo při externích, v případě realizace pro dosažení akreditace či certifikace. V neposlední řadě slouží i při výuce budoucích zdravotnických pracovníků (Policar, 2009).

2.2.2 Obsah zdravotnické dokumentace a ošetrovatelské dokumentace

Zdravotnická dokumentace, která je současně tvořena i ošetrovatelskou dokumentací, by měla obsahovat identifikační údaje poskytovatele zdravotnických služeb, nadále identifikační i kontaktní údaje o pacientovi. Dalším obsahem by měly být informace o zdravotním stavu pacienta, průběhu a výsledku poskytovaných služeb i péče. Nadále by měla obsahovat anamnestické údaje, lékařské i ošetrovatelské. Obsahem by měla být konečná lékařská diagnóza i pracovní závěry, návrh dalšího léčebného postupu a záznamy o současném léčebném postupu, také informace o subjektivním i objektivním zdravotním stavu pacienta. Zdravotnická dokumentace by měla obsahovat záznamy o předepsání a podání léčivých přípravků a potravin pro zvláštní léčebné účely, záznamy o provedené ošetrovatelské péči, včetně nutriční a léčebně-rehabilitační péče. Součástí zdravotnické dokumentace jsou také jednotlivé výsledky vyšetření, operační protokol, ambulantní zprávy atd. Ve zdravotnické dokumentaci by neměly chybět podepsané informované souhlasy pacienta nebo jeho zákonného zástupce či opatrovníka o souhlasu poskytnutí zdravotních služeb (Česko, 2012). Pokud nemůže pacient vyslovit souhlas či podepsat informovaný souhlas s hospitalizací, je nutné do 24 hodin podat oznámení soudu o hospitalizaci (Česko, 2011). Dokumentace může také obsahovat záznam o odmítnutí zdravotních služeb, známý jako negativní revers, záznam o použití omezovacích prostředků a doklad o pracovní neschopnosti. Další podstatnou součástí zdravotnické dokumentace jsou záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech, konziliích apod. Měla by obsahovat také záznamy o případných nežádoucích událostech, výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí a popřípadě záznam o úmrtí pacienta a eventuálně pitevní protokol (Česko, 2012).

Další nedílnou součástí zdravotnické dokumentace je **ošetrovatelská dokumentace**. Ve vyhlášce č. 137/2018 Sb., vyhláška kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, která je v současné době platná, **není stanoven** minimální obsah ošetrovatelské dokumentace. V současné, již neaktuální vyhlášce č. 98/2012 Sb., vyhláška o zdravotnické dokumentaci, ve které byly minimální požadavky na obsah ošetrovatelské dokumentace stanoveny (Česko, 2018). Obsahem byla všeobecnou sestrou odebraná ošetrovatelská anamnéza, zabývající se aktuálními bio-psycho-sociálními a spirituálními potřeby pacienta a aktuální vývoj stavu pacienta. Dalším obsahem zdravotnické dokumentace

by měl být ošetrovatelský proces a zaznamenaná každá jeho jednotlivá fáze. Součástí by měla být také ošetrovatelská překladová nebo propouštěcí zpráva a záznam o informovanosti nebo edukaci pacienta. Dle individuálních problémů pacienta lze použít další složky ošetrovatelské dokumentace, např. plán péče o dekubity, záznam bolesti apod. Nakonec by měla obsahovat záznam o předání služby dalšímu zdravotnickému pracovníkovi (Česko, 2012).

Z toho vyplývá, že nejen zdravotnická dokumentace, ale také ošetrovatelská dokumentace je velice obsáhlá a pro každého pacienta by tedy měly být založeny vlastní desky, označené identifikačním údajem pacienta. Do těchto desek by měly být jednotlivé části zdravotnické dokumentace ukládány, aby nedošlo k záměně či chybnému založení dokumentů. Kvůli svému obsahu by dokumentace měla být uložena pouze tam, kam mají přístup jen zdravotničtí pracovníci oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, aby se zamezilo jakákoliv manipulaci s dokumentací nepovolanými osobami (Tóthová a kol., 2014).

2.2.3 Zásady vedení zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace

Má-li zdravotnická dokumentace plnit svůj účel komplexních informací o pacientovi, musí být vedena se všemi náležitostmi, tak aby odpovídala platným předpisům. Může být vedena v textové či audiovizuální formě. Údaje by měly být vedeny buď v listinné (papírové) či elektronické formě nebo kombinované tiskově-elektronické. První zásadou ve vedení zdravotnické dokumentace je to, že musí být vedena pravdivě a čitelně v českém jazyce. Záznamy může provádět pouze kompetentní osoba, která svůj záznam autorizuje razítkem, svým podpisem a časovým údajem, kdy byl zapsán (Vondráček, 2008). Mezi nejčastější chyby ve vedení zdravotnické dokumentace patří nečitelnost, která může vést k pochybení a následnému ohrožení pacienta. Proto by jakýkoliv záznam měl být napsán čitelně a věcně. Dalším nedostatkem je používání nesprávné terminologie a slangových výrazů. V tomto případě užití nevhodných výrazů působí neprofesionálně a v neposlední řadě může ohrozit péči o pacienta. Další zásadou je používat přesnou medicínskou terminologii a nezaměňovat slova (např. hemoptoe a hemoptýza). V dokumentaci by se neměly objevovat vulgarizmy, jednak z důvodu neetičnosti, ale také z důvodu neprofesionálnosti. Dalším nedostatkem je zápis, který není autorizován razítkem a podpisem. Ve zdravotnické dokumentaci by se neměly vyskytovat

subjektivní pocity zdravotnických pracovníků, sestra má věcně a odborně nazvat zjištěnou skutečnost. Jedním z nedostatků je také užívání zkratk, které nejsou oficiálně stanovené a mají význam pouze pro dotyčného, který záznam pořídil. Proto by se všeobecné sestry měly držet zásady používat pouze zkratky oficiálně zavedené do klinické praxe, např. i.v., NPO apod. (Tóthová a kol., 2014). Poskytovatelé zdravotních služeb stanoví vnitřním předpisem seznam zkratk, které se v daném zařízení používají. Je proto nutné, aby zdravotnický pracovník věděl, kde tento slovník najít a případně si dohledal uvedenou zkratku (SAK, 2013).

Nahlédne-li se do aktuálního znění vyhlášky č. 39/2005 Sb., vyhláška, kterou se stanovují minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotního povolání, jedním z minimálních požadavků je také to, že studijní program poskytuje základní znalosti a dovednosti v administrativních činnostech ve zdravotnictví, obzvláště ve vedení zdravotnické dokumentace. Výuka se dělí na dvě části, **teoretickou** a **praktickou**. Během teoretické části studenti získávají vědomosti o zdravotnické dokumentaci, které následně během praktické výuky využijí a prohloubí (Česko, 2005). Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo pro přípravu na výkon zdravotnického povolání všeobecné sestry kvalifikační standardy a ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy stanovili v návaznosti na zákon č. 96/2004 Sb. a vyhlášku č. 39/2005 Sb., minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Jedním z minimálních požadavků je i osvojení si základních administrativních činností ve zdravotnictví, a to zejména ve vedení zdravotnické a s ní spojené ošetrovatelské dokumentace, včetně elektronické podoby dokumentace. K získání těchto vědomostí slouží teoretické předměty, např. Ošetrovatelský proces a potřeby člověka nebo Informatika a statistika ve zdravotnictví, avšak názvy předmětů se mohou lišit na jednotlivých univerzitách (MZČR, 2018).

2.2.4 Archivace zdravotnické dokumentace

Každý poskytovatel zdravotnických služeb má povinnost archivovat zdravotnickou dokumentaci. Tato skutečnost se řídí zákonem č. 499/2004 Sb., zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, který Ministerstvo zdravotnictví České republiky zmocňuje k tomu, aby archivaci zdravotnické

dokumentace nařídilo vyhláškou. Konkrétně se jedná o vydanou vyhlášku MZ ČR č. 98/2012 Sb., vyhláška o zdravotnické dokumentaci (Česko, 2012). Tato vyhláška je novelizována vyhláškou č. 137/2018 (Česko, 2018). Vyhláška dále rozlišuje zdravotnickou dokumentaci vyřazovacími znaky do několika skupin, kdy každá má svůj znak, podle kterého jsou uchovávány a následně skartovány. Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat pro účely poskytování zdravotních služeb. Před uplynutím zákonem stanovené lhůty nesmí být zdravotnická dokumentace zničena (Česko, 2012). Doba uchování zdravotnické dokumentace v zařízeních poskytujících zdravotnické služby se liší. Poskytovatelé zdravotních služeb, konkrétněji lůžkové péče, jsou povinni uchovávat zdravotnickou dokumentaci po dobu 40 let v případě od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta. Dále 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě následné a dlouhodobé lůžkové péče. Jednodenní péče má povinnost uchovávat zdravotnickou dokumentaci pod dobu 10 let od posledního poskytnutí jednodenní péče, nebo po dobu 10 let od úmrtí (Česko, 2018).

2.2.5 Skartace zdravotnické dokumentace

Poskytovatelé zdravotních služeb nemají povinnost uchovávat zdravotnickou dokumentaci doživotně. Stejně jako jiné dokumenty, i zdravotnická dokumentace podléhá skartačnímu řízení, přičemž skartace zdravotnické dokumentace se řídí zákonem č. 499/2004 Sb., zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů. (Česko, 2018). Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být skartována. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu (Česko, 2012).

2.3 Ošetřovatelský proces v souvislosti s ošetřovatelskou dokumentací

Charakterizovat ošetřovatelský proces je poměrně snazší než definovat pojem zdravotnická dokumentace. Ošetřovatelský proces má v současnosti mnoho definic, kdy jejich společným základem je systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti s co největším přihlédnutím na individuální potřeby ošetřovaného, řešení jeho problémů

a předcházení dalším. Samotný ošetrovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících kroků. Jsou to **zhodnocení** (sběr ošetrovatelské anamnézy), **diagnostika** (stanovení ošetrovatelské diagnózy), **plánování** (jaké intervence sestra provede), **realizace** (provedení intervencí) a **vyhodnocení**. Cílem těchto pěti na sebe navazujících kroků je změna zdravotního stavu pacienta. Všechny fáze ošetrovatelského procesu nejsou od sebe izolovány, naopak se navzájem překrývají, kontinuálně na sebe navazují a jednotlivé kroky jsou na sobě závislé. Během realizace ošetrovatelského procesu se sestra může vrátit k předchozí fázi, (viz Příloha B), přehodnotit pacientův stav, jeho možnosti a následně upravit intervence, které budou aplikovány (Tóthová a kol., 2014).

2.3.1 Posouzení

Prvním krokem, kterým je zahájen ošetrovatelský proces, je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, kdy získané informace o pacientovi jsou zapisovány do ošetrovatelské dokumentace. V této fázi odebírá sestra ošetrovatelskou anamnézu, čili zaměřuje se na všechny potřebné informace, které jsou nutné pro efektivní a plánovanou péči a týkají se zdravotního stavu a potřeb pacienta. Odběr ošetrovatelské anamnézy by měl být proveden co nejdříve po přijetí pacienta na oddělení, tzn. nejpozději do 24 hodin (Tóthová, 2014). Její včasné odebrání je závislé na zdravotním stavu pacienta a důležité pro následující plánování intervencí (Vondráček, 2008). Sběr informací provádí všeobecná sestra systematicky a nepřetržitě pomocí rozhovoru, pozorování a vyšetření. K získání informací o pacientovi by měla sestra využít všechny prameny. Lze je rozdělit na primární a sekundární. Primárním pramenem je sám pacient. Pokud není možné získat informace od pacienta z důvodu, že jeho zdravotní stav to neumožňuje, využívá sestra prameny sekundární, tzn. pacientovu rodinu, nejbližší příbuzné, další zdravotnické pracovníky apod.

Získané údaje o pacientovi jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace (Tóthová a kol., 2014). Zapisují se nejen subjektivní údaje, které pacient sám sdělí, neboť tyto problémy nejsou zjizitelné pozorováním nebo testováním. Všeobecná sestra dokumentuje také objektivní údaje, které pacient není schopen sdělit a je nutné použít různé měřicí techniky, škály, vyšetřovací metody apod. K **hodnocení vědomí** se používají například stupnice GCS, (viz Příloha C), ABC apod. Na **měření bolesti** se používá například VAS, obličejová škála. Pro **hodnocení soběstačnosti** se používá

například Barthelův test základních lidských činností ADL (Activity Daily Living), (viz Příloha D), test instrumentálních všedních činností apod. Pro **zhodnocení rizika dekubitů** je možné použít např. stupnici dle Nortonové, (viz Příloha E), Knollovu stupnice, Bradenovu stupnice, Waterlowovu stupnici apod. Vše výše uvedené jsou příklad použitých hodnotících škál (Pokorná, 2013). Všeobecná sestra by neměla opomenout také fyzikální vyšetření. Během první fáze ošetřovatelského procesu může sestra vycházet ze zvoleného modelu ošetřovatelství, podle kterého je připravená i ošetřovatelská dokumentace (Tóthová a kol., 2014). Dle zvoleného modelu postupuje sestra při sběru informací a uspořádávání získaných údajů. Jedním z často používaných modelů je užíván model Marjory Gordon Funkční model zdraví, který je považován z hlediska **holistické filozofie** za nejkomplexnější pojetí člověka v ošetřovatelství. Je na něj nahlíženo jako na individuálního jedince se svými bio-psycho-sociálními i spirituálními potřebami. Tento model je zaměřen na **12 oblastí**, mezi které patří vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, sebekoncepce a sebeúcta, plnění rolí a mezilidské vztahy, sexualita a reprodukční schopnost, stres, zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance, víra, přesvědčení a životní hodnoty a jiné (Trachtová a kol., 2018). Je nutné si uvědomit, že lékařská anamnéza a ošetřovatelská anamnéza jsou dvě naprosto rozdílné věci. Zatímco cílem lékařské anamnézy je stanovení lékařské diagnózy a optimálního způsobu léčby, ošetřovatelská anamnéza má za cíl nalezení problémů a potřeb, které pacientovi nemoc přinesla či může přinést (Tóthová a kol., 2014).

2.3.2 Diagnostika

Jedná se o druhý krok ošetřovatelského procesu, kdy všeobecná sestra vyhodnocuje získané informace o pacientovi a stanovuje ošetřovatelskou diagnózu. Sestra musí analyzovat a sestavit pořadí, tedy určit, které problémy je třeba řešit přednostně a které mohou být odloženy na pozdější dobu. Cílem ošetřovatelské diagnózy je rozpoznání a zhodnocení lidské reakce na nemoc. Tyto reakce jsou individuálně odlišné a na základě toho, jak člověk reaguje, vznikají různé problémy. Ošetřovatelská diagnostika má za úkol tyto problémy identifikovat a ošetřovatelská diagnóza je má za úkol pojmenovat. Důležitým krokem je zjištění, jak samotný pacient vnímá svůj současný zdravotní stav (Tóthová a kol., 2014). Všeobecná sestra je kompetentní

v provádění diagnostiky reakcí zdravého i nemocného člověka na chorobný stav. Stanovené ošetřovatelské diagnózy jsou zapisovány do ošetřovatelské dokumentace, ze kterých je následně vytvořen ošetřovatelský plán (Mastiliáková, 2015).

Ošetřovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav/procesy nebo náchylnosti jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci. Ošetřovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná. (NANDA, s. 424, 2015)

O sjednocení postupů, terminologie a ošetřovatelských diagnóz se snaží organizace **NANDA International** (North American for Nursing Diagnosis Assotitation). Během roku 2018 vydala organizace NANDA International 11. vydání Ošetřovatelských diagnóz, pro období 2018–2020. Toto vydání je aktualizováno o nových 18 diagnóz a dalších 72 diagnóz bylo revidováno. Vydání není k datu vydání této bakalářské práce přeloženo do českého jazyka. Je dostupné pouze v originálním jazyce, a to v angličtině (NANDA, 2018). Každá ošetřovatelská diagnóza má svůj název a definici. Ke stanovení přesné ošetřovatelské diagnózy sestře napomáhají jednotlivé **určující znaky**, tedy pozorovatelná vodítka, která se sdružují v podobě projevů (například známky nebo symptomy). **Související faktory** jsou etiologiemi, okolnostmi, fakty nebo vlivy, které mají vztah k ošetřovatelské diagnóze (např. příčina či přispívající faktor). Všeobecná sestra by měla zaměřit ošetřovatelské intervence na tyto etiologické faktory z důvodu, aby byla minimalizována, nebo zcela odstraněna původní příčina ošetřovatelské diagnózy. **Rizikové faktory** ovlivňují náchylnost jedince, rodiny, skupiny či celé komunity ke zhoršení zdraví (např. z hlediska prostředí, genetiky apod.) Organizace NANDA uvádí čtyři druhy ošetřovatelských diagnóz. **Diagnóza zaměřená na problém**, se týká klinického posouzení ohledně nežádoucí lidské reakce na zdravotní problémy, které existují u jedince, v rodině, skupině nebo komunitě. U této diagnózy se stanovují určující znaky a související faktory. **Diagnóza podpory zdraví**, zahrnuje motivace, touhy zlepšovat potenciál lidského zdraví, tzn. well-being. V této oblasti se stanovují pouze určující znaky. **Riziková ošetřovatelská diagnóza**, je posouzení ohledně náchylnosti k vytvoření nežádoucí lidské reakce na zdravotní stav. U těchto diagnóz se stanovují pouze rizikové faktory. **Syndrom** je čtvrtým druhem ošetřovatelské diagnózy a jedná se o konkrétní soubor ošetřovatelských diagnóz, vyskytujících se společně. U diagnóz typu syndrom se stanovují určující znaky a související faktory (NANDA, 2015).

Znovu by mělo být na paměti, že lékařská diagnóza je zcela rozdílná věc oproti ošetřovatelské diagnóze. Lékařská diagnóza vyjadřuje chorobu, kterou lékař určuje

na základě objektivních a subjektivních symptomů a pomocí různých diagnostických metod. Lékař má právo tyto choroby léčit buďto invazivním nebo neinvazivním postupem. Ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje odpověď jednotlivce na chorobný proces, kterou sestra identifikovala na základě zhodnocení pacientova zdravotního stavu. Popisuje všechny tělesné, sociální, kulturní, psychické a duševní změny vznikající pod vlivem chorobného procesu (Tóthová a kol., 2014).

2.3.3 Plánování

Jedná se o třetí krok ošetřovatelského procesu, kdy má všeobecná sestra již stanovenou ošetřovatelskou diagnózu a začíná plánovat cíle, které jsou zaměřené na pacienta a jsou proveditelné, reálně dosažitelné, měřitelné a přesně definované. Tento proces je **uvážený, systematický a nelze jej vynechat**. Bez tohoto kroku nelze dosáhnout kvalitní ošetřovatelské péče. Výstupem plánování by měl být písemný plán péče, který individualizuje péči o pacienta a zaručuje kontinuitu péče. Prvním krokem v této fázi je vytyčení priorit a druhým krokem je stanovení, jakých výsledků má být dosaženo. Na prvním místě by měly být problémy, které jsou přímo život ohrožující a zabraňují uspokojování dalších potřeb. Plán ošetřovatelské péče sestavuje všeobecná sestra společně s pacientem. Cíle lze rozdělit na **krátkodobé a dlouhodobé**. Krátkodobé cíle se týkají bezprostředně období následujících několika hodin či dnů. Jsou využívány u pacientů, kteří potřebují zdravotní péči pouze na krátký čas a u pacientů, kteří se cítí deprimováni dlouhodobými plány a jejich dosažení pokládají za náročné. Dosažením krátkodobého cíle získávají potřebnou motivaci k dosažení dlouhodobého cíle. Naopak dlouhodobé cíle se týkají období konce hospitalizace nebo směřují do domácí péče. Tyto cíle nejsou zaměřeny jen na aktuální potřeby, kladou veliký důraz i na prevenci, rehabilitaci a výchovu ke zdraví. Stanovená a výsledná kritéria usměrňují činnost sestry a poskytují časové limity na plánované aktivity. Stanovené výsledné kritérium lze charakterizovat tak, že souvisí s daným cílem, je dosažitelné, je měřitelné a zhodnotitelné (Tóthová a kol., 2014).

2.3.4 Realizace

Realizace je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu, kdy dochází k provedení naplánovaných intervencí a snaze dosáhnout vytyčených cílů individualizované péče. Pojem intervence lze chápat jako ošetření, založené na klinickém úsudku a znalostech, které provádí všeobecná sestra s cílem zlepšit výsledky pacienta. Hlavním úkolem je zlepšení aktuálního zdravotního stavu a eliminace komplikací. Zároveň s plánováním je realizace multidisciplinární a k dosažení pozitivních výsledků je také nutný aktivní zájem a zapojení pacienta do jeho léčby. Míra zapojení pacienta do realizace je závislá na zdravotním stavu pacienta. Aktivně zapojeným účastníkem v realizaci ošetrovatelského procesu bude ambulantní pacient. Naopak pacient v bezvědomí nemůže být aktivním účastníkem, když je závislý na komplexní ošetrovatelské péči a na zdravotnickém personálu. Během realizace je nutné stále analyzovat potřeby pacienta a případně upravit ošetrovatelský plán. Jednou z nejdůležitějších věcí je **řádný zápis do dokumentace**, že intervence byly provedeny a jakým způsobem byly vykonány. Z přesně vedené dokumentace lze zjistit aktuální stav pacienta, to jest jeho reakce na vykonané činnosti a změny, které byly provedeny. Také usnadňuje komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky (Tóthová a kol., 2014).

2.3.5 Vyhodnocení

Jedná se o pátou a poslední fází ošetrovatelského procesu, ve kterém sestra zhodnotí, do jaké míry byly stanovené cíle splněny a zda jich bylo dosaženo. **Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu**, která může být použita k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků pacientova stavu, který byl dosažen na základě ošetrovatelských intervencí stanovených v ošetrovatelském plánu. V této fázi se zjišťuje, zda došlo ke zlepšení, stabilizování, eventuálně ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Posuzováním zdravotního stavu a srovnáním zjištěných změn s očekávanými výsledky lze dokázat zlepšení zdravotního stavu a účinnost ošetřování. Na konci této fáze by mělo dojít buď k **ukončení ošetrovatelského procesu**, a to za předpokladu, že došlo ke zlepšení zdravotního stavu pacienta a neudává další problémy, nebo dochází k **návratu k předešlým fázím ošetrovatelského procesu**, pokud se objevily nové problémy či nedošlo k dosažení vytyčených cílů. Sestra opětovně posoudí zdravotní stav pacienta

a všechny fáze ošetrovatelského procesu začínají znovu (Tóthová a kol., 2014). Všeobecná sestra vykoná poslední krok této fáze, tím nejen je zaznamenání dosažených výsledků do dokumentace. Záznam z vyhodnocení provedeného ošetrovatelské procesu je důležitý z důvodu kontinuity procesu, ale zároveň také legálním důkazem, že jednotlivé intervence byly provedeny (Ackley, 2016).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle, výzkumné otázky a výzkumné předpoklady

3.1.1 Cíle

1. Zjistit kritické oblasti v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace.
2. Zjistit míru zastoupení kritických bodů v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace.
3. Zjistit návrhy studentů na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace.
4. Vytvořit revizi současné výukové ošetrovatelské dokumentace.

3.1.2 Výzkumné otázky

- 1a Jaké jsou kritické body v oblasti Posouzení současného zdravotního stavu ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
- 1b Jaké jsou kritické body v oblasti Hodnotící tabulky ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
- 1c Jaké jsou kritické body v oblasti Posouzení stavu potřeb ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
- 1d Jaké jsou kritické body v oblasti Plán péče ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?
- 3 Jaké názory mají studenti na současnou ošetrovatelskou dokumentaci?

3.1.3 Výzkumné předpoklady

- 2a Předpokládáme, že 50 % a více studentů uvádí jednotky u naměřených hodnot.
- 2b Předpokládáme, že 95 % a více studentů adekvátně zhodnotí Barthelův test základních všedních činností na základě anamnézy pacienta.
- 2c Předpokládáme, že 100 % studentů adekvátně zvolí určující znaky při stanovení ošetrovatelské diagnózy.
- 2d Předpokládáme, že 80 % a více studentů adekvátně definuje cíl v plánu ošetrovatelské péče.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum této bakalářské práce byl zaměřen na vyhledání kritických bodů v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace a současně stanovení jejich míry zastoupení. Pro výzkum byla zvolena kvalitativně-kvantitativní metoda. Byl zajištěn souhlas vedení Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci s prováděním výzkumu (viz Příloha F). Výzkum probíhal v prostorách Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci a byl rozdělen do několika jednotlivých etap, které na sebe navazovaly.

První část výzkumu byla prováděna pomocí **kvalitativní metody** s využitím polostrukturovaného pozorování výukové ošetrovatelské dokumentace a současně analyzováním dokumentů. Pozorování bylo zaměřeno na zjištění kritických bodů výukové ošetrovatelské dokumentace v oblastech Posouzení současného zdravotního stavu, Hodnotící tabulky, Posouzení stavu potřeb a v oblasti Plánu péče. Pozorování a analýza dokumentů proběhla v dubnu 2019, v prostorách Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity Liberec. Teoretické saturace bylo dosaženo po prozkoumání 23 vzorků výukové ošetrovatelské dokumentace. Tato část kvalitativního výzkumu tvoří základ pro následující část kvantitativního výzkumu.

Ve **druhé části** výzkumu byla použita **kvantitativní metoda** polostrukturovaného pozorování, kdy zjištěné kritické body z první etapy výzkumu byly zaznamenány do pozorovacího archu a současně byla hodnocena míra jejich zastoupení v dokumentacích. Pro předvýzkum, který proběhl během dubna 2019, bylo použito 10 dokumentací za použití výzkumné metody polostrukturovaného pozorování a zjištěné kritické body byly zapsány do záznamového archu (viz Příloha G). Výzkumné předpoklady byly upřesněny po provedení předvýzkumu. Kvantitativní metodou polostrukturovaného pozorování bylo prozkoumáno 100 dokumentací a žádná nebyla z výzkumu vyřazena.

Ve **třetí části** výzkumu byla využita **kvalitativní metoda**, konkrétně technika polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru, který probíhal s respondenty, kteří jsou současnými studenty 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity Liberec. Rozhovor byl veden s respondenty, kteří výukovou ošetrovatelskou dokumentaci vypracovávali. Odpovědi respondentů byly kategorizovány otevřeným kódováním. Respondenti ústně souhlasili s nahráváním rozhovoru a jeho následným přepsáním do textové podoby.

Jako charakteristika výzkumného vzorku pro kvalitativně-kvantitativní výzkum byla použita výuková ošetrovatelské dokumentace, která je používána studenty studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity Liberec během praktické výuky v nemocnicích. U těchto vzorků byly zkoumány kritické body v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace (dále D). Následně byly prováděny rozhovory s respondenty (dále R), kteří jsou studenty 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra. Rozhovor se zaměřil na názory respondentů na celou výukovou ošetrovatelskou dokumentaci, poté na jednotlivé části výukové ošetrovatelské dokumentace a následně na poznatky respondentů k provedení revize stávající výukové ošetrovatelské dokumentace.

3.3 Analýza výzkumných dat

Zjištěné výsledky **kvantitativního výzkumu** byly zpracovány v programu Microsoft® Office 2016 Word a Microsoft® Office 2016 Excel. Výsledky z kvantitativního výzkumu byly pomocí popisné statistiky vyhodnoceny a zaokrouhleny na jedno desetinné číslo. Výsledná data byla zpracována do jednotlivých tabulek a grafů. Zjištěné kritické body z **kvalitativního výzkumu** byly kategorizovány do jednotlivých kategorií. Z těchto zjištěných dat byla následně vytvořena schémata pomocí programu FreeMind®. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a poté v programu Microsoft® Office 2016 Word převedeny do textové podoby. Zjištěné poznatky z rozhovorů byly vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování a následně zpracovány do schémat pomocí programu FreeMind®.

3.3.1 Analýza výzkumných dat pro první etapu výzkumu

Na základě použité výzkumné metody polostrukturovaného pozorování jednotlivých částí ošetrovatelské dokumentace byly kritické body rozděleny do pěti následujících částí, a to Posouzení současného zdravotního stavu, Hodnotící tabulky, Posouzení stavu potřeb, Ošetrovatelský plán a celková úprava. V těchto částech byly pomocí kvalitativní metody výzkumu polostrukturovaného pozorování zjištěny tyto kritické body (viz Schéma 1).

V části **Posouzení současného zdravotního stavu** byly zjištěny různé kritické body. Nejpočetnější skupinou kritických bodů byly u fyziologických funkcí hodnoty uváděné bez jednotek. Jednotky **krevního tlaku** nebyly uvedeny v případě dokumentací D1, D2, D4, D6 a D7. Jednotky u **pulzů** nebyly uvedeny v případě vzorků D1, D2 a D4. U frekvence **dechů** nebyly jednotky uvedeny v případě vzorků D2, D6 a D7. Jednotky u **tělesné teploty** nebyly zapsány pouze v případě vzorků D1 a D2. Dalším zjištěným kritickým bodem bylo **neuvedení** naměřených hodnot fyziologických funkcí. Krevní tlak, pulz, dech i tělesná teplota nebyly uvedeny u vzorků D3 a D9, pouze dech nebyl zapsán ještě u vzorku D5. Zjištěným kritickým bodem byly také nesprávné **lékové skupiny** v tabulce farmakoterapie u vzorků D4 a D10. Zjištěným kritickým bodem bylo také nevyplnění **barvy kůže** u D9. Jako kritický bod bylo také zjištěno nezhodnocení **stavu paměti**, zda se jedná například o neporušenou paměť či narušenou paměť apod. u dokumentace D9. Zjištěným kritickým bodem bylo také nezhodnocení **stavu kůže**, např. zda se jedná o suchou či vlhkou kůži. Tento kritický bod byl zjištěn u dokumentace D9. Další kritický bod bylo nezhodnocení **stavu řeči**, například zda se jedná o afázii, zmatenou řeč nebo zda je řeč neporušená. Tento kritický bod byl zjištěn u vzorku D9. Další kritický bod, který byl zjištěn bylo nezhodnocení **chůze**, např. zda se jedná o parézu, plegii nebo je chůze bez patologie. Tento kritický bod byl zjištěn u dokumentace D4. Následujícím kritickým bodem bylo nezapsání **lokality, způsobu ošetření a data převazu kožního defektu** u vzorků D2 a D10. Posledním zjištěným kritickým bodem bylo nezapsání drénu, konkrétně **druhu sekretu a množství sekretu** u vzorků D2 a D10 (viz Schéma 1).

Další zkoumanou částí byly **Hodnotící tabulky**. Konkrétně Nortonova stupnice, Barthelův test základních všedních činností, riziko pádu, VAS, obličejová škála bolesti, GCS a hodnocení nutričního stavu. Prvním zjištěným kritickým bodem bylo nesprávné zhodnocení **Nortonovy stupnice** u vzorků D4 a D6. Konkrétně v oblasti stavu pokožky, kdy studentkou bylo uvedeno, že pokožka je normální, ale při opravě mentorkou bylo opraveno na suchou pokožku. Dalším zjištěným kritickým bodem v Nortonové stupnici byl tělesný stav, kdy bylo studentkou zaznamenáno, že tělesný stav je zhoršený a při následné kontrole mentorkou bylo opraveno na špatný tělesný stav. Posledním kritickým bodem v Nortonově stupnici byla část inkontinence, kdy respondentka v dokumentaci D6 uvedla, že u pacienta je inkontinence „*převážně moč*“, ale mentorka, která opravovala dokumentaci, opravila, že inkontinence není a PMK byl zaveden z důvodu operačního výkonu a o inkontinenci se tudíž nejedná. Dalším kritickým bodem

byly škály hodnocení bolesti, konkrétně **vyplnění obou škál**, VAS i obličejové škály, u vzorků D4 a D9. Další kritický bod bylo **nevyplnění škály bolesti VAS**, ačkoliv mentorka při opravě uvedla, že pacient trpí bolestí, ale bolest nebyla respondentem zaznamenána do dokumentace, tento kritický bod byl zjištěn u vzorku D10 (viz Schéma 1).

Třetí zkoumanou částí byla oblast **Posouzení stavu potřeb**. Zde byl prvním zjištěným kritickým bodem **nesprávně stanovená ošetřovatelská diagnóza** u vzorků D1 a D5. Například pacient netrpěl žádnou bolestí, přesto byla stanovena ošetřovatelská diagnóza „*akutní bolest*“, toto uvedla respondentka v případě vzorku D5. Posledním kritickým bodem byl neadekvátně stanoven **potenciál pacienta** u vzorků D7 a D8 (viz Schéma 1). Například 70 letý pacient, který denně vykouří dvě krabičky cigaret, měl potenciál stanoven jako „*přestat kouřit*“. Při následné kontrole mentorkou byl tento potenciál označen jako nereálný. Takovýto neadekvátní potenciál pacienta byl stanoven respondentem vzorku D7 (viz Schéma 1).

Další částí byl **Ošetřovatelský plán**, kde prvním kritickým bodem bylo **pořadí ošetřovatelských diagnóz**. Chybně bylo stanoveno u vzorků D2 a D5. Kritické body byly také rizikové ošetřovatelské diagnózy, které byly řazeny do předních pozic na místo diagnóz zaměřených na problém. Druhým kritickým bodem u ošetřovatelských diagnóz bylo **stanovení nesprávné diagnózy**, toto se týkalo pouze vzorků D1 a D5. Dalším kritickým bodem v ošetřovatelském plánu bylo **neadekvátní stanovení cíle** u vzorků D2 a D8. Kritickým bodem bylo také **neadekvátní stanovení kritérií** v případě vzorků D1 a D3. Posledním kritickým bodem v Ošetřovatelském plánu bylo stanovování ošetřovatelských intervencí, kdy jedním z nedostatků byly **nedostatečně popsané intervence** u vzorků D3 a D10. Například, byla stanovena ošetřovatelská diagnóza „*akutní bolest*“ a v intervencích bylo uvedeno „*sledování*“, ale nebylo specifikováno, co se přesně má sledovat. Tento kritický bod byl zjištěn u respondenta vzorku D3. Druhým kritickým bodem bylo **stanovení neadekvátních intervencí** u vzorků D5 a D6. (viz Schéma 1).

Poslední částí první etapy výzkumu se zaměřila na **celkovou úpravu** ošetřovatelské dokumentace, kde byly zjištěny tři kritické body. Prvním bylo **neproškrtávání** nevyplněných polí u vzorků D1, D5, D6 a D10. Druhým kritickým bodem byla **korektura zápisu bělícím korektorem**, ta se vyskytovala u vzorků D1, D2 a D7. Posledním kritickým bodem z celkové úpravy bylo **škrtnání zápisu**, jinak

než jednou čarou, kdy byl původní zápis zcela nečitelný. Toto se objevilo o vzorků D3 a D8 (viz Schéma 1).

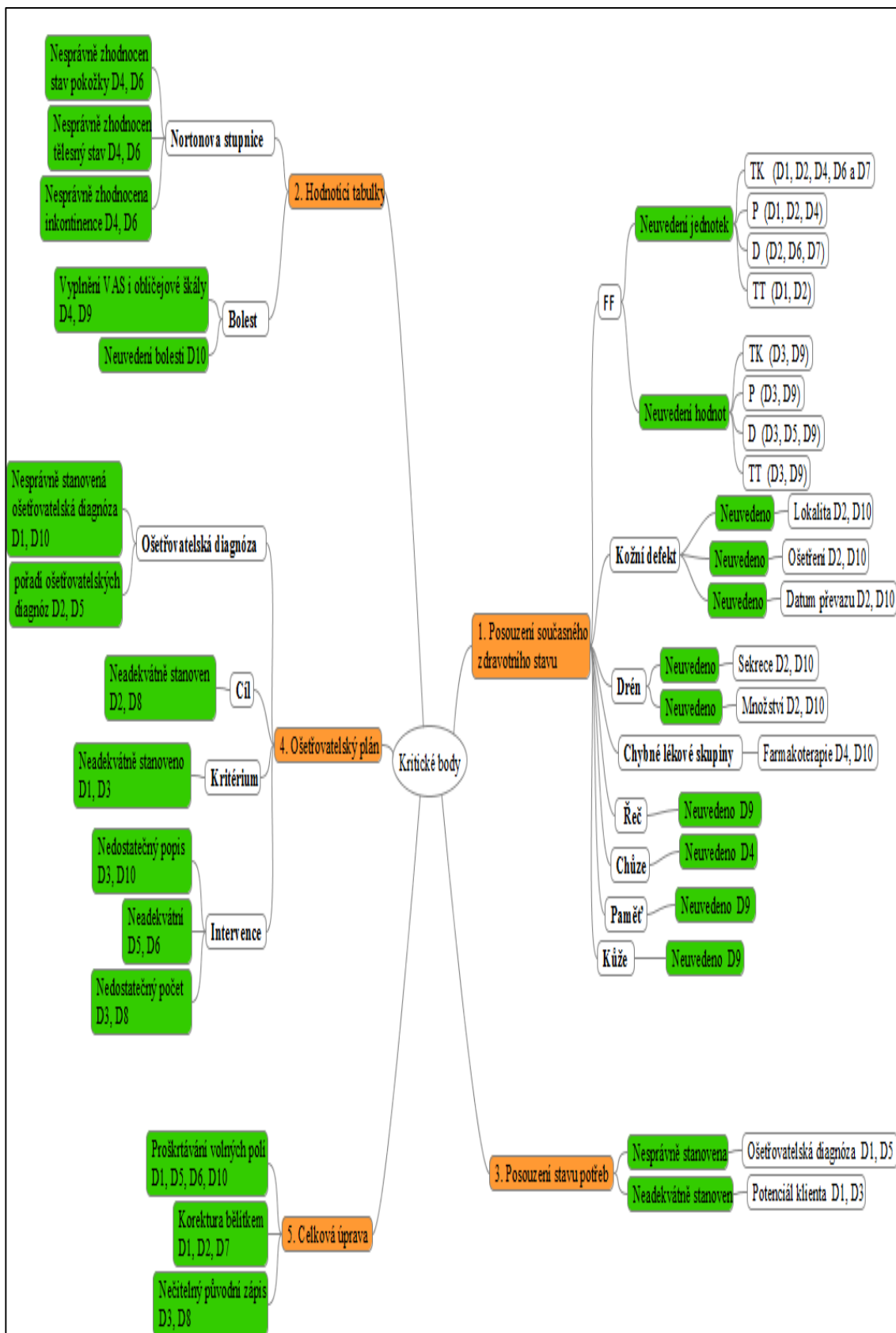


Schéma 1 Kritické body pro první etapu výzkumu (Zdroj: autor)

3.3.2 Analýza výzkumných dat pro druhou etapu výzkumu

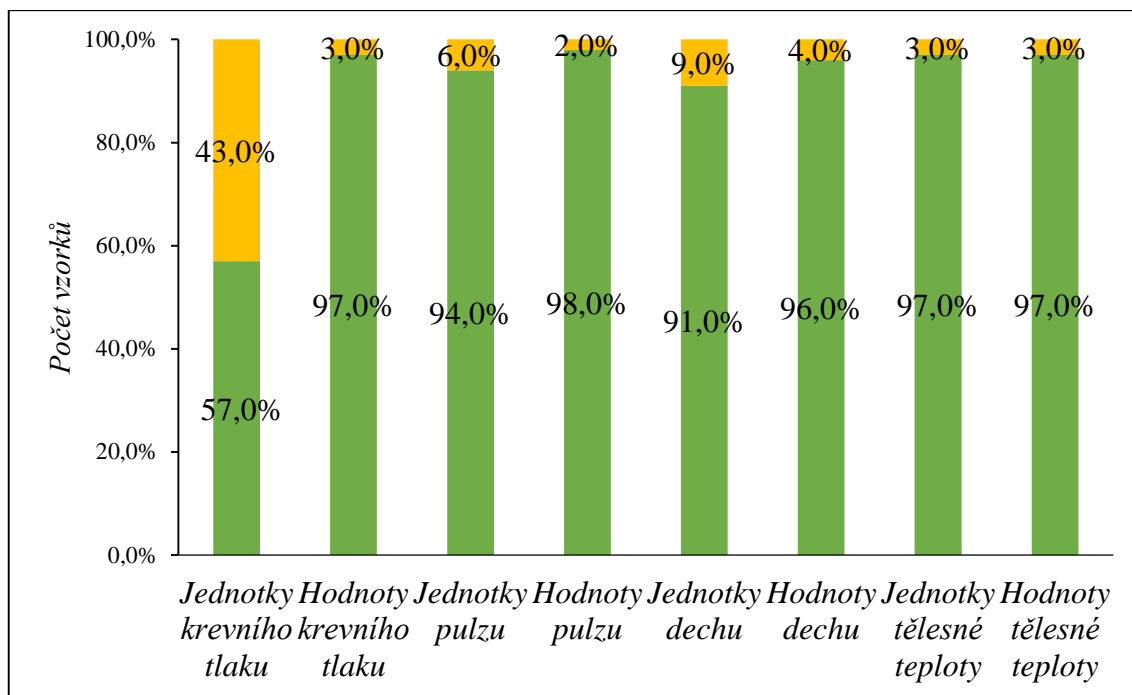
Druhá etapa výzkumu byla realizována **kvantitativní metodou**, konkrétně polostrukturovaným pozorováním. V této etapě byla zjišťována míra zastoupení kritických bodů, které byly analyzovány v první etapě výzkumu. Barevné označení grafů je pro lepší přehlednost rozděleno dvěma barvami. Zelenou barvou je označen počet dokumentací, které měly zjištěné kritické body adekvátně či správně vyplněné, zatímco oranžovou barvou je označen počet vzorků, u kterých byly kritické body vyhodnoceny jako neadekvátní či chybně vyplněny.

3.3.2.1 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu

3.3.2.1.1 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu (fyziologické funkce)

Tab. 1 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů uvádění jednotek a naměřených hodnot veličin

	Uvedeno		Neuvedeno		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Jednotky krevního tlaku	57	57,0 %	43	43,0 %	100	100,0 %
Jednotky pulzu	94	94,0 %	6	6,0 %	100	100,0 %
Jednotky dechu	91	91,0 %	9	9,0 %	100	100,0 %
Jednotky tělesné teploty	97	97,0 %	3	3,0 %	100	100,0 %
Hodnoty krevního tlaku	97	97,0 %	3	3,0 %	100	100,0 %
Hodnoty pulzu	98	98,0 %	2	2,0 %	100	100,0 %
Hodnoty dechu	96	96,0 %	4	4,0 %	100	100,0 %
Hodnoty tělesné teploty	97	97,0 %	3	3,0 %	100	100,0 %



Graf 1 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů uvádění jednotek a naměřených hodnot veličin

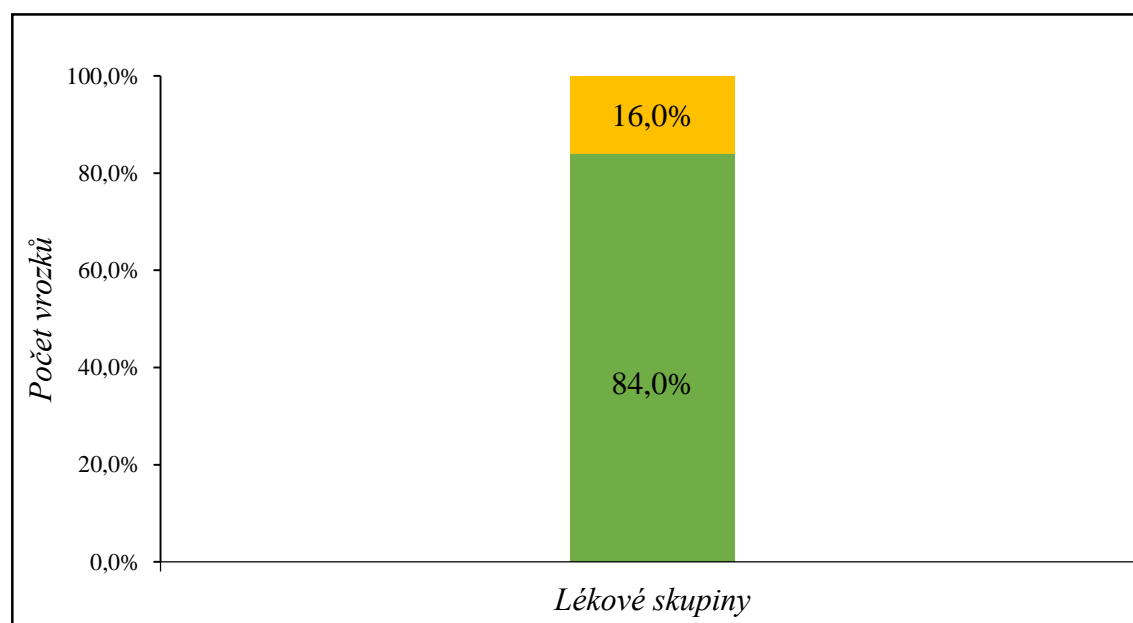
Prvním zjištěným kritickým bodem bylo neuvádění jednotek veličin fyziologických funkcí, toto bylo zkoumáno u 100 (100,0 %) dokumentací. Jednotky u krevního tlaku nebyly uvedeny u 43 (43,0 %) dokumentací, jednotky krevního tlaku byly uvedeny u 57 (57,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací, jednotky u pulzů nebyly uvedeny v případě 6 (6,0 %) dokumentací, jednotky pulzů byly uvedeny u 94 (94,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací, jednotky frekvence dechu nebyly uvedeny u 9 (9,0 %) dokumentací, jednotky frekvence dechu byly uvedeny u 91 (91,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací, jednotky u tělesné teploty nebyly uvedeny v případě 3 (3,0 %) dokumentací, jednotky tělesné teploty byly uvedeny u zbylých 97 (97,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Dalším analyzovaným kritickým bodem bylo celkové neuvedení hodnot fyziologických funkcí, toto bylo hodnoceno u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Hodnoty krevního tlaku nebyly zapsány u 3 (3,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zbylých 97 (97,0 %) dokumentací hodnoty krevního tlaku mělo uvedeno, hodnoty pulzů nebyly zapsány u 2 (2,0 %) vzorků z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. V 98 (98,0 %) dokumentací byla hodnota pulzu zapsána, hodnoty frekvence dýchání nebyla zapsána u počtu 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu

100 (100,0 %) dokumentací, frekvence dýchání byla zapsána u 96 (96,0 %) dokumentací. Naměřené hodnoty tělesné teploty nebyly uvedeny u 3 (3,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zbýlých 97 (97,0 %) dokumentací mělo hodnoty zapsáno z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.1.2 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu (farmakoterapie)

Tab. 2 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu u farmakoterapie

	Správně		Nesprávně		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Lékové skupiny	84	84,0 %	16	16,0 %	100	100,0 %



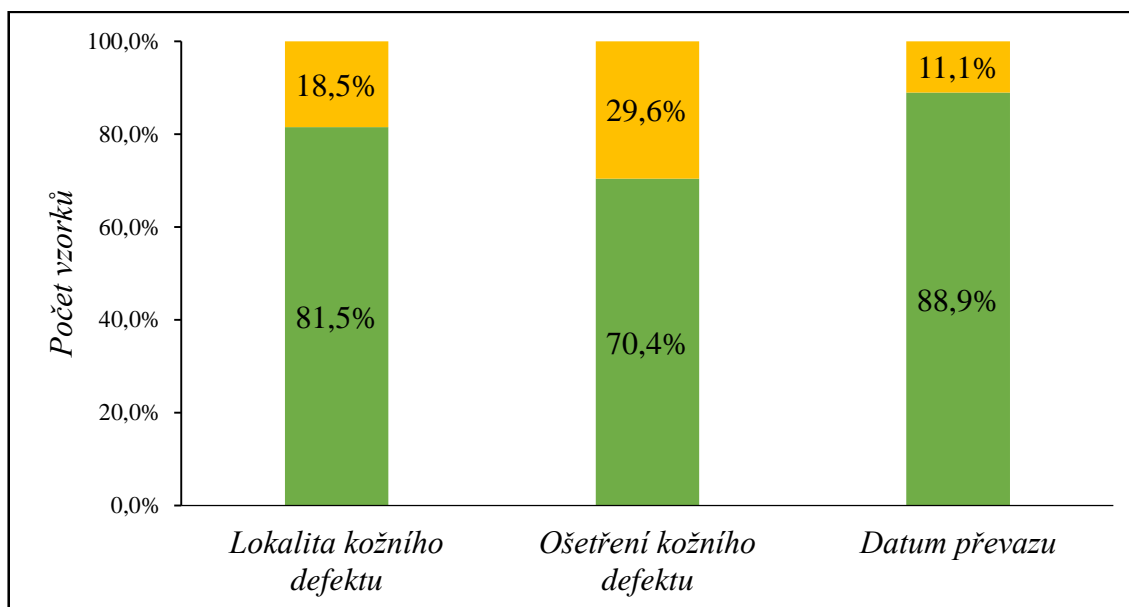
Graf 2 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu u farmakoterapie

Dalším zjištěným kritickým bodem byla oblast farmakoterapie, která byla analyzována u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Konkrétním kritickým bodem bylo uvádění nesprávných lékových skupin u 16 (16,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zbýlých 84 (84,0 %) dokumentací mělo lékové skupiny uvedeny správně z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.1.3 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu (kožní defekt)

Tab. 3 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u kožního defektu

n _i [-]=27 (počet ošetřovatelských dokumentací s uvedeným kožním defektem)	Uvedeno		Neuvedeno		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Lokalita kožního defektu	22	81,5 %	5	18,5 %	27	100,0 %
Ošetření kožního defektu	19	70,4 %	8	29,6 %	27	100,0 %
Datum převazu	24	88,9 %	3	11,1 %	27	100,0 %



Graf 3 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u kožního defektu

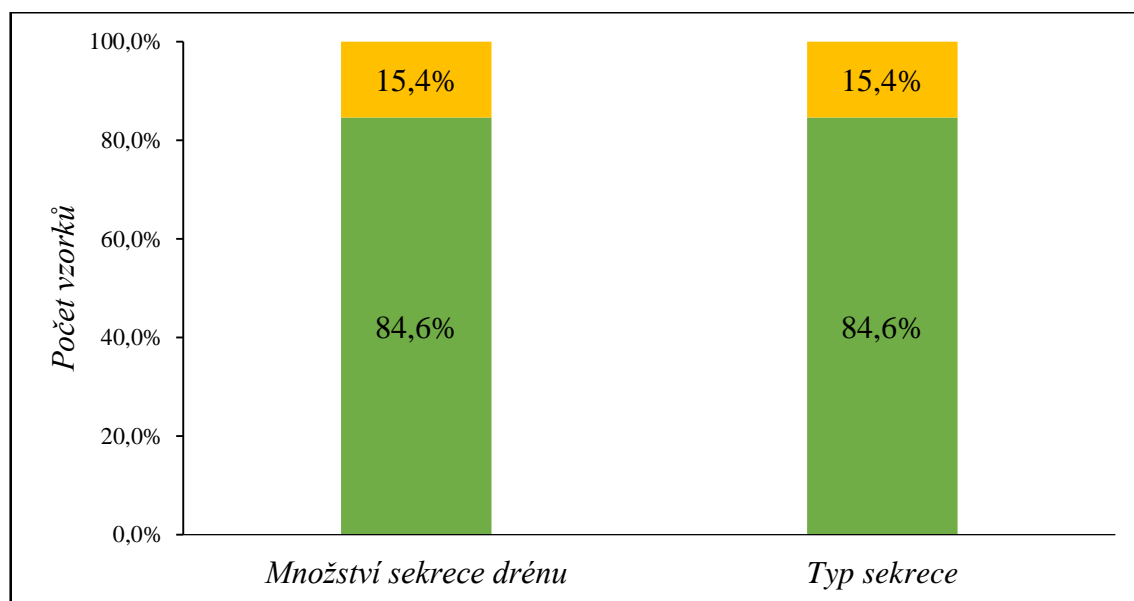
Dalším zjištěným kritickým bodem je oblast kožního defektu, který byl analyzován u počtu 27 (27,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Protože se kožní defekt nevyskytoval u všech 100 dokumentací, ale pouze u 27 vzorků, platí pro tuto část, že absolutní četnost 27 je 100,0 %. Prvním kritickým bodem bylo zjištěno nevyplnění lokality kožního defektu u 5 (18,5 %) dokumentací ze zjištěného počtu 27 (100,0 %) dokumentací. Lokalita kožního defektu byla vyplněna

u zbývajících 22 (81,5 %) dokumentací. Dalším zjištěným kritickým bodem bylo neuvedení, jak byl kožní defekt ošetřen, toto bylo zjištěno u 8 (8,0 %) dokumentací ze zjištěného počtu 27 (100,0 %) dokumentací u kterých se kožní defekt vyskytoval. Ošetření kožního defektu bylo uvedeno u 19 (70,4 %) dokumentací ze zjištěných 27 (100,0 %) dokumentací. Dalším zjištěným kritickým bodem bylo neuvádění data posledního převazu kožního defektu, tento kritický bod byl zjištěn u 3 (11,1 %) dokumentací z počtu 27 (100,0 %) dokumentací. Datum posledního převazu byl uveden u 24 (88,9 %) dokumentací ze zjištěného počtu 27 (27,0 %) dokumentací.

3.3.2.1.4 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu (drénu)

Tab. 4 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u drénu

n _i [-]=13 (počet ošetřovatelských dokumentací s uvedeným drénem)	Uvedeno		Neuvedeno		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]
Množství sekrece drénu	11	84,6 %	2	15,4 %	13	100,0 %
Typ sekrece	11	84,6 %	2	15,4 %	13	100,0 %



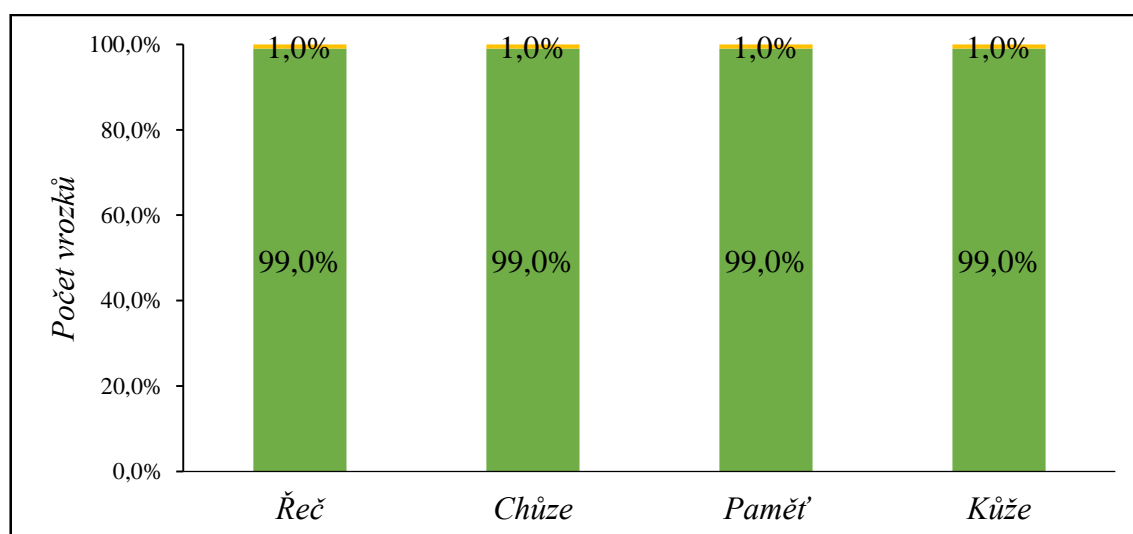
Tab. 4 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u drénu

Dalším zjištěným kritickým bodem bylo také neuvedení množství sekrece z drénu. Protože se drén nevyskytoval u všech 100 dokumentací, ale pouze u 13 vzorků, platí pro tuto část, že absolutní četnost 13 je 100,0 %. Množství sekrece nebylo uvedeno v případě 2 (15,4 %) dokumentací ze zjištěného počtu 13 (100,0 %) dokumentací, u kterých byla zapsána přítomnost drénu. Množství sekrece drénu byla uvedena u 11 (84,6 %) dokumentací ze zjištěného počtu 13 (100,0 %) dokumentací. Dalším kritickým bodem bylo zjištěno neuvedení typu sekrece drénu u 2 (15,4 %) dokumentací ze zjištěného počtu 13 (100,0 %) dokumentací. Typ sekrece drénu byl uveden u 11 (84,6 %) dokumentací z analyzovaného počtu 13 (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.1.5 Analýza kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu (řeč, chůze, paměť a kůže)

Tab. 5 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u řeči, chůze, paměti a kůže

	Uvedeno		Neuvedeno		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Řeč	99	99,0 %	1	1,0 %	100	100,0 %
Chůze	99	99,0 %	1	1,0 %	100	100,0 %
Paměť	99	99,0 %	1	1,0 %	100	100,0 %
Kůže	99	99,0 %	1	1,0 %	100	100,0 %



Graf 5 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u řeči, chůze, paměti a kůže

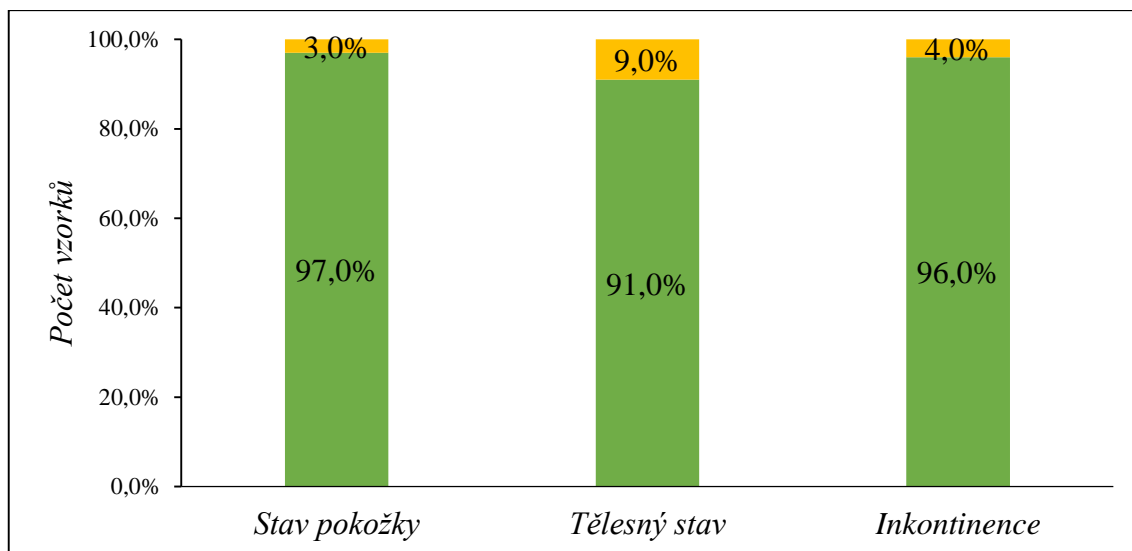
Dalším zjištěným kritickým bodem bylo hodnocení stavu řeči, která byla hodnocena u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Řeč nebyla zhodnocena pouze u 1 (1,0 %) dokumentace z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U 99 (99,0 %) dokumentací byla řeč zhodnocena. Dalším kritickým bodem bylo hodnocení stavu chůze u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Stav chůze nebyl zhodnocen u 1 (1,0 %) dokumentací z celkového počtu (100,0 %) dokumentací. Zbýlých 99 (99,0 %) dokumentací mělo stav chůze zhodnoceno. Další kritický bod bylo hodnocení paměti u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Paměť nebyla zhodnocena u 1 (1,0 %) dokumentace z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U 99 (99,0 %) dokumentací zhodnocena byla. Dalším kritickým bodem bylo hodnocení stavu kůže u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Kůže nebyla zhodnocena u 1 (1,0 %) dokumentace z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zbýlých 99 (99,0 %) dokumentací mělo stav kůže zhodnoceno.

3.3.2.2 Analýza kritických bodů v oblasti Hodnotící tabulky

3.3.2.2.1 Analýza kritických bodů v oblasti Hodnotící tabulky (Nortonova stupnice)

Tab. 6 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Nortonovy stupnice

	Správně		Nesprávně		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Stav pokožky	97	97,0 %	3	3,0 %	100	100,0 %
Tělesný stav	91	91,0 %	9	9,0 %	100	100,0 %
Inkontinence	96	96,0 %	4	4,0 %	100	100,0 %



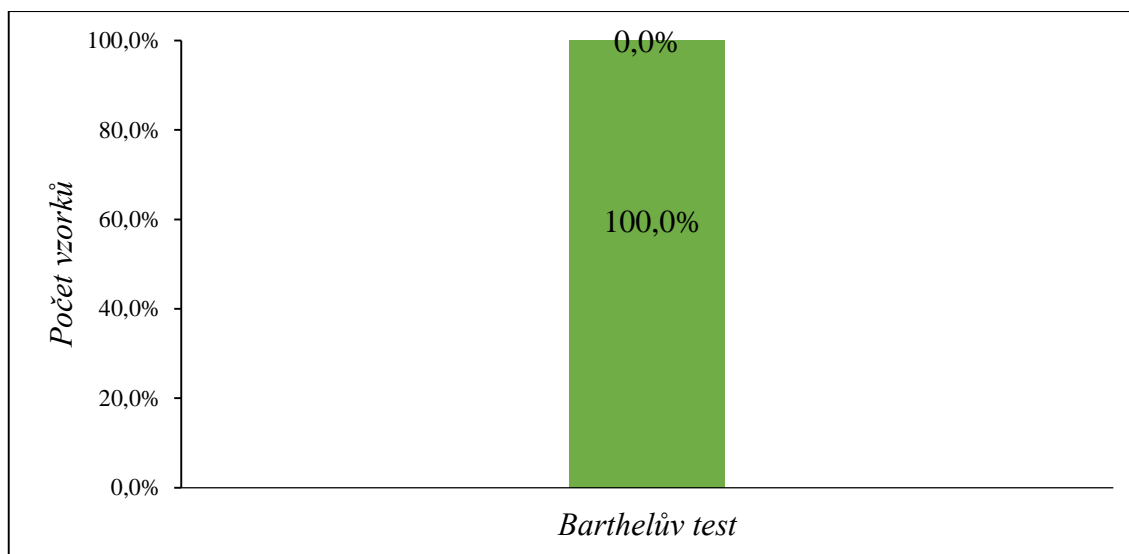
Graf 6 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Nortonovy stupnice

Dalším zjištěným kritickým bodem bylo nesprávné hodnocení Nortonovy stupnice, která byla hodnocena u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Jedním z kritických bodů je hodnocení stavu pokožky, kdy u 3 (3,0 %) dokumentací byl nesprávně zhodnocen stav pokožky z celkového počtu 100 (100,0 %). U 97 (97,0 %) dokumentací byl stav pokožky správně uveden. Dalším kritickým bodem, který byl hodnocen u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací, bylo hodnocení tělesného stavu. Který byl nesprávně zhodnocen u 9 (9,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U 91 (91,0 %) dokumentací byl tělesný stav zhodnocen správně. Dalším kritickým bodem v oblasti hodnocení Nortonovy stupnice bylo hodnocení inkontinence, které bylo hodnoceno u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Nesprávně zhodnocená inkontinence byla u 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U zbylých 96 (96,0 %) dokumentací byla oblast inkontinence správně zhodnocena.

3.3.2.2 Analýza kritických bodů v oblasti Hodnotící tabulky (Barthelův test základních všedních činností)

Tab. 7 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Barthelova testu základních všedních činností

	Správně		Nesprávně		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Barthelův test	100	100,0 %	0	0,0 %	100	100,0 %



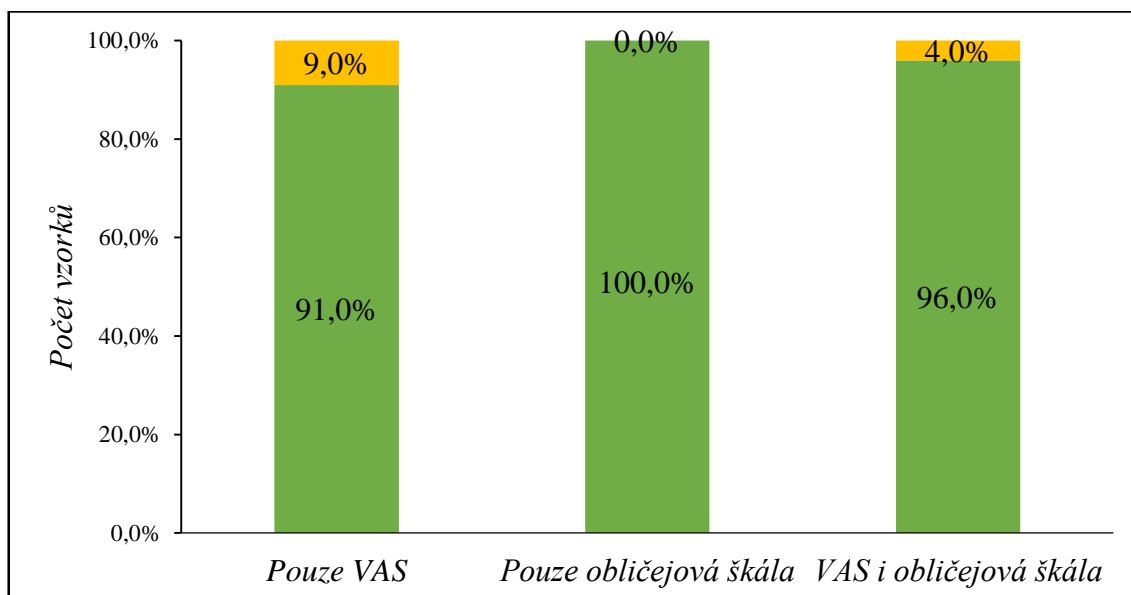
Graf 7 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Barthelova testu základních všedních činností

Analýzou kritických bodů výukové ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že ve zkoumaných dokumentacích je Barthelův test základních všedních činností správně zhodnocen v případě 100 (100,0 %) dokumentací, z celkového počtu (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.2.3 Analýza kritických bodů v oblasti Hodnotící tabulky (škály bolesti)

Tab. 8 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u škál bolesti

	Zhodnocena		Nezhodnocena		Celkem	
	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]
Pouze VAS	91	91,0 %	9	9,0 %	100	100,0 %
Pouze obličejová škála	0	0,0 %	100	100,0 %	100	100,0 %
VAS i obličejová škála	4	4,0 %	96	96,0 %	100	100,0 %



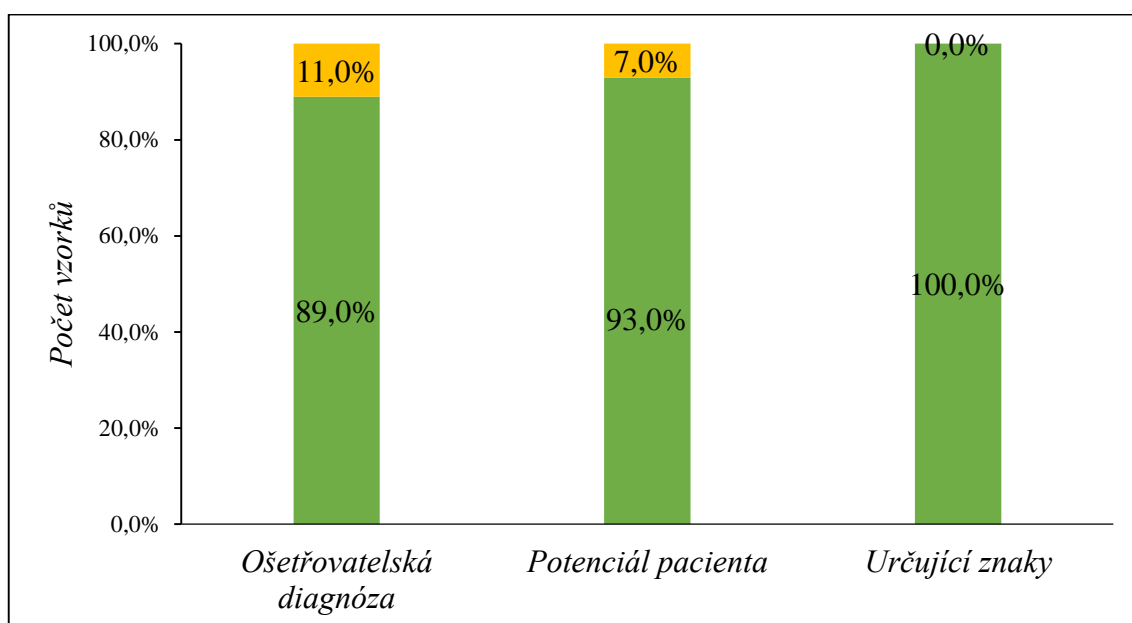
Graf 8 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u škál bolesti

Bylo zjištěno, že dalším kritickým bodem bylo nesprávné vyplnění stupnic bolesti, které byly hodnoceny u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Kritickým bodem bylo vyplnění obou škál bolesti, konkrétně VAS i obličejové škály u 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Správně vyplněny byly u 92 (92,0 %) dokumentací. Dalším kritickým bodem bylo nezhodnocení škály bolesti u 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zbýlých 92 (92,0 %) dokumentací mělo škály bolesti správně zhodnoceno.

3.3.2.3 Analýza kritických bodů v oblasti Posouzení stavu potřeb

Tab. 9 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Posouzení stavu potřeb

	Adekvátní		Neadekvátní		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Ošetřovatelská diagnóza	89	89,0 %	11	11,0 %	100	100,0 %
Potenciál pacienta	93	93,0 %	7	7,0 %	100	100,0 %



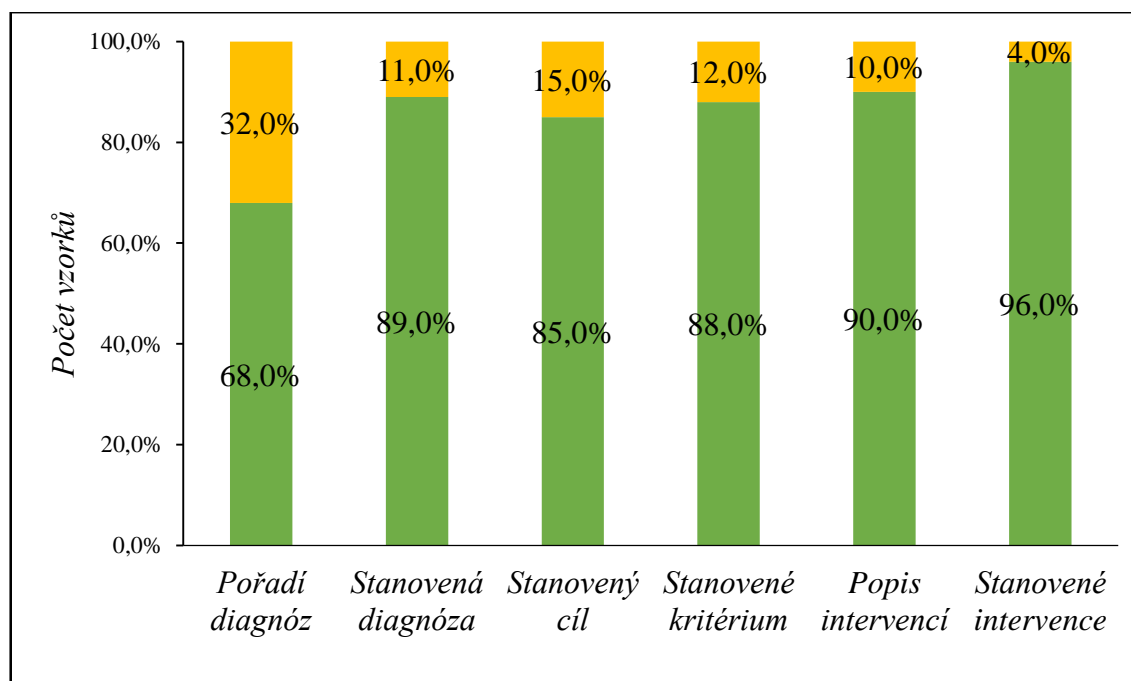
Graf 9 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Posouzení stavu potřeb

Bylo zjištěno, že dalším kritickým bodem je stanovování neadekvátních ošetřovatelských diagnóz, které byly hodnoceny u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Neadekvátní ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny u 11 (11,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U 89 (89,0 %) dokumentací byly ošetřovatelské diagnózy stanoveny adekvátně k současnému stavu a potřebám pacienta. Dalším kritickým bodem, který byl analyzován bylo neadekvátní stanovení potenciálu pacienta. Potenciál pacienta byl neadekvátně stanoven u 7 (7,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Adekvátně stanovený potenciál pacienta byl u 93 (93,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Určující znaky byly adekvátně stanoveny u 100 (100,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.4 Analýza kritických bodů v oblasti Plán péče

Tab. 10 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Plánu péče

	Adekvátní		Neadekvátní		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Pořadí diagnóz	68	68,0 %	32	32,0 %	100	100,0 %
Stanovená diagnóza	89	89,0 %	11	11,0 %	100	100,0 %
Stanovený cíl	85	85,0 %	15	15,0 %	100	100,0 %
Stanovené kritérium	88	88,0 %	12	12,0 %	100	100,0 %
Popis intervencí	90	90,0 %	10	10,0 %	100	100,0 %
Stanovené intervence	96	96,0 %	4	4,0 %	100	100,0 %



Graf 10 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Plánu péče

Dalším zjištěným kritickým bodem byl Plán péče, který byl hodnocen u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Jedním z kritických bodů je neadekvátní stanovení pořadí ošetrovatelských diagnóz u 32 (32,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Pořadí ošetrovatelských diagnóz byla stanoveno adekvátně

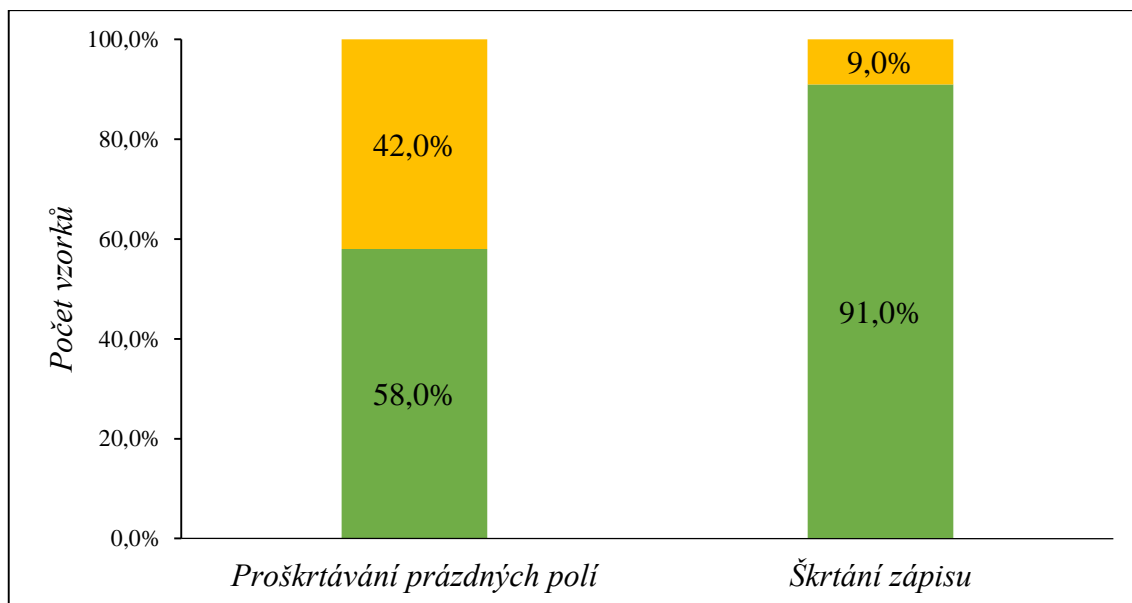
u 68 (68,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Dalším kritickým bodem byla neadekvátně stanovená ošetřovatelská diagnóza. Chybné stanovení ošetřovatelských diagnóz bylo u 11 (11,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Správně stanovené ošetřovatelské diagnózy byly u 89 (89,0 %) dokumentací z celkového počtu (100,0 %) dokumentací. Jako kritický bod byl také analyzováno neadekvátní stanovení cíle. Cíl byl neadekvátně stanoven u 15 (15,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Adekvátně stanovený cíl byl u 85 (85,0 %) dokumentací. Analyzovaným kritickým bodem bylo také neadekvátní stanovení kritéria u 12 (12,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Kritéria byla adekvátně stanovena u 88 (88,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Kritickým bodem byl také neadekvátní popis intervencí, který byl u 10 (10,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Intervence byly adekvátně uvedeny u 90 (90,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Posledním kritickým bodem v oblasti Plánu péče byly neadekvátní intervence u 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Intervence byly adekvátně stanoveny u 96 (96,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací.

3.3.2.5 Analýza kritických bodů v celkové úpravě

3.3.2.5.1 Analýza kritických bodů v celkové úpravě (korektura bělicím korektorem)

Tab. 11 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu korektura bělicím korektorem

	Přítomno		Nepřítomno		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Oprava bělicím korektorem	21	21,0 %	79	79,0 %	100	100,0 %



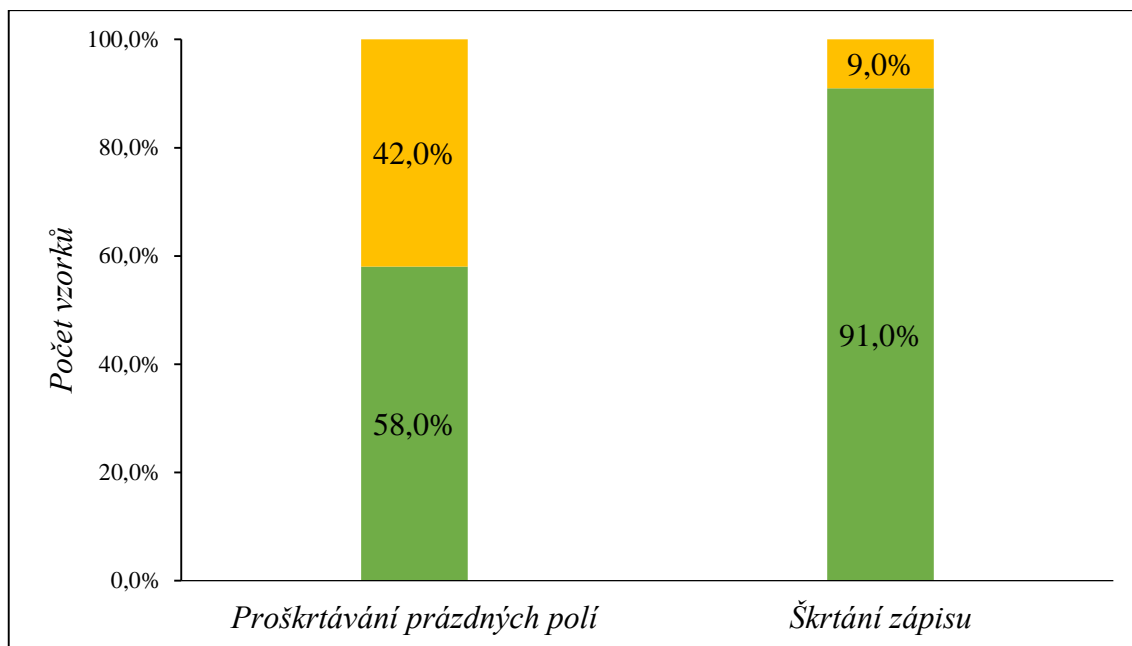
Graf 11 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu korektura bělicím korektorem

Bylo zjištěno, že dalším kritickým bodem v oblasti celkové úpravy, byla korektura bělicím korektorem, který byl hodnocen u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Opravy bělicím korektorem se vyskytovaly u 21 (21,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. U 79 (79,0 %) dokumentací nebyl bělicí korektor použit.

3.3.2.5.2 Analýza kritických bodů v celkové úpravě (Škrtání v dokumentaci)

Tab. 12 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u celkové úpravy

	Adekvátní		Neadekvátní		Celkem	
	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]	n _i [-]	f _i [%]
Proškrtávání polí	58	58,0 %	42	42,0 %	100	100,0 %
Škrtání zápisu	91	91,0 %	9	9,0 %	100	100,0 %



Graf 12 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u celkové úpravy

Kritický bod, který byl analyzován v oblasti celkové úpravy bylo proškrtávání prázdných polí, který byl hodnocen u celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Neadekvátně proškrtaná volná pole byla u 42 (42,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Adekvátně proškrtaná nevyplněná pole byla u 58 (58,0 %) dokumentací. Zjištěným kritickým bodem bylo také neadekvátní škrtnání zápisu, kdy poté nebylo možné přečíst původní text. Tento kritický bod byl u 9 (9,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Adekvátně přeškrtnutý zápis byl u 91 (91,0 %) dokumentací.

3.3.3 Analýza výzkumných dat pro třetí etapu výzkumu

Pro třetí etapu výzkumu byla využita kvalitativní metoda, konkrétně polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor. Bylo stanoveno osm otázek pro rozhovor s respondenty, kteří jsou studenty třetího ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. V této etapě bylo pomocí připravených otázek zkoumáno, jaké mají respondenti návrhy na úpravu výukové ošetrovatelské dokumentace. V rozhovoru je otázka označena jako „O“, respondent je označen jako „R“ a tazatel je označen jako „T“. Zjištěné výsledky byly zpracovány do schématu (viz Schéma 2).

3.3.3.1 Analýza rozhovorů

První otázka zněla, **Který ročník studijního oboru Všeobecná sestra studuješ?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že všech 10 respondentů (R1-R10) studuje 3. ročník studijního oboru Všeobecná sestra.

Druhá otázka zněla **Která část ti dělala největší problém při vyplňování výukové ošetrovatelské dokumentace?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že respondentům R3, R5, R6 a R9 dělala největší problém část Ošetrovatelský plán, konkrétně stanovit správné pořadí ošetrovatelských diagnóz a následného cíle. R6 jako největší problém uvádí stanovování jednotlivých intervencí *„Pro mě, jako člověka z gymnázia bylo vymyslet intervence dost obtížné.“* Naopak respondenti R2 a R4 uvedli, že největší problém při vyplňování výukové ošetrovatelské dokumentace byla část Posouzení stavu potřeb konkrétně doména Životní principy u R4. Respondentka R2 dodává *„Největší problém byla pro mě doména Sexualita, o které se mnoho lidí nechtělo bavit, a já se cítila trochu trapně.“*

Třetí otázka zněla **Jaké jsou tvé návrhy na zlepšení v části Posouzení současného zdravotního stavu?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti (R1-R10) uvádějí jako návrh na zlepšení vynechání některých bodů k vyplnění. Respondentka R1 uvedla jako návrh na zlepšení redukcí některých bodů v části Současného zdravotního stavu že by *„Odstranila bych například body Nos, Stav dutiny ústní, Chrup.“* R3 také uvedla že *„V této části bych vynechala políčko důvod přijetí (vyjádření subjektivního názoru pacienta).“* Naopak respondentka R4 uvádí že, by bylo vhodné upravit prostor pro vyplňování některých polí *„Upravit velikost prostoru na určité odpovědi (například na lokalitu kožního defektu, která je malá.“* Tento návrh uvedla také respondentka R8. R5 k tomuto dodává, že by zároveň zvětšila prostor na uvedení alergie a lékařských diagnóz.

Čtvrtá otázka zněla **Jaké jsou tvé návrhy na zlepšení v části Hodnotící tabulky?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti (R1-R10) se shodují na tom, že v části Hodnotících tabulek je vše potřebné a nelze nic vynechat. Ale někteří respondenti (R3, R8 a R10) ovšem dodávají, že by upravili pouze grafické zpracování pro větší přehlednost například respondentka R8 uvádí, *„Na první pohled nejde vidět, kolik tam těch tabulek vůbec je, proto by bylo lepší udělat každou tabulku např. jinou barvou.“*

Pátá otázka zněla **Jaké jsou tvé návrhy na zlepšení v části Posouzení stavu potřeb?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že deset respondentů uvádí jako návrhy na úpravu zredukování některých bodů v jednotlivých doménách. Například R2 uvádí „*Vynechala bych bod Svůj zdravotní stav hodnotím jako.*“ Dále se respondenti shodují na tom, že by vynechali stanovování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie, například R3 uvádí „*Stanovení ošetrovatelských diagnóz mi přijde zbytečné, nikde jsem to v praxi neviděla.*“ R7 dodává, že některé body by mohli studenti vypisovat a nekřížkovat protože „*příjem tekutin za 24 hodin stačí napsat.*“

Šestá otázka zněla **Jaké jsou tvé návrhy na zlepšení v části Ošetrovatelský plán?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že se respondenti (R2, R5 a R6) shodují na tom, že je třeba poupravit část Ošetrovatelský plán a to zejména ve stanovení cíle, kritéria, realizace a hodnocení. Respondentka R2 navrhuje zrušit psaní data stanovování a zrušení ošetrovatelské diagnózy. R5 navrhuje v oblasti realizace zaškrtnávat, kdo intervence realizuje, „*Dala bych na výběr zaškrtnutí (všeobecná sestra, ošetrovatelka, rodina pacienta atd.), momentálně je to další zdlouhavé vypisování, které je u většiny diagnóz stejné.*“ Toto také uvádí R6, ale dodává, že v oblasti hodnocení by se mohlo pouze zaškrtnout, že byl plán splněn „*Hodnocení by stačilo napsat, zda byl cíl splněn/nesplněn, podpis a razítko sestry.*“ Naopak R8 uvádí, že by zvětšila prostor pro psaní ošetrovatelských diagnóz.

Sedmá otázka zněla **Jak na tebe působí grafické zpracování výukové ošetrovatelské dokumentace?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, jedné části respondentů (R1, R2, R5, R6, R7 a R9) přijde grafické zpracování dokumentace v pořádku, přehledné a orientovali se v ní, například R2 uvádí že „*Celkem dobře. Občas v nějaké části je velké množství kategorií, ale vyznám se v nich.*“ Avšak druhá část respondentů (R3, R4, R8 a R10) uvádí, že výuková ošetrovatelská dokumentace je nepřehledná, zbytečně chaotická, například R3 uvádí, „*Grafické zpracování dokumentace vypadá rozsahově až monstrózně, volila bych stručnější verzi.*“ Dále R8 uvádí že, „*Je nepřehledná a dlouhá.*“ R10 uvádí, „*Celá tato dokumentace na mě působí trochu chaoticky.*“

Osmá otázka zněla **Jaké jsou tvé návrhy na zlepšení současné výukové ošetrovatelské dokumentace používané na FZS TUL?** Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti (R1-R10) se shodují na tom, že je dokumentaci třeba zjednodušit, zkrátit a vypustit stanovování ošetrovatelských diagnóz dle Taxonomie NANDA. Například respondentka R2 uvádí, že by jako dokumentaci volila podle nemocnice.

Toto uvádí i R8, „Jako zlepšení dokumentace volím přizpůsobení se trendům nemocnice ve zjednodušení dokumentace.“ R5 dodává že, „Uřčitě bych ji zkrátila, například vyřadit méně důležité informace.“ Dále respondenti navrhují graficky dokumentaci upravit, například R4 uvádí, „Chtělo by to více barev, některé čáry silnější, využít světlé podbarvení některých kolonek.“ Toto uvádí také R10.

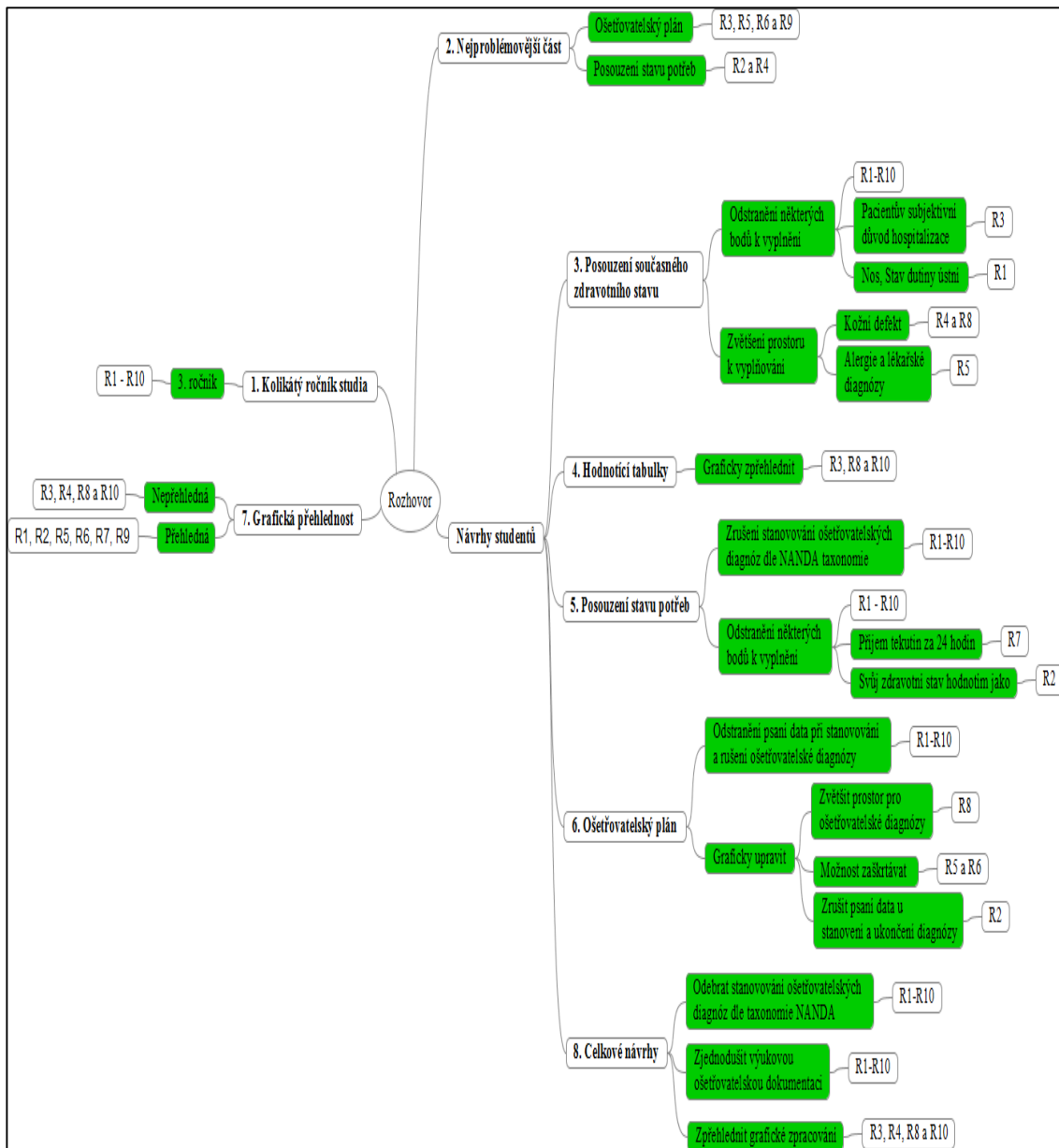


Schéma 2 Návrhy studentů na výukovou ošetrovatelskou dokumentaci (Zdroj: Autor)

3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě získaných dat z analyzovaných vzorků dokumentací. Výzkumné předpoklady byly procentuálně

upraveny na základě provedení předvýzkumu. Byly stanoveny čtyři výzkumné cíle a k nim výzkumné otázky nebo výzkumné předpoklady, které poté byly pomocí kvalitativní nebo kvantitativní metodou výzkumu analyzovány.

3.4.1 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro první etapu výzkumu

První etapa výzkumu probíhala pomocí kvalitativní metody výzkumu, pro kterou byl stanoven první výzkumný cíl č. **1 Zjistit kritické oblasti v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace**. Na základě zpracování výukové ošetrovatelské dokumentace byla rozdělena do čtyř zkoumaných částí, a to **Posouzení současného zdravotního stavu, Hodnotící tabulky, Posouzení stavu potřeb a Ošetrovatelský plán**, v těchto částech byly následně zjišťovány jednotlivé kritické body.

K prvnímu výzkumnému cíli byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla **1a Jaké jsou kritické body v Posouzení současného zdravotního stavu?** Pomocí kvalitativní metody výzkumu byly pozorováním zjištěny kritické body, a to neuvádění jednotek naměřených veličin, neuvádění naměřených hodnot, neuvádění lokality, kožního defektu, neuvádění ošetření kožního defektu, neuvádění data posledního převazu kožního defektu, neuvádění množství sekrece z drénu, neuvedení typu sekrece z drénu a nesprávné lékové skupiny.

Druhá výzkumná otázka zněla **1b Jaké jsou kritické body v oblasti Hodnotící tabulky ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?** Pomocí kvalitativní metody výzkumu bylo zjištěno, že kritickými body v této oblasti jsou, neadekvátní zhodnocení Nortonovy stupnice, konkrétně stavu pokožky, tělesného stavu a inkontinence, dále neadekvátně zhodnoceny škály bolesti, kdy byly zhodnoceny obě škály bolesti VAS i obličejová škála nebo škála bolesti nebyla zhodnocena vůbec.

Třetí výzkumná otázka zněla **1c Jaké jsou kritické body v oblasti Posouzení stavu potřeb ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?** Pomocí kvalitativní metody výzkumu bylo zjištěno, že kritickými body v této oblasti jsou, neadekvátně stanovená ošetrovatelská diagnóza a neadekvátně stanoven potenciál pacienta.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla **1d Jaké jsou kritické body v oblasti Plánu péče ve výukové ošetrovatelské dokumentaci?** Pomocí kvalitativní metody výzkumu bylo zjištěno, že kritickými body v této oblasti jsou, neadekvátní pořadí stanovených ošetrovatelských diagnóz, neadekvátně stanovená ošetrovatelská diagnóza, neadekvátně

stanoven cíl, neadekvátně stanovené kritérium, neadekvátní popis intervencí a neadekvátně stanovené intervence.

3.4.2 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro druhou etapu výzkumu

Druhá etapa výzkumu probíhala pomocí kvantitativní metody výzkumu, kdy byl analyzován druhý výzkumný cíl, který zněl **Zjistit míru zastoupení kritických bodů v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace**. K tomuto cíli byly stanoveny čtyři výzkumné předpoklady. První výzkumný předpoklad 2a zněl **Předpokládáme, že 50 % a více studentů uvádí jednotky u naměřených hodnot**. Hodnocení v rámci pozorovací položky č. 2a bylo kvantitativním výzkumem zjištěno, že jednotky u naměřených hodnot byly v průměru uváděny v případě 85 (85,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Jednotlivý přehled uvádění jednotek (viz Tab. 13). **Z toho vyplývá, že první výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumu.**

Tab. 13 Uvádění jednotek u naměřených veličin

Jednotky	Jednotky uvedeny		Jednotky neuvedeny		Σ
	n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	
Krevní tlak	57	57,0 %	43	43,0 %	100
Pulz	94	94,0 %	6	6,0 %	100
Dech	91	91,0 %	9	9,0 %	100
Tělesná teplota	97	97,0 %	3	3,0 %	100
Souhrn	85	85,0 %	15	15,0 %	100

Výzkumný předpoklad 2b zněl, **Předpokládáme, že 95 % studentů adekvátně zhodnotí Barthelův test základních všedních činností na základě anamnézy**. Hodnocení v rámci pozorovací položky č. 2b bylo kvantitativním výzkumem zjištěno, že Barthelův test základních všedních činností byl adekvátně zhodnocen u 100 (100,0 %) dokumentací, zatímco neadekvátně zhodnocen byl u 0 (0,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací (viz Tab. 14). **Z toho vyplývá, že druhý výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumu.**

Tab. 14 Zhodnocení Barthelova testu základních všedních činností

Adekvátně zhodnoceno		Neadekvátně zhodnoceno		Σ
n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	
100	100,0 %	0	0,0 %	100

Výzkumný předpoklad 2c zněl, **Předpokládáme, že 100 % studentů adekvátně zvolí určující znaky při stanovení ošetrovatelské diagnózy.** Hodnocení v rámci pozorovací položky č. 2c bylo kvantitativním výzkumem zjištěno, že určující znaky byly adekvátně stanoveny u 100 (100,0 %) dokumentací, zatímco neadekvátně zhodnocen byly u 0 (0,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací (viz Tab. 15). **Z toho vyplývá, že třetí výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumu.**

Tab. 15 Stanovení určujících znaků při stanovení ošetrovatelské diagnózy

Adekvátně stanoveny		Neadekvátně stanoveny		Σ
n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	
100	100,0 %	0	0,0 %	100

Výzkumný předpoklad 2d zněl, **Předpokládáme, že 80 % a více studentů adekvátně definuje cíle v plánu ošetrovatelské péče.** Výzkumný předpoklad byl procentuálně upraven po ukončení první etapy kvalitativního výzkumu. Hodnocení v rámci pozorovací položky č. 2d bylo kvantitativním výzkumem zjištěno, že cíl v plánu ošetrovatelské péče byl adekvátně definován u 85 (85,0 %) dokumentací, zatímco neadekvátně definován byl u 15 (15,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací (viz Tab. 16). **Z toho vyplývá, že čtvrtý výzkumný předpoklad je v souladu s výsledky výzkumu.**

Tab. 16 Definování cíle v plánu ošetrovatelské péče

Adekvátně definován		Neadekvátně definován		Σ
n_i [-]	f_i [%]	n_i [-]	f_i [%]	
85	85,0 %	15	15,0 %	100

Pomocí metody kvalitativního výzkumu byly zjištěny kritické body v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace. Na základě kvantitativní metody výzkumu byla zanalyzována míra zastoupení zjištěných kritických bodů v jednotlivých oblastech výukové ošetrovatelské dokumentace.

3.4.3 Analýza výzkumných cílů a předpokladů pro třetí etapu výzkumu

Třetí výzkumná etapa probíhala pomocí kvalitativní metody, kdy byl analyzován třetí výzkumný cíl č. 3, který zněl **Zjistit návrhy studentů na revizi současné výukové ošetrovatelské dokumentace?** Zhodnocení výzkumného cíle probíhalo na základě rozhovoru. **V oblasti Posouzení současného stavu** respondenti navrhuji zredukování některých bodů, konkrétně hodnocení stavu nosu, chrupu, dutiny ústní, dále také by odstranili pacientův subjektivní důvod k hospitalizaci. Jako další návrh na zlepšení uvádějí respondenti zvětšení prostoru na vyplňování, například u kožního defektu u alergie a lékařských diagnóz. **V oblasti Hodnotící tabulky**, jako návrhy na zlepšení uvádějí respondenti pouze grafické úpravy, konkrétně zpřehlednění, například barevné odlišení jednotlivých hodnotících tabulek. **V oblasti Posouzení stavu potřeb**, jako návrhy na zlepšení uvádějí respondenti zredukování bodů v jednotlivých doménách, například v doméně Podpora zdraví oblast svůj zdravotní stav hodnotím jako, v doméně Výživa bod Příjem tekutin za 24 hodin. Dále také navrhuji zrušení stanovování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie. **V oblasti Ošetrovatelský plán**, jako návrhy na zlepšení uvádějí respondenti možnost zakřížkovat splnění ošetrovatelského plánu namísto slovního hodnocení, dále navrhuji křížkovat, kdo intervence realizuje. Dalším návrhem bylo zrušení psaní data u stanovování a zrušení ošetrovatelské diagnózy. Návrhy na **celkovou úpravu dokumentace** respondenti uvádějí její zjednodušení, a to zkrácení v podobě zredukování uvedených bodů a stanovování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie.

4 Diskuze

Práce s ošetrovatelskou dokumentací je u všeobecné sestry každodenní náplní práce. Jejím vedením se zajistí nejen řádná kontinuita ošetrovatelské péče. Bakalářská práce se zabývá analýzou výukové ošetrovatelské dokumentace, která je používána studenty studijního oboru Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci. Byly stanoveny celkem čtyři cíle, k jejichž dosažení byla použita kvalitativně-quantitativní metoda výzkumu. Pro kvalitativní část výzkumu byla použita technika polostrukturovaného pozorování, kdy byly zjišťovány, jaké kritické body se vyskytují v jednotlivých výukových ošetrovatelských dokumentacích. Ve druhé části výzkumu byla použita kvantitativní metoda výzkumu konkrétně technika polostrukturovaného pozorování. V této části výzkumu byla zjišťována míra zastoupení zjištěných kritických bodů z první etapy výzkumu. Ve třetí části výzkumu byla použita kvalitativní metoda výzkumu technikou polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru, ten probíhal se studenty třetích ročníků studijního oboru prezenční formy studia Všeobecná sestra Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci

Prvním stanoveným cílem bylo Zjistit kritické oblasti v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace. Na základě současně zpracované výukové ošetrovatelské dokumentace, která je rozdělena do jednotlivých částí, a to Posouzení současného zdravotního stavu, Hodnotící tabulky, Posouzení stavu potřeb a Ošetrovatelský plán, byly stanoveny výzkumné otázky k prvnímu cíli práce. Obecně bychom mohli zjištěné kritické body rozdělit do dvou kategorií, jsou to **neuvedení informací** a **uvedení neadekvátních či nesprávných informací**. Všechny zjištěné informace by měly být zapsány do dokumentace. Tímto způsobem lze zajistit lepší kontinuitu péče, protože informace předány ústní formou mohou být zapomenuty, proto je důležité zjištěné informace zaznamenat, aby všeobecná sestra přebírající službu mohla navázat na ošetrovatelský plán, ale také na poslední podané ordinace. Dále také pravdivé uvedení informací může poskytnout všeobecné sestře ochranu v případném soudním sporu. Toto také uvádí SAK (2014) a doplňuje, že záznamy do zdravotnické dokumentace by měly být pravdivé a úplně s následnou autorizací podpisem a razítkem. Dále Policar (2014) k tomu dodává, že pravdivým vedením zdravotnické dokumentace je zdravotnický pracovník chráněn v případném trestném řízení.

Druhým stanoveným cílem bylo **Zjistit míru zastoupení kritických bodů v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace**. Jedním ze zjištěných

kritických bodů v Posouzení současného zdravotního stavu bylo **neuvádění jednotek** naměřených fyziologických funkcí. V případě jednotek krevního tlaku nebyly jednotky uvedeny u 43 (43,0 %) dokumentací, jednotky pulzu nebyly uvedeny u 6 (6,0 %) dokumentací, jednotky dechu nebyly uvedeny u 9 (9,0 %) dokumentací a jednotky tělesné teploty nebyly uvedeny u 3 (3,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) zkoumaných dokumentací. Neuvádění jednotek lze vysvětlit tím, že ani v nemocnici není v některých případech třeba jednotky uvádět, u papírového záznamu ošetrovatelské péče nemusí být dostatek místa pro záznam hodnoty i jednotky. Avšak pokud nejsou jednotky uvedeny, mohlo by dojít k nesprávné interpretaci fyziologických funkcí za jiné. Toto také uvádí Pokorná (2013) a dále dodává, že hodnoty je třeba uvádět s jednotkami, aby nedošlo k záměně za jiné.

Dalším ze zjištěných kritických bodů, bylo neuvádění hodnot naměřených fyziologických funkcí. V případě krevního tlaku nebyla naměřená hodnota uvedena u 3 (3,0 %) dokumentací, naměřené hodnoty pulzu nebyly uvedeny u 2 (2,0 %) dokumentací, naměřená hodnota dechu nebyla uvedena u 4 (4,0 %) dokumentací, hodnoty tělesné teploty nebyly uvedeny u 3 (3,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) zkoumaných dokumentací. Je pozitivní, že hodnoty byly u všech fyziologických funkcí uvedeny minimálně u 95 (95,0 %) dokumentací. Lze se pouze domnívat, jestli sledování fyziologických funkcí nebylo ordinováno lékařem nebo respondenti opomněli zjištění fyziologických funkcí. Protože monitorací lze předejít nežádoucím komplikacím a zhoršení zdravotního stavu, toto také uvádí Pokorná (2013), že z tohoto důvodu je třeba fyziologické funkce sledovat, protože mohou všeobecnou sestru upozornit na případné komplikace např. nastávající šok.

Dalším zjištěným kritickým bodem v oblasti Posouzení současného zdravotního stavu bylo nesprávné uvádění lékových skupin v části Farmakoterapie. Nesprávné uvádění lékových skupiny se týkalo léků, které pacient užívá, či jsou pacientovi podávány. Tento kritický bod byl zjištěn u 16 (16,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. V dnešní době, kdy je mnoho skupin léků a lék se stejnou účinnou látkou má více názvů, je třeba, aby všeobecná sestra měla základní přehled ve farmakologii. Dále je třeba zjistit pacientovu alergickou anamnézu na léky, protože léky podobného nebo jiného názvu mohou mít stejnou účinnou látkou. K tomuto SAK (2014) dodává, že léky se podávají pouze podle ordinace lékaře, po identifikaci pacienta, správného léku, gramáže, aplikační cesty a příslušné ordinace. Všeobecné sestře může být nápomocen klinický farmakolog, který bude mít větší přehled v jednotlivých léčivech

a může poskytnout odbornou konzultaci, případně farmakologické konzilium. Toto také uvádí ve své práci Dragounová (2014), že v nemocnicích, kde funguje klinický farmakolog a všeobecné sestry s ním mohou konzultovat, došlo k výraznému poklesu nežádoucích interakcí léčiv (Dragounová, 2014).

Druhou zkoumanou oblastí byly Hodnotící tabulky. V této oblasti bylo zjištěno jako kritický bod nesprávné zhodnocení Nortonovy škály. Zjištěné kritické body se týkaly nesprávného zhodnocení stavu pokožky u 3 (3,0 %) dokumentací, nesprávné zhodnocení tělesného stavu u 9 (9,0 %) dokumentací a nesprávné zhodnocení inkontinence u 4 (4,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100 %) zkoumaných dokumentací. Naopak je pozitivní že Barthelův test základních všedních činností byl správně zhodnocen ve 100 (100,0 %) dokumentací. Nortonova stupnice je jedna ze základních škál, která je hodnocena a správným zhodnocením lze předejít vzniku dekubitů. Pokorná (2013) uvádí, že škály mají být denně přehodnocovány, tak aby odpovídaly aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Nortonova stupnice může být ovšem zhodnocena správně, otázkou je pak svědomité plnění ošetrovatelského plánu všeobecnou sestrou a případné preventivní intervence proti vzniku dekubitů. Pokorná (2013) ve své literatuře uvádí, že nesprávné zhodnocení škál může mít fatální následky na pacientovu léčbu, kdy vzniklí dekubitus může prodloužit léčbu. Toto také uvádí Ferko et al. (2015) ve své literatuře, že dekubitus může být závažnou komplikací zdravotního stavu pacienta a být chirurgicky obtížně řešitelný.

Třetí zkoumanou oblastí bylo Posouzení stavu potřeb. V této oblasti bylo zjištěno jako kritický bod neadekvátní stanovení ošetrovatelské diagnózy u 11 (11,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Stanovení adekvátní ošetrovatelské diagnózy je základ pro plánování ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra by se neměla věnovat problémům, které pacienta netrápí nebo neohrožují na životě. Toto se týká také edukační ošetrovatelské diagnózy, protože některá onemocnění např. diabetes mellitus souvisí s dodržováním určitého režimu a aplikací inzulínu, z toho důvodu je třeba, aby byl pacient edukován v nejrůznějších oblastech. Zpracovávání práce se setkalo s minimální počtem relevantních zdrojů odborné literatury, které se zabývají stanovováním ošetrovatelských diagnóz.

Čtvrtou zkoumanou částí byl Ošetrovatelský plán. V této oblasti bylo jako kritický bod zjištěno neadekvátní pořadí ošetrovatelských diagnóz u 32 (32,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Všeobecná sestra by měla adekvátně stanovit priority ošetrovatelských diagnóz, které jsou třeba řešit jako první. Ackley (2016)

uvádí, že správné určení pořadí ošetrovatelských diagnóz zkvalitní ošetrovatelskou péči a může zkrátit dobu hospitalizace. U pacienta ihned po operaci nelze prioritně řešit stravu, když má přednost tlumení bolesti a sledování operační rány či naopak. Dalším zkoumaným kritickým bodem bylo neadekvátní stanovování ošetrovatelských diagnóz u 11 (11,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Adekvátně stanovená ošetrovatelská diagnóza je zásadní pro uspokojení všech potřeb, dále také pro úspěšnou léčbu. Jestliže všeobecná sestra stanoví neadekvátní ošetrovatelskou diagnózu, může se stát, že nezaregistruje zhoršující se zdravotní stav nebo se prodlouží doba hospitalizace pacienta. Tóthová a kol. (2014) k tomuto uvádí, že stanovení ošetrovatelské diagnózy je základem v ošetrovatelském procesu, který všeobecná sestra vykonává u každého pacienta a uspokojuje jeho potřeby. Dále je také nutné zmínit Koncepti českého ošetrovatelství Česko (2004), která stanovuje, že všeobecná sestra pracuje pomocí ošetrovatelského procesu, prostřednictvím kterého se uspokojují bio-psycho-sociální a eventuálně spirituální potřeby pacienta.

Samostatně zkoumanou oblastí ve výukové ošetrovatelské dokumentaci byla také **celková úprava vyplňované dokumentace**. Analýzou výukových ošetrovatelských dokumentací bylo zjištěno, že kritickými body jsou, korektura zápisu bělícím korektorem a škrtnání zápisu tak, že původní zápis se následně stane nečitelným. Opravy zápisu bělícím korektorem se objevila u 21 (21,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Zatímco škrtnání zápisu tak, že původní zápis nebyl čitelný bylo zjištěno u 9 (9,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %). V klinické praxi, potřebuje-li všeobecná sestra opravit zápis v dokumentaci, musí zachovat původní zápis čitelný. Je zajímavé, s kolika neadekvátními opravami zápisu se setkala ve svém výzkumu Slepíčková (2013) ze strany všeobecných sester pracujících v nemocnici. Celkem 12 (45,0 %) respondentů uvedlo, že zápis v dokumentaci opravují přelepením nebo bělícím korektorem. Ke škrtnání ve zdravotnické dokumentaci SAK (2014) uvádí, že zápis musí zůstat čitelný a musí být jasné, kdo opravu zápisu provedl, konkrétně být autorizován razítkem a podpisem.

Třetím cílem bylo zjistit návrhy studentů na revizi současné výukové ošetrovatelské dokumentace. Obecně bychom mohli konstatovat, že studenti jako návrhy na zlepšení navrhují zkrácení výukové ošetrovatelské dokumentace. Bylo zjištěno, že respondenti R1-R10 navrhují jako zlepšení odstranění stanovování ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie. Lze se domnívat, že v České republice není tato taxonomie rozšířená z důvodu nedostatečné informovanosti o používání. NANDA (2018)

uvádí, že ošetrovatelské diagnózy jsou založené na důkazech s cílem sjednotit ošetrovatelskou terminologii a zlepšit poskytování ošetrovatelské péče. Také Koncepce českého ošetrovatelství Česko (2004) stanovuje za hlavní pracovní metodu ošetrovatelského personálu ošetrovatelský proces, při kterém všeobecná sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy, na jejímž základě sestavuje ošetrovatelský plán péče. Dále se lze domnívat, že vedení nemocnic ve snaze ulehčit všeobecným sestřím práci, netrvá na stanovení ošetrovatelských diagnóz. Dále respondenti navrhuji v části Ošetrovatelského plánu v bodě Hodnocení možnost zaškrtnout, zda byl plán splněn či nikoliv. V klinické praxi není přípustné, aby se hodnocení pouze křížkovalo, protože je třeba hodnotit pacientův stav, reakce a zda došlo ke zlepšení nebo zhoršení stavu. Každý pacient má jiné reakce a nelze je zobecňovat a ošetrovatelský plán by měl být individualizovaný přímo potřebám pacienta. Popsáním lze zajistit lepší kontinuitu péče a případně se vyvarovat případného předchozího nesprávného postupu. Koncepce ošetrovatelství stanovuje Česko (2004), že ošetrovatelský proces je individuálně sestaven s ohledem na aktuální potřeby a zdravotní stav pacienta a dále je také kontinuálně hodnocen a upravován v závislosti na zdravotním stavu a reakcích pacienta.

Čtvrtým cílem bylo vytvoření revize současné výukové ošetrovatelské dokumentace, která by se následně používala ve výuce Všeobecných sester na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků výzkumu se mohou výsledky rozdělit do dvou oblastí, a to uvedení nesprávných či neadekvátních informací a neuvedení informací. Samostatným kritickým bodem byla celková úprava vyplňované výukové ošetrovatelské dokumentace, kdy byl původní zápis škrtnut tak, že byl následně nečitelný či byl zápis opraven bělícím korektorem. Výstupem bakalářské práce je vytvoření revize současné výukové ošetrovatelské dokumentace.

Studenti by si měli uvědomit, že ač se jedná o výukovou ošetrovatelskou dokumentaci, zároveň se jedná o přípravu na budoucí povolání Všeobecné sestry, která denně pracuje nejen s ošetrovatelskou dokumentací, ale zároveň se zdravotnickou dokumentací. Výukovou ošetrovatelskou dokumentaci je třeba zjednodušit a zkrátit. Také by se jí mělo věnovat ve výuce více času, detailně vysvětlit co který bod znamená a jak výukovou ošetrovatelskou dokumentaci vyplnit. Mohla by být například vytvořena Metodika vyplňování výukové ošetrovatelské dokumentace.

Samostatným bodem jsou mentoři, kteří zajišťují vyhodnocení vyplněné výukové ošetrovatelské dokumentace. I zde je nutná důkladná oprava, protože jestli není chyba opravena, nemusí si to student vůbec uvědomit a může chybovat i nadále. Z toho důvodu je třeba, aby zpětná vazba byla efektivní, například po zhodnocení výukové ošetrovatelské dokumentace lze jednotlivé opravené body více vysvětlit studentovi, aby pochopil a vyvaroval se podobným nedostatkům během studia, ale i následně v klinické praxi po ukončení studia.

Na revizi současné výukové ošetrovatelské dokumentace lze doporučit její zkrácení, zredukovat některé body k vyplnění např. diagnostickou doménu v části Posouzení stavu potřeb apod. Dále ji graficky zpřehlednit, zvětšit prostor pro vyplňování např. kožní defekt a jeho ošetření apod.

6 Závěr

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část je zpracovaná na základě odborné literatury a zabývá se zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentací. Konkrétně jejich obsahem, zásadami ve vedení i archivaci, jak zdravotnické tak ošetrovatelské dokumentace. Zároveň se zabývá ošetrovatelským procesem, který úzce souvisí s vedením ošetrovatelské dokumentace a prací Všeobecných sester i s výukou studentů studijního oboru Všeobecná sestra.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit **Jaké jsou kritické oblasti v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace**. Výzkum probíhal pomocí kvalitativní metody a zjištěné kritické oblasti lze rozdělit do dvou kategorií, a to neuvedení informací nebo uvedení nesprávných či neadekvátních informací. Samostatně zkoumanou oblastí ve výukové ošetrovatelské dokumentaci byla také **celkové úprava** vyplňované dokumentace. Analýzou výukových ošetrovatelských dokumentací bylo zjištěno, že kritickými body jsou, korektura zápisu bělicím korektorem a škrtnutí zápisu tak, že původní zápis se následně stane nečitelným. Výzkumný cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo **Zjistit míru zastoupení kritických bodů**. Výzkum proběhl pomocí kvantitativní metody a byla zjištěna míra zastoupení kritických bodů v jednotlivých částech výukové ošetrovatelské dokumentace. K nejpočetnější skupině kritických bodů je neuvádění jednotek krevního tlaku v případě 43 (43,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Dalším nejpočetnějším kritickým bodem bylo neadekvátní stanovení ošetrovatelské diagnózy u 32 (32,0 %) dokumentací z celkového počtu 100 (100,0 %) dokumentací. Výzkumný cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo **Zjistit návrhy studentů na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace**. Návrhy byly zjišťovány pomocí kvalitativní metody výzkumu. Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti jako návrhy na zlepšení navrhují její zkrácení zrevidováním obsahu. Dále navrhují barevné odlišení a zpřehlednění jednotlivých hodnotících škál v oblasti Hodnotících tabulek. Výzkumný cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo **vytvořit návrh na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace**, kdy byly zrevidovány některé body, některé body naopak přidány a dále byla graficky upravena. Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace (viz Příloha H). Výzkumný cíl byl splněn.

Seznam použité literatury

ACKLEY, B. J., G. B. LADWIG a M. B. FLYNN. 2016. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Saint Louis: Elsevier – Health Sciences Division. ISBN 978-03-2332-224-9.

ČESKO. 2000. Zákon 101 ze dne 4. dubna 2000, o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 32, s. 1521-1532.

ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2004. Zákon 499 ze dne 30. června 2004 o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 173, s. 9742-9780. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2005 Vyhláška, 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2011. Zákon 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2012. Vyhláška 98 ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2017. Vyhláška 470 ze dne 21. prosince 2017, kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb. Minimální požadavky na studijní program k získání odbornosti k výkonu nelékařské profese. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 1, s. 8-10. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2018. Vyhláška 137/2018 Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 71. ISSN 1211-1244.

DRAGOUNOVÁ, Simona. 2014. *Sesterská edukace v oblasti farmakoterapie*. Olomouc 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství.

EVROPSKÝ PARLAMENT A RADA EVROPSKÉ UNIE. 2016. Nařízení Evropského parlamentu a Rady Evropské unie 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických

- osob v souvislosti se zpracování osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). In: *Úřední věstník Evropské unie*. Svazek 59, s. L119/1-L119/88. ISSN 1977-0626.
- FERKO, Alexandr et al. 2015. *Chirurgie v kostce*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2018. *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra*.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2004. Věstník částky 9. *Metodické opatření – Koncepce ošetřovatelství*. In: Věstník MZČR 2004. Částka 9, s. 2-8. ISSN 1211-0868.
- NANDA. 2015. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-2475-412-3.
- NANDA. 2017. *Nursing diagnoses: Definition and classification 2018-2020*. 11. vyd. Stuttgart: Thieme Medical Publisher. ISBN 978-16-2623-929-6.
- POLICAR, Radek. 2009. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
- POKORNÁ, Andrea a Alena, KOMÍNKOVÁ. 2013. *Ošetřovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6331-0.
- SLEPIČKOVÁ, Eva. 2013. *Význam správného vedení zdravotnické dokumentace*. Plzeň 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-04-05.
- TĚŠITELOVÁ, Vladimíra et. al. 2017. *Jak implementovat nařízení Evropského parlamentu a rady 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES do resortu zdravotnictví*. Verze 1.1. Praha: MZČR.
- TÓTHOVÁ, Valerie. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství (NCO NZO). ISBN 978-80-7013-590-7.
- UHEREK, Pavel. 2014. *Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN: 978-80-7478-476-7.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta, WIRTHOVÁ. 2008. *Sestra a její dokumentace: Návod pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2476-506-8

Seznam tabulek

Tab. 1 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů uvádění jednotek a naměřených hodnot veličin

Tab. 2 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu u farmakoterapie

Tab. 3 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u kožního defektu

Tab. 4 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u drénu

Tab. 5 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u řeči, chůze, paměti a kůže

Tab. 6 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Nortonovy stupnice

Tab. 7 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Barthelova testu základních všedních činností

Tab. 8 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u škál bolesti

Tab. 9 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Posouzení stavu potřeb

Tab. 10 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Plánu péče

Tab. 11 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu korektura bělícím korektorem

Tab. 12 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u celkové úpravy

Tab. 13 Uvádění jednotek u naměřených veličin

Tab. 14 Zhodnocení Barthelova testu základních všedních činností

Tab. 15 Stanovení určujících znaků při stanovení ošetrovatelské diagnózy

Tab. 16 Definování cíle v plánu ošetrovatelské péče

Seznam grafů

Graf 1 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů uvádění jednotek a naměřených hodnot veličin

Graf 2 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu u farmakoterapie

Graf 3 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u kožního defektu

Graf 4 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u drénu

Graf 5 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u řeči, chůze, paměti a kůže

Graf 6 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Nortonovy stupnice

Graf 7 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u Barthelova testu základních všedních činností

Graf 8 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u škál bolesti

Graf 9 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Posouzení stavu potřeb

Graf 10 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů v oblasti Plánu péče

Graf 11 Míra zastoupení zjištěného kritického bodu korektura bělícím korektorem

Graf 12 Míra zastoupení zjištěných kritických bodů u celkové úpravy

Seznam schémat

Schéma 1 Kritické body pro první etapu výzkumu

Schéma 2 Názory studentů na výukovou ošetrovatelskou dokumentaci

Seznam příloh

Příloha A Práva subjektu osobních údajů

Příloha B Postup ošetrovatelského procesu

Příloha C Glasgow Coma Scale

Příloha D Activity Daily Living


Příloha E Stupnice dle Nortonové

Příloha F Protokol k provádění výzkumu


Příloha G Záznamový arch

Příloha H Návrh na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace


Příloha A Práva subjektu osobních údajů



EVROPSKÁ UNIE
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



JAK IMPLEMENTOVAT NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2016/679

4. Jaké změny s sebou GDPR přináší. Lze se vyhnout GDPR?

Odpověď je velmi jednoduchá. Vyhnout se GDPR nelze. Lze se na ně pouze připravit. Změny, které GDPR přináší, jsou shrnuty v následujících podkapitolách.

4.1. Rozšířená práva pro subjekt osobních údajů

Pro subjekt údajů jsou v GDPR kodifikována práva, která jsou již v současné době upravena v právních předpisech ČR, avšak některá jsou zcela nová. Konkrétně se jedná o následující práva subjektu osobních údajů:

Článek	Obsah	Dopad
čl. 12	právo subjektu údajů na transparentní, srozumitelné a snadno přístupným způsobem dostupné informace o osobních údajích, které byly získány se souhlasem i bez souhlasu	Povinnost správce informovat subjekt údajů transparentním, srozumitelným a snadno přístupným způsobem za použití jasných a jednoduchých jazykových prostředků informace dle čl. 13, 14, 15–22 a 34. Informace o opatřeních přijatých dle čl. 15–22 jsou předávány na základě žádosti. Lhůta pro vyřízení žádosti je 1 měsíc, maximálně je ji možné dvakrát prodloužit.
čl. 13	právo subjektu údajů na informace poskytované v případě, že osobní údaje <u>jsou získány od subjektu údajů</u>	Správce musí tyto informace poskytnout v okamžiku získání osobních údajů s výjimkou případů, že je již subjekt údajů má či v jiných případech, na které GDPR pamatuje (např. v případech, kdy jde o ochranu života subjektu údajů)
čl. 14	právo subjektu údajů na informace poskytované v případě, že osobní údaje <u>nebyly získány od subjektu údajů</u>	Správce je povinen tyto informace poskytnout. Neplatí v případě, že: <ul style="list-style-type: none">➤ subjekt údajů údaje má,➤ poskytnutí údajů by vyžadovalo nepřiměřené úsilí (zejména pro archivaci ve veřejném zájmu, pro vědecký a historický výzkum a pro statistické účely),➤ získávání je stanoveno právem členského státu nebo právem EU,➤ osobní údaje musí s ohledem na povinnost zachovávat mlčenlivost zůstat důvěrnými.

11

Obr. 1 Práva subjektu osobních údajů v GDPR 1 (Těšitelová, 2017, s. 11)



JAK IMPLEMENTOVAT NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2016/679

Článek	Obsah	Dopad
čl. 15	právo subjektu údajů na přístup k osobním údajům	<p>Správce vydá potvrzení o tom, zda osobní údaje, které se týkají daného subjektu údajů, jsou, či nejsou zpracovávány.</p> <p>Správce poskytne kopii zpracovávaných osobních údajů (za další kopie na žádost subjektu údajů může správce účtovat přiměřený poplatek na základě administrativních nákladů); jestliže subjekt údajů podává žádost v elektronické formě, informace jsou poskytovány v elektronické formě, která se běžně používá, pokud subjekt údajů nepožádá o jiný způsob.</p>
čl. 16	právo subjektu údajů na opravu právo subjektu údajů na doplnění neúplných osobních údajů	Správce bez zbytečného odkladu opraví nepřesné osobní údaje, které se týkají subjektu údajů.
čl. 17 odst. 1	právo na výmaz („právo být zapomenut“)	<p>Správce má povinnost osobní údaje bez zbytečného odkladu vymazat, pokud je dán jeden z těchto důvodů:</p> <ul style="list-style-type: none">a) osobní údaje již nejsou potřebné pro účely, pro které byly shromážděny nebo jinak zpracovávány;b) subjekt údajů odvolá souhlas, na jehož základě byly údaje podle čl. 6 odst. 1 písm. a) nebo čl. 9 odst. 2 písm. a) zpracovány, a neexistuje žádný další právní důvod pro zpracování;c) subjekt údajů vznesl námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 1 a neexistují žádné převažující oprávněné důvody pro zpracování nebo subjekt údajů vznesl námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 2;d) osobní údaje byly zpracovány protiprávně;e) osobní údaje musí být vymazány ke splnění právní povinnosti stanovené v právu Unie nebo členského státu, které se na správce vztahuje;f) osobní údaje byly shromážděny v souvislosti s nabídkou služeb informační společnosti podle čl. 8 odst. 1.

Obr. 2 Práva subjektu osobních údajů v GDPR 2 (Těšitelová, 2017, s. 12)

Článek	Obsah	Dopad
čl. 18	právo na omezení zpracování	Správce omezí zpracování, v kterémkoli z těchto případů: <ul style="list-style-type: none"> a) subjekt údajů popírá přesnost osobních údajů, a to na dobu potřebnou k tomu, aby správce mohl přesnost osobních údajů ověřit; b) zpracování je protiprávní a subjekt údajů odmítá výmaz osobních údajů a žádá místo toho o omezení jejich použití; c) správce již osobní údaje nepotřebuje pro účely zpracování, ale subjekt údajů je požaduje pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků; d) subjekt údajů vznesl námitku proti zpracování podle čl. 21 odst. 1, dokud nebude ověřeno, zda oprávněné důvody správce převažují nad oprávněnými důvody subjektu údajů.
čl. 19	oznamovací povinnost ohledně opravy nebo výmazu osobních údajů nebo omezení zpracování	Správce <u>oznamuje</u> jednotlivým příjemcům, jimž byly osobní údaje zpřístupněny, veškeré opravy nebo výmazy osobních údajů nebo omezení zpracování provedené v souladu s čl. 16, čl. 17 odst. 1 a čl. 18, s výjimkou případů, kdy se to ukáže jako nemožné nebo to vyžaduje nepřiměřené úsilí. Správce <u>informuje</u> subjekt údajů o těchto příjemcích, pokud to subjekt údajů požaduje.
čl. 20	právo na přenositelnost údajů	Správce má povinnost předat osobní údaje druhému správci (za předpokladu technické proveditelnosti) a pouze za kumulativního splnění 2 podmínek: <ul style="list-style-type: none"> ➤ zpracování založeno na souhlasu nebo smlouvě a ➤ jedná se o automatizované zpracování.
čl. 21	právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů, které se subjektu údajů týkají, na základě čl. 6 odst. 1 písm. e) nebo písm. f), včetně profilování založeného na těchto ustanoveních	Správce osobní údaje dále nezpracovává, pokud neprokáže závažné oprávněné důvody pro zpracování, které převažují nad zájmy nebo právy a svobodami subjektu údajů, nebo pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků.

Obr. 3 Práva subjektu osobních údajů v GDPR 3 (Těšitelová, 2017, s. 13)

Článek	Obsah	Dopad
čl. 22	právo na to, aby subjekt údajů nebyl předmětem automatizovaného rozhodování, vč. profilování	Správce nesmí provádět výhradně automatizované individuální rozhodování, vč. profilování, s následujícími výjimkami: <ul style="list-style-type: none"> ➤ je zákonem stanoveno, ➤ je založeno na souhlasu subjektu, ➤ je nezbytné pro uzavření smlouvy nebo jejího plnění se subjektem.
čl. 77	právo podat stížnost u dozorového úřadu	Správce se stává součástí, resp. předmětem šetření.
čl. 78	právo na účinnou soudní ochranu vůči dozorovému úřadu	
čl. 79	právo na účinnou soudní ochranu vůči správci nebo zpracovateli	Správce se stává stranou soudního sporu.
čl. 80	právo na to být zastoupen neziskovým subjektem, organizací nebo sdružením	Povinnost správce jednat s takovýmto subjektem, který zastupuje subjekt údajů, např. v případě podání stížnosti.
čl. 82	právo na náhradu újmy	Vznikne-li subjektu údajů újma, ať již hmotná, či nehmotná, má správce povinnost tuto újmu nahradit.

V příloze č. 1 naleznete tabulku názorně zobrazující vazbu práv subjektu údajů na právní titul jejich zpracování.

4.2. Nové povinnosti správců

4.2.1. Soulad se zásadami GDPR

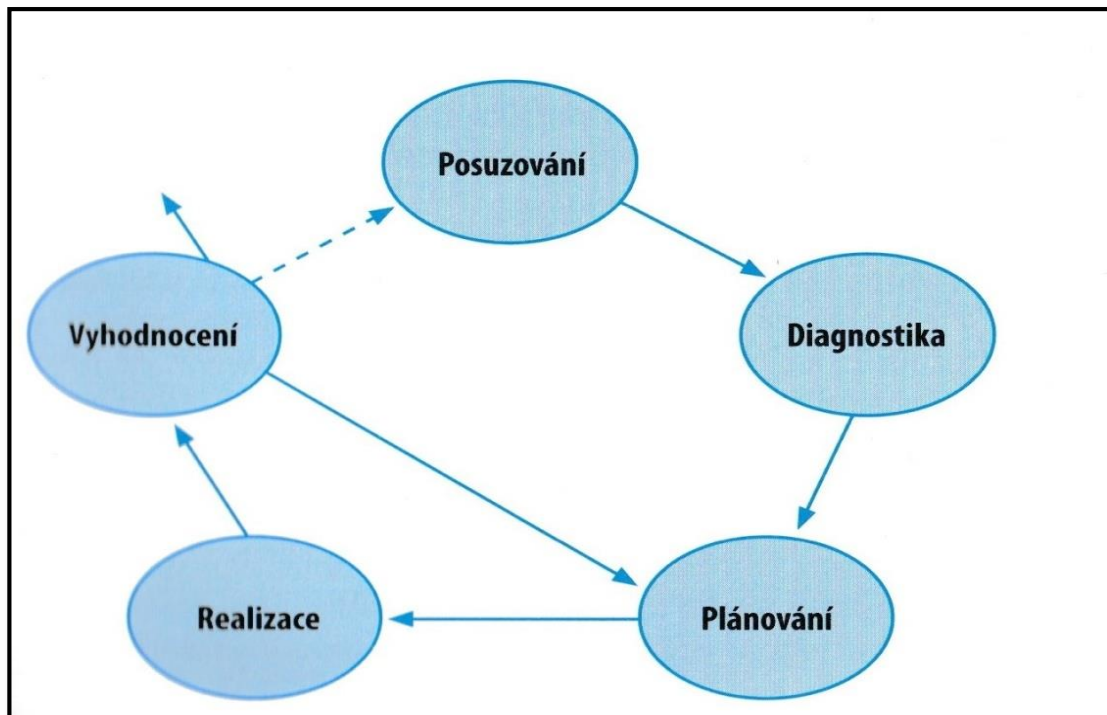
Správce je povinen zpracovávat osobní údaje **v souladu se zásadami GDPR**, kterými jsou:

- **Zákonnost, korektnost a transparentnost**
Zpracování je zákonné, pouze pokud je splněna nejméně jedna z těchto podmínek a jsou zpracovávány osobní údaje pouze v odpovídajícím rozsahu:
 - a) subjekt údajů udělil souhlas se zpracováním svých osobních údajů pro jeden či více konkrétních účelů;
 - b) zpracování je nezbytné pro splnění smlouvy, jejíž smluvní stranou je subjekt údajů, nebo pro provedení opatření přijatých před uzavřením smlouvy na žádost tohoto subjektu údajů;
 - c) zpracování je nezbytné pro splnění právní povinnosti, která se na správce vztahuje;
 - d) zpracování je nezbytné pro ochranu životně důležitých zájmů subjektu údajů nebo jiné fyzické osoby;

14

Obr. 4 Práva subjektu osobních údajů v GDPR 4 (Těšitelová, 2017, s. 14)

Příloha B Postup ošetrovatelského procesu



Obr. 5 Postup ošetrovatelského procesu (Tóthová a kol., 2014, s. 19)

Příloha C Glasgow Coma Scale

Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	neadekvátní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekvátní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		

Obr. 6 Glasgow ComaScale (Pokorná, 2013, s. 68)

1	žádná	žádná
2	na algický (bolestivý) podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení testu		
nad 13 bodů	žádná nebo lehká porucha	
9–12 bodů	středně závažná porucha	
do 8 bodů	závažná porucha	

Obr. 7 Glasgow ComaScale – pokračování (Pokorná, 2013, s. 69)

Příloha D Activity Daily Living

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů vysoce závislý
45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

Obr. 8 Activity Daily Living (Trachtová a kol., 2018, s. 23)

Příloha E Stupnice dle Nortonové

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

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Obr. 9 Stupnice dle Nortonové (Trachtová a kol., 2018, s. 65)

Příloha F Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	JAMES MICHAEL	
Studijní program/obor OŠETROVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ ŠESTRA	Osobní číslo studenta D16000070	Ročník 3.
Téma práce	ANALÝZA VÝKONOVÉ OŠETROVATELSKÉ DOKUMENTACE	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI	
Jméno vedoucího práce	MgA. MARTIN KRAUSE Dis.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště <p style="text-align: right;">podpis</p>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <p style="text-align: right;">podpis</p>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <p style="text-align: right;">podpis</p>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <p style="text-align: right;">podpis</p>	
Datum zahájení výzkumu	5.4.2019	
Datum ukončení výzkumu	17.5.2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	OŠETROVATELSKÁ DOKUMENTACE	
Počet oslovených respondentů (klientů)	10	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI..... dne 5.4.2019...

.....
podpis studenta



Příloha G Záznamový arch

Posouzení současného zdravotního stavu	
Fyziologické funkce	jednotky hodnoty
Kožní defekt	lokality ošetření
Drén	datum převazu Množství sekrece Typ sekrece
Farmakoterapie	Lékové skupiny
Řeč	
Chůze	
Paměť	
Kůže	
Hodnotící tabulky	
Nortonova stupnice	stav pokožky tělný stav inkontinence Vyplnění VAS i obličejová škála Neurvedení bolesti
Bolest	
Ošetrovatelská diagnóza	Posouzení stavu potřeb
Potenciál klienta	
Ošetrovatelský plán	
Ošetrovatelská diagnóza	neadekvátní pořadí
cíl	neadekvátní
Kritérium	neadekvátní
Intervence	neadekvátní neadekvátní počet neadekvátní popis
Celková úprava	
prokrvácení volných polí	
Korektura bělítkem	
nečitelný původní zápis	

Obr. 10 Záznamový arch (Zdroj: Autor)

Příloha H Návrh na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace

Studentká ošetrovatelská dokumentace

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

Datum:
Podpis:
Hodnocení:

Jméno a příjmení studenta/studentky:

Posouzení současného zdravotního stavu

Pohlaví muž žena Rok narození / věk: Výška: Hmotnost/BMI: Oddělení:
Zaměstnání: Pojišťovna: Kód pojišťovny:
Datum přijetí na oddělení: Příjem plánovaný akutní Den hospitalizace:
Alergie / Důležité informace: Pooperační den:
..... Operační výkon:

Hlavní (lékařská) diagnóza:

Přidružené (vedlejší) diagnózy 1: 3:
2: 4:

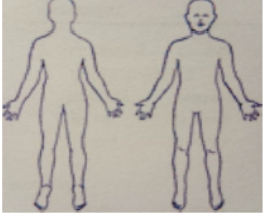
Poloha: Riziko Pádu Ano Ne
Pohyb bez pomoci berle hůl chodítko vozík neprovede Dekubitů Ano Ne
Chybějící části těla: Zubní protéza horní dolní Bryle na blízko na dálku
..... Naslouchátko Ano Ne Kontaktní čočky Ano Ne
Zornice Izokorické Anizokorické Míóza P L Velikost P L Stomie
..... Mydriáza P L Pacient zvládá péči sám Ano Ne
Orientace Časem plně orientován/á částečně orientován/á plně orientován/á Sociální zázemí (anamnéza):
..... dezorientován/á částečně orientován/á dezorientován/á Osobou částečně orientován/á dezorientován/á

Invasivní vstupy **Kožní defekt**

Periferní venozní katétr vel. den: přívaz: Popis defektu / operační rány:
Centrální venozní katétr umístění: den:
Sonda: den: vel. umístění:
Permanентní močový katétr den: vel.
Drén den: sekrece:
množství za 24 hod:

Fyziologické funkce (frekvence, kvalita) **Ošetření defektu / operační rány:**

Krevní tlak
Pulz
Dech
Tělesná teplota Datum posledního ošetření:
SPO2



Obr. 11 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace (Zdroj: Autor)

Farmakoterapie (lékové skupiny - název, gramáž, forma, způsob podání)

Per os, per rectum, inhalačně:

i.v., i.m., s.c., i.d.:

Léky podávané časovaně (ATB, Clexane, apod.):

Hodnoticí tabulky

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená Nortonova stupnice

Spolupráce	Věk	Pokožka	Přidružené nemoci	Tělesný stav	Vědomí	Pohyblivost	Aktivita	Inkontinence
Úplná	0-10	4	Norm.	4	Zádné	4	Dobry	4
Částečná	11-30	3	Alergie	3	DM, TK	3	Zhoršený	3
Velmi omezená	31-60	2	Vlhká	2	Anemie, kachexie, obezita	2	Spatný	2
Zádná	60+	1	Suchá	1	Karcinom	1	Velmi špatný	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko) Celkem:

Glasgow Coma Scale

Otevření očí	Nejlepší slovní odpověď	Nejlepší motorická odpověď	Součet GCS:
Spontánně	4	Orientován	6
Na oslovení	3	Zmatený	5
Na bolest	2	Nepřiměřená	4
Zádná odpověď	1	Nesrozumitelná	3
		Zádná odpověď	2
			1

Obr. 12 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace 2 (Zdroj: Autor)

Barthelův test základních vědních činností (ADL)			Riziko pádu					
Najedení a napití	Samostatně bez pomoci	10	Pohyb	Neomezený	0	Smyslové poruchy	Zádné	0
	S dopomocí	5		Používání pomůček	2		Vizuální, sluchový, smyslový deficit	1
	Neprovede	0		Potřebuje pomoc	1		Orientován	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10	Medikace	Neschopen přesunu	1	Mentální status	Dezorientace	1
	S dopomocí	5		Neužívá rizikové léky	0		Demence	1
	Neprovede	0		Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní látky nebo benzodiazepiny	1		Bez dopomoci	0
Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5	Věk	18 - 65	0	Vyprazdňování	Nykturie	1
	Neprovede	0		≥ 65	1		Inkontinence	1
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5	Hodnocení rizika	Bez rizika	Snížené riziko: 1 - 3	Celkem:	S dopomocí	1
	Neprovede	0		Střední riziko: 4 - 6	Vysoké riziko: 7		Riziko:	1
Moč	Plně kontinentní	10	Určení nutričního stavu					
	Občas inkontinentní	5	Otázka A: Zhubnul pacient, aniž by se o to pokoušel?					
Stolice	Trvale inkontinentní	0	Ano - jděte na otázku B 2 Ne - jděte na otázku C 0 Neví - jděte na otázku C 1					
	Plně kontinentní	10	Otázka B: Pacient ubyl na váze					
	Občas inkontinentní	5	0,5-5 Kg 1 Neví / 6-10 Kg 2 11-15 Kg 3 ≥15 Kg 4					
Použití WC	Trvale inkontinentní	0	Otázka C: Ji v současné době pacient méně, nebo trpí nechutenstvím					
	Samostatně bez pomoci	10	Ne 0 Ano 2 Celkem:					
	S dopomocí	5	Je-li skóre vyšší než 3 - informujte lékaře a nutričního terapeuta					
Přesun lůžko - židle	Neprovede	0	Vizuální analogová škála (VAS)			Obličejevá škála bolesti		
	Samostatně bez pomoci	15	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
Chůze po rovině	S dopomocí	10						
	Na vozíku 50 metrů	5						
Chůze po schodech	Neprovede	0						
	Samostatně bez pomoci	10						
Hodnocení		Celkem:						
Závislost		Body						
Vysoce závislý		0 - 40 bodů						
Závislost středního stupně		45 - 60 bodů						
Lehká závislost		65 - 95 bodů						
Nezávislý		96 - 100 bodů						

Obr. 13 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace 3 (Zdroj: Autor)

Laboratorní výsledky (uvádět pouze patologie)	
Biochemie:	Hematologie:
.....
.....
Mikrobiologie:	Další (toxikologie apod.):
.....
.....
Posouzení stavu potřeb	
Podpora zdraví	
Aktivity pro udržení zdraví <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Procházky <input type="checkbox"/> Práce na zahradě <input type="checkbox"/> zdravá výživa <input type="checkbox"/> alternativní medicína	
Kouření <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Množství: Doba: Alkohol <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Příležitostně <input type="checkbox"/> Ano	
Výživa	
Stav výživy <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Obezita <input type="checkbox"/> Kachexie Dietní omezení:	
Dieta č: Chuť <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Nechutenství	
Příjem stravy <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> NJS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ Pálení žáhy <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Schopnost najíst se <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> u stolu <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> dopomoc <input type="checkbox"/> krmení	
Forma stravy <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> mletá <input type="checkbox"/> tekutá	
Výměna - vylučování	
Moč	Způsob močení <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s dopomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku PMK velikost datum:
	Mikce <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémová (jak): <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> nykturie <input type="checkbox"/> stomie
Stolice	Inkontinence <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> typ: pomůcky:
	Příměsy v moči: Důvěra:
Způsob vylučování <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s dopomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémová (jak)	
<input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> tekutá <input type="checkbox"/> příjem/denně <input type="checkbox"/> stomie Inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná	
Další: Poslední stolice	
Zvracení <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> četnost/denně množství příměsy	
Pocení <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano kdy: Tělesná teplota:	

Obr. 14 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace 4 (Zdroj: Autor)

Aktivita - odpočinek
 Cvičení pravidelně četnost: občas četnost: necvičím druh cvičení:

Faktory bránící tělesné (pohybové) aktivitě dušnost parézy kde: bolest onemocnění srdeční pohyb. aparátu
 svalové křeče plegie kde: únava plicní
 kompenzační pomůcky: nezáměr o pohybovou aktivitu

Spánek
 Spím celou noc během noci se budím spím i přes den Prostředky k ovlivnění spánku:
 Problémy se spánkem:
 Spánková inverze ne ano

Vnímání sebe sama
 Jsem optimista pesimista Důvěra v sebe sama: plně si důvěřuji důvěřuji si méně nedůvěřuji si
 Spokojenost se svým vzhledem spokojený/á částečně spokojený/á nespokojený/á Fobie:
 strachu (kdy): úzkosti (kdy): Co mi je pomáhá odstranit:
 hněvu (kdy): deprese (kdy):

Vztahy
 Bydlím sám/sama s partnerem/partnerkou s partnerem/ partnerkou a dětmi sám/sama s dětmi u rodičů
 u příbuzných domov důchodců bezdomova jiné zařízení:
 Reakce rodiny na onemocnění zájem nezáměr Souhlas s podáváním informací (osoba):
 Propuštění plánované do: Péče po propuštění:
 Spolupráce s rodinou nebo doprovázející osobou během hospitalizace ne ano Potřeba zajistit domácí péči ne ano
 Kontakty s lidmi časté jsem samotář chování k lidem asertivní agresivní přátelské
 zřídka jiné: pasivní jiné důležité informace:

Sexualita
Ženy
 Menstruace pravidelná nepravidelná bolestivá nebolestivá silná slabá menarche:
 Poslední menstruace: Menopauza (od kdy):
 Antikoncepce ne ano (jaká): Hormonální léčba ne ano (jaká)
 Poslední preventivní gynekologická prohlídka: Gynekologické operace:
 Samovyšetření prsu ne ano Poslední mamografie:
 Samovyšetření prostaty ne ano Poslední preventivní prohlídka u praktického lékaře:
Muži
 Hyperplazie prostaty ne ano Léčba hormonální radioterapie chemoterapie operační
 Operace: Jiné obtíže: Sexuální dysfunkce:
 Rizikové sexuální chování časté střídání partnerů sexuální úlety STD (jaká):

Obr. 15 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace 5 (Zdroj: Autor)

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu
 Jsem cholerik sangvink flegmatik melancholik Chování asertivní pasivní agresivní adaptivní neadaptivní hůře adaptivní jiné:
 Napětí prožívám často (jak často): občas (jak často):
 Napětí snáším snadno s menšími obtížemi těžce S napětím se vyrovnávám rychle chvíli trvá mi to dlouho
 Stresové situace zvládám sám/sama s podporou (jaká podpora):

Životní principy
 Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit ___ zdraví ___ rodina ___ vira ___ práce ___ vzdělání
 ___ záliby ___ cestování ___ peníze jiné:
 Mé životní cíle: Potřebuji rozhovor s lékařem psychologem knězem
 se sestrou příbuznými jinou osobou
 Mé náboženství: Náboženský kontakt nechci chci (potřebuji):

Bezpečí - ochrana
 Alergie: Léčba alergie:
 Projevy alergie:

Závratě ne ano Riziko pádu ne ano (proč): Riziko dekubitů ne ano
 Zmatenost ne ano Riziko infekce ne ano (důvod):

Komfort
 Sociální izolace ne ano Bolest ne Bolest Nausea ne ano

Růsta a vývoj
 Růst a vývoj v normě opožděný regrese nesouměrný neprospívání mentální retardace
 porucha autistického spektra (jaká):

Obr. 16 Příklad návrhu na revizi výukové ošetrovatelské dokumentace 6 (Zdroj: Autor)

