

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**SESTRA A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ KLIENTA/PACIENTA  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Mgr. Dita Nováková, DiS., R.N**

**2008**

**Martina Benediktová**

## **A nurse and physical examination of the patient**

My thesis deals with physical examination of the patient by a nurse and its right technique. Physical examination generally follows the taking of the medical history - an account of the symptoms as experienced by the patient - in internal and surgical wards. It becomes part of the medical record. The theoretical part describes the complete physical examination and gives its definition. Physical examination is focused on the somatic condition of the patient. A systematic examination generally starts at the head and finishes at the extremities. The main organ systems are investigated by inspection, palpation, percussion, auscultation and per rectum examination. For physical examination a nurse uses her senses - sight, hearing, touch, sometimes also smell. My thesis examines the right technique of physical examination and why this examination should be carried out by a nurse. I also wanted to give reason why the physical examination should become a common part of the nursing process.

Nowadays student nurses and medical assistants are taught and trained to master the physical examination techniques. In the subject called clinical propedeutics students practise the techniques of physical examination which is definitely useful for their future nursing career.

In my research I used the questionnaire method and the method of the hidden participant observation. Respondents were nurses working in internal and surgical wards in the České Budějovice hospital, Inc. The questionnaire contained 20 multiple choice questions. In 18 questions only one answer was supposed to be chosen, 2 questions had more possible answers. The data obtained by this method were verified by the hidden participant observation. The observation took part in internal and surgical wards from December 2007 to March 2008. In the first phase respondents were handed out questionnaires.

The objective of the thesis was to find out if nurses in internal and surgical wards carry out physical examination and if they are familiar with the right technique. After reading up medical publications I set two hypotheses: The hypothesis I: Nurses in internal wards carry out physical examination more often than nurses in surgical wards. The hypothesis II: Nurses in some selected wards do not know the right technique of the physical examination. Both hypotheses were confirmed by the research.

I would like to use this research and this thesis as a tutorial material for students of schools of nursing and medical care.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sestra a fyzikální vyšetření klienta/pacienta vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne: 18.8.2008

.....  
podpis studenta

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ditě Novákové, DiS., R.N. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce.

## OBSAH:

Úvod .....	3
<b>1.Současný stav .....</b>	<b>4</b>
<b><i>1.1 Správné provádění fyzikálního vyšetření .....</i></b>	<b>4</b>
<b>1.1.1 Vyšetření pohledem (inspekce) .....</b>	<b>5</b>
1.1.1.1 Celkový vzhled pacienta .....	5
1.1.1.2 Vyšetření výrazu tváře .....	6
1.1.1.3 Vyšetření kůže, vlasů, ochlupení a nehtů .....	7
1.1.1.4 Vyšetření stavu vědomí .....	9
1.1.1.5 Vyšetření dýchání .....	10
1.1.1.6 Vyšetření chůze a abnormálních pohybů .....	10
1.1.1.7 Vyšetření polohy a postoje .....	12
<b>1.1.2 Vyšetření poklepem (perkuse) .....</b>	<b>13</b>
1.1.2.1 Vyšetření hlavy a hrudníku .....	13
1.1.2.2 Vyšetření břicha .....	14
1.1.2.3 Vyšetření reflexů .....	15
<b>1.1.3 Vyšetření pohmatem (palpace) .....</b>	<b>16</b>
1.1.3.1 Vyšetření hlavy a krku .....	16
1.1.3.2 Vyšetření hrudníku a prsů .....	17
1.1.3.3 Vyšetření břicha .....	18
1.1.3.4 Vyšetření pohybového ústrojí a cév .....	19
<b>1.1.4 Vyšetření poslechem (auskultace) .....</b>	<b>20</b>
1.1.4.1 Vyšetření srdce a artérií karotis .....	21
1.1.4.2 Vyšetření plic .....	22
1.1.4.3 Vyšetření břicha .....	22
<b>1.1.5 Vyšetření per rektum .....</b>	<b>23</b>
<b><i>1.2 Důležitost fyzikálního vyšetření v praxi .....</i></b>	<b>23</b>

<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	25
<b>2.1 Cíle práce</b> .....	25
<b>2.2 Hypotézy práce</b> .....	25
<b>3. Metodika</b> .....	26
<b>3.1 Metodika práce</b> .....	26
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	26
<b>4. Výsledky</b> .....	27
<b>4.1 Dotazníková metoda</b> .....	27
<b>4.2 Zúčastněné skryté pozorování</b> .....	54
<b>5. Diskuse</b> .....	66
<b>6. Závěr</b> .....	71
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	72
<b>8. Klíčová slova</b> .....	75
<b>9. Přílohy</b> .....	76

## Úvod

Cílem této bakalářské práce je, jak sám název napovídá, zjistit povědomí sester o fyzikálním vyšetření pacienta.

Toto téma jsem si zvolila proto, že během mého studia na střední zdravotnické škole a následném dvouletém vykonávání profese sestry na traumatologickém oddělení, jsem se s tím, aby sestry fyzikální vyšetření prováděly, nesetkala. Teprve při studiu na Zdravotně sociální fakultě jsem se dozvěděla, že sestry toto vyšetření provádět mohou.

Fyzikální vyšetření zahrnuje pohled, pohmat, poslech, poklep a eventuelně i vyšetření per rektum. Pohled a pohmat patří mezi tradiční a základní vyšetřovací metody už od pradávna. Do západní medicíny se poslech a poklep zavedl až koncem 18. století (11).

Fyzikální vyšetření je nedílnou součástí anamnézy a tím přispívá ke správnému stanovení diagnózy u pacienta. Díky tomu může být včas odhaleno nejedno závažné onemocnění. Fyzikální vyšetření pomáhá sestřím zhodnotit aktuální zdravotní stav klienta/pacienta a tím se zkvalitňuje ošetrovatelská péče a uspokojování jeho individuálních potřeb. Toto vyžaduje odpovídající znalosti a dovednosti sester na všech odděleních.

Fyzikální vyšetření by se mělo pro sestry stát samozřejmou součástí ošetrovatelského procesu a tím i běžnou činností v každodenní praxi.

Do té doby jsem se domnívala, že fyzikální vyšetření je pouze záležitostí lékaře. Tato problematika mě velice zaujala a proto jsem se rozhodla shromáždit o ní co nejvíce dostupných informací do této bakalářské práce. Doufám, že tato práce bude přínosem nejen pro mě, ale i pro studenty Zdravotně sociální fakulty a především pro sestry v praxi.

## **1. Současný stav**

Fyzikální vyšetření sestrou je součástí první fáze ošetrovatelského procesu a tvoří spolu se získáním anamnestických údajů hlavní zdroj informací o pacientovi. Podrobné fyzikální vyšetření provádí sestra v okamžiku, kdy se s pacientem setkává poprvé. Vyšetření provádí vždy systematicky a to „od hlavy k patě“. Sestra může díky tomuto vyšetření získat informace o pacientovi a lépe pak plánovat svou ošetrovatelskou péči. Cílem vyšetření je zaznamenat, co sestra zjistila svými smysly tj. zrakem, sluchem, hmatem a čichem. Při vyšetření sestra používá pohled, poklep, pohmat, poslech a eventuelně i vyšetření per rektum.

I když sestra sama neprovádí celkové vstupní vyšetření, je zcela nezbytné, aby znala nejdůležitější nálezy, protože to může být právě ona, která může rozpoznat závažnou změnu zdravotního stavu pacienta.

Na tomto místě je nutné se zmínit o kompetencích všeobecných sester v České republice, které jsou stanoveny ve vyhlášce MZ ČR č.424/2004 Sb., tou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v §4 (všeobecná sestra) (6, 11, 21).

### ***1.1 Správné provádění fyzikálního vyšetření***

Než sestra začne pacienta vyšetřovat je vždy důležité, aby se mu představila a vysvětlila mu účel svého vyšetření. Při vyšetření by měla sestra vždy dbát na důstojnost pacienta. Pokud provádí vyšetření na pokoji, kde je více pacientů, oddělí vyšetřovaného pacienta zástěnou nebo pokud to jeho stav dovolí, odvede a vyšetří ho na vyšetřovně. Při vyšetření sestra nikdy neuvádí žádné závěry, diagnózy, způsob léčby nebo prognózu, i když je zná nebo předpokládá. Sestra při vyšetření s pacientem komunikuje, oslovuje jej jménem nebo titulem, vysvětluje, co bude dále vyšetřovat, ale zdržuje se všech závěrečných hodnocení. Během vyšetření si sestra všímá všech problémů, důležitých pro ošetrovatelskou péči.



Fyzikální vyšetření provádí sestra vždy systematicky. Sestra, která provádí fyzikální vyšetření, musí mít dobré znalosti o normální struktuře a funkcích organismu a bezpečně ovládat následující vyšetřovací metody - pohled, pohmat, poklep a poslech. Během vyšetření sestra pomáhá pacientovi zaujímat požadovanou polohu, dále je důležité zajistit soukromí, dobré osvětlení, tepelnou pohodu a v neposlední řadě si též připraví potřebné pomůcky jako fonendoskop, tonometr, ústní lopatky, rukavice aj.

(7, 11).

### ***1.2.1 Vyšetření pohledem (inspekce)***

Jde o historicky nejstarší vyšetřovací metodu, kladoucí velké nároky na vědomosti a zkušenosti vyšetřujícího. Je důležité, aby sestra pacienta vyšetřovala při denním světle a aby pacient zaujímal pohodlnou polohu.

Sestra musí vždy vědět co a kde má vidět. Vyšetření pohledem má být systematické, aby sestra nic nepřehlédla.

Při tomto vyšetření si sestra všímá celkového vzhledu pacienta. Zrakem hodnotí nejen celkový vzhled, ale i stav vědomí, chování pacienta, postoj a chůzi, polohu a držení těla a změny na kůži a sliznicích.

Nejčastější chyby, které může sestra při vyšetření pohledem udělat jsou: umělé nebo nedostatečné osvětlení a vyšetřování oblečeného pacienta (6, 10, 11).

#### ***1.2.1.1 Celkový vzhled pacienta***

Celkový vzhled člověka je daný jeho výškou, hmotností, stavbou kostry, svalstva a výživou. Označuje se jako habitus. Rozeznávají se tři základní konstituční typy:

- Normostenický habitus, který je charakterizovaný přiměřenou stavbou kostry, svalstva a podkožního tuku.

- Hyperstenický habitus je charakterizovaný silnou kostrou a velkým množstvím podkožního tuku. U hypersteniků se častěji vyskytují choroby kardiovaskulárního systému, žlučníku a diabetes.
- Astenický habitus je charakterizovaný prodlouženou tenkou kostrou a sníženým množstvím podkožního tuku. Astenici jsou náchylní na vředovou chorobu žaludku a mají snížený krevní tlak. Kachexie je extrémní vyhublost pacienta s velkým úbytkem svalstva a suchou kůží. Kachexie vzniká při dlouhodobých těžkých onemocněních jako jsou nádory, septické stavy nebo jako následek podvýživy (například u anorektiček).

Opakem kachexie je obezita, kdy má pacient nadměrně zvýšenou hmotnost a velké množství podkožního tuku. Obezita vzniká buď primárně - následkem vysokého energetického příjmu nebo sekundárně při hormonálních poruchách či jako následek užívání některých léků (2, 6, 7).

Stav výživy u pacienta zjišťujeme boby mass indexem (BMI), kdy vydělí váhu v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech. BMI 18,5 - 24,5 je norma, 25 - 27 je lehká nadváha, 28 - 30 je nadváha, 30 - 40 je obezita a nad 40 se obezita nazývá morbidní. U žen a u mužů je odlišné ukládání tuku. U žen se tuk ukládá především na hýždích, bocích a stehnech a u mužů se tuk ukládá na břicho. Pokud je obézní pacient ospalý, může se jednat o Pickwickův syndrom. Nahromadění tuku na břicho totiž omezuje dýchací pohyby a tím vážně vyměna dýchacích plynů, u pacienta vzniká hyperkapnie (5, 11).

#### *1.2.1.2 Vyšetření výrazu tváře*

Z výrazu tváře může sestra vyčíst mnohá onemocnění nebo příznaky. Výraz tváře, který není charakteristický pro určité onemocnění se nepopisuje. Mezi ty nejvýznamnější patří: Facies febrilis (horečnatá tvář) - jsou pro ni charakteristické planoucí tváře, lesklé oči, horké čelo a neklidný výraz. Facies Hippokratice (Hippokratova tvář) - je tvář umírajícího nebo při šoku - špičatý nos, vystouplé lící kosti, propadlé tváře, vpadlé oči, jazyk a rty jsou suché. Facies myxedematosa (myxedematózní tvář) - tvář u hypotyreózy - bledá suchá kůže, otoky na víčkách, až těstovité prosáknutí kůže celého obličeje, ospalý unavený výraz.

Facies mitralis (mitrální tvář) - u mitrální stenózy - červené tváře z rozšířených žilek, boltece a rty jsou cyanotické, okolo očí a rtů je kůže bledá. Facies tyreotoxica (tyreotoxická tvář) - tvář u hypertyreózy až tyreotoxikózy - vlhká opocená kůže, exoftalmus, ustrašený výraz. Facies acromegalica (akromegalická tvář) - výrazné nadočnicové oblouky, velký vystupující nos, dopředu prominující brada a široké silné rty. Facies parkinsonica (parkinsonská tvář) - tvář u parkinsonského syndromu - snížená mimika a mastná kůže. Facies Cushingoida - typický je „měsícovitý“ obličej. Facies nefritica (nefrotická tvář) - vyskytuje se u dlouhodobě dialyzovaných pacientů - obličej je bledý a může se vyskytovat edém na víčkách (1, 20).

Na obličejí si sestra dále všímá očí, kde sleduje kůži v blízkosti oka a víčka, oko jako celek - (exoftalmus, endoftalmus) dále si všímá vzhledu rohovky, velikosti a symetrie zornic, reakce zornic na světlo a eventuelních traumat. Uší, kde při zánětu středního ucha může vytékat hnisavý sekret a při zlomenině lebeční klenby se může objevit likvor a krvácení. Nosu, kde si všímá především jeho tvaru a velikosti, eventuelně i krvácení (4, 8).

### *1.2.1.3 Vyšetření kůže, vlasů, ochlupení a nehtů*

Na kůži si sestra může všimnout mnoha změn, jejichž správné posouzení má velký diagnostický význam. Sestra si všímá především barvy, vlhkosti napětí, otoků, krvácivých projevů a jiných změn jako jsou vyrážky, jizvy, poranění a defekty (3).

Normální barva zdravé kůže je růžová. Bledá barva kůže se vyskytuje u anémie, ischémie (například u chlopenní vady) nebo vazokonstrikce, ale může být i u albinismu, což je vrozený nedostatek pigmentu v kůži. Červená kůže se vyskytuje u překrvení - erytém z vazodilatace například u alergie, zánětu nebo horečky. Třešňově červenou barvu kůže můžeme pozorovat u otravy CO (barva je způsobena karboxyhemoglobinem). Mramorová nebo cyanotická barva kůže se vyskytuje na dolních končetinách u ischemické choroby. Žlutá barva kůže je přítomna u iktetu a postihuje též skléry a sliznice. Modrofialová barva kůže neboli cyanóza vzniká tehdy, pokud je hladina redukovaného hemoglobinu nad 50 g/l.

Hyperpigmentace kůže je způsobena buď zevními vlivy - UV záření, nebo vlivy vnitřními - hormonální, těhotenství, onemocnění jater (2, 16).

Při kožním exantému si sestra všímá jeho druhu, lokalizace a rozsahu. Exantémy jsou buď alergické nebo infekční. U infekčního exantému nemusí sestra pozorovat změnu barvy kůže.

Krvácení do kůže se projevuje jako hematom - úrazy, krvácivé choroby nebo předávkování antikoagulancii, petechie - provází infekční choroby například meningokokové infekce, purpura - mnohočetné petechie.

U kožních útvarů (nádorů) sestra popisuje jejich lokalizaci, velikost a barvu. Na kůži zjišťuje kožní eflorescence, atopický ekzém, trofické změny, kožní defekty, névy, atd. Kožní turgor (napětí) se vyšetřuje tak, že si sestra mezi prsty ruky udělá z kůže pacienta na hřbetu jeho ruky kožní řasu, kterou uvolní. Pokud kožní řasa zůstane zvýšena jedná se o snížený kožní turgor. Ten se vyskytuje u pacientů s dehydratací (3, 11).

Nápadně vlhká kůže bývá při šoku, hypertyreóze, při horečce a u neurotiků. Kůže suchá bývá u pacientů dehydratovaných nebo u nemocných hypotyreózou. Pokud se u pacienta vyskytnou otoky, bývá jejich příčinou nejčastěji zadržování sodíku v organismu, snížení onkotického tlaku krevních bílkovin, zánětlivý proces nebo alergie. Otoky z těchto příčin se označují jako generalizované (6).

V souvislosti s kůží může sestra dále vyšetřovat vlasy, ochlupení, řasy, obočí a nehty. Při vyšetření vlasů sestra hodnotí jejich hustotu a kvalitu. Vypadávání vlasů a chlupů může mít řadu příčin jako je: horečka, stres, porod, hypertyreóza i hypotyreóza, nádory hypofýzy a další. Nadměrná ztráta vlasů se dělí na difuzní a ohraničenou. Charakteristický vzhled má mužské vypadávání vlasů, které je podmíněné geneticky a u mužů může začít již po pubertě. Pleš bývá ostře ohraničená a nejsou na ní známky kožní atrofie. U hypertrichózy neboli nadměrného ochlupení, bývá příčinou porfyrie, hypervitaminóza B6, puberta praecox, virilizace - nadměrné ochlupení mužského typu u žen s hyperkortikalismem (1, 13).

U nehtů sestra hodnotí jejich povrch a tvar. Nehty ve tvaru hodinových sklíček se vyskytují u onemocnění s dlouhodobou hypoxií nebo u pacientů s poruchou metabolismu. Lžičkovité nehty se vyskytují u pacientů se sideropenickou anémií, avitaminózou vitamínem C a tyreotoxikózou. Žluté nehty provázejí onemocnění plicní a lymfedém. Lomivé a třepivé nehty značí tyreotoxikózu a sideropenickou anemii a nehty s bílými čárkami znamenají hypokalcémii (11, 12).

#### *1.2.1.4 Vyšetření stavu vědomí*

Vědomí se váže na činnost nervové soustavy. Prostřednictvím vědomí realizuje člověk kontakt s vnějším prostředím, uvědomuje si vlastní existenci a existenci okolního světa. Stav vědomí hodnotí sestra podle reakcí a odpovědí, kterými pacient reaguje na vnější podněty.

System hodnocení vědomí se nazývá Glasgow Coma Score (GCS), je velmi přesný, ale nezohledňuje neurologický nález pacienta. Sestra boduje a sčítá tři kategorie, jejichž součet bodů dá hodnotu maximálně 15. Hodnotí se otevírání očí, slovní odpověď a motorická odpověď (19).

Při vyšetřování vědomí začíná sestra položením otázky pacientovi, jak se jmenuje, kde je apod. Pokud pacient odpoví přiléhavě, zaznamená sestra do chorobopisu, že pacient je orientován. Pokud pacient nereaguje, snaží se sestra na sebe upozornit například hlasitější mluvou nebo zatleskáním. Pokud pacient nereaguje ani na zvukové podněty, zkusí se sestra pacienta dotknout a osloví ho jménem, když stále nereaguje zatlačí mu sestra například tužkou do nehtového lůžka, když pacient nereaguje ani po tomto zákroku, použije sestra bolestivý podnět jako štípnutí do trapézového nebo prsního svalu. Pokud pacient nereaguje ani na bolestivý podnět, lze jeho stav hodnotit jako velmi vážný – jedná se o hluboké kóma (1, 9).

Poruchy vědomí se dělí na: Kvalitativní a kvantitativní. O kvalitativních poruchách mluvíme tehdy, pokud jde o poruchu pouze některé složky vědomí nebo pokud je vědomí

zachované, ale některé jeho složky jsou změněné. Kvalitativní poruchy vědomí dělíme na obnubilaci (mráкотný stav) a delirium (obluzené vědomí).

Mezi poruchy vnímání patří halucinace, jde o změněné vnímání zrakové, sluchové, hmatové bez objektivní existence vyvolávajícího činitele a iluze, kdy se jedná o zkreslené vnímání skutečnosti. Mezi poruchy myšlení patří bludy, zpomalené myšlení, zrychlené myšlení a poruchy struktury myšlení. Sestra může dále do vyšetření vědomí zařadit i posouzení nálady, posouzení vůle, posouzení intelektu nebo posouzení paměti. A na poruchy kvantitativní, což jsou poruchy sníženého vědomí neboli sníženého poznávání a bdění. Mezi kvantitativní poruchy patří: zúžené vědomí, somnolence, sopor a kóma (11, 14).

#### *1.2.1.5 Vyšetření dýchání*

Sestra při vyšetření začíná pohledem na pacienta. V rámci celkového vyšetření stavu pacienta jde pouze o zjištění frekvence a obtížnosti dýchání. Cílem vyšetření je zjistit, zda pacient dýchá s obtížemi nebo bez nich a jakou má dechovou frekvenci. Pokud je dýchání u pacienta v normě, zapíše se, že je eupnoický. Pokud pacient dýchá s obtížemi, musí sestra zjistit, zda provází dušnost také hvízdavý dech, který je důkazem zúžení v laryngu, průdušnici nebo hlavních bronších a nazývá se stridor. Jde o závažný nález, který sestra musí ihned hlásit lékaři (10, 18).

V praxi rozeznáváme několik typů patologického dýchání a to Kussmaulovo dýchání, které je prohloubené a vyvolává ho acidóza u diabetu nebo urémie. Nepravidelné dýchání prokládané apnoickými pauzami se dělí na Cheyne-Stokesovo, které provází acidózu nebo intoxikaci metanolem nebo salicyláty a Biotovo dýchání, které je důkazem těžkého stavu a pokládá se předzvěst smrti pacienta (2, 5).

#### *1.2.1.6 Vyšetření chůze a abnormálních pohybů*

Pokud sestra vyšetřuje chůzi orientačně, postačí jí informace o tom, zda pacient

chodí sám bez obtíží, chodí sám s obtížemi nebo je nechodící. Pro podrobnější zhodnocení chůze sestra vyšetřuje chůzi 1 - chůzi normální s otevřenýma očima, chůzi

2 - chůzi se zavřenýma očima, chůzi provazochodeckou - chůzi po čáře stylem pata-špička a chůzi po špičkách a patách. Chůzi sestra vyšetřuje se zavřenýma a otevřenýma očima pacienta. Uvedené typy chůze by měly být u zdravého člověka bez kolísání a vrávorání a s udržením směru chůze (11, 14).

Sestra musí znát i typy patologické chůze jako je chůze: antalgická - pacient napadá na nemocnou končetinu, paretická - při částečné obrně, spastická - ztuhlá končetina, která se těžko zvedá, parkinsonská - cupitavá chůze s drobnými šouravými krůčky, mozečková - nejistá chůze o širší bázi, bizardní - nejistá chůze o úzké bázi, nůžkovitá - dolní končetiny jsou při chůzi zkříženy, kohoutí - pacient necítí našlápnutí na zem a vykopává kolena nahoru a chůze čapí, kdy pacient nedokáže zvednout špičku nohy a nedokáže chodit po patách. Abnormální pohyby vznikají u pacienta při narušení motorické dráhy pyramidové i extrapyramidové. Mezi abnormální pohyby řadí sestra třes, tiky, choreatické a atetoidní pohyby, torzní dystrofie, křeče, orálně-faciální dyskineze a akineze. Abnormální pohyby vyšetřuje sestra pohledem, popřípadě vyzve pacienta, aby předpažil ruce před sebe dlaněmi dolů s roztaženými prsty a zavřel oči. Pokud se objeví jemný třes, jedná se o nález fyziologický.

Tremor neboli třes je nechtěná rytmická oscilace části těla kolem pevného bodu. Třes se dělí na: klidový, klidový polohový, akční a flapping tremor, kdy pohyb rukou připomíná mávání motýlích křídel. Tik je charakterizovaný menšími kmity než třes, jde o rychlé, opakované a stereotypní krátkodobé svalové stahy (14, 17).

Choreatické pohyby jsou rychlé, bezděčné, bizarní a nepravidelné pohyby, při kterých se stáčí celé tělo pacienta do spirály nebo postihují formou cloumavých rychlých pohybů obličej, hlavu a ruce (př. je tanec svatého Víta). Steroidní pohyby se vyznačují pomalými kroutivými hadovitými mimovolními pohyby, které postihují akrální části končetin, zesilují se při emočním vypětí a při spánku přestávají. Torzní dystrofie jsou pomalé kroutivé a šroubovitě pohyby v oblasti trupu, šíje a hlavy. Křeče kosterních svalů

jsou stahy některých příčně pruhovaných svalů, vyskytují se ojedinělé nebo generalizované. Křeče rozlišujeme na - tonické, klonické, tonicko-klonické a trismus, což je místní křeč žvýkacích svalů. Orálně-faciální dyskineze jsou pravidelné opakované bizarní pohyby postihující tvář, ústa, jazyk i čelisti. Akineze je na rozdíl od výše uvedených stavů charakterizovaná pohybovou chudostí, pomalostí nebo neschopností pohyb vůbec začít (11, 14).

#### *1.2.1.7 Vyšetření polohy a postoje*

Aktivní polohu zaujímá pacient podle své vůle a bez pomoci druhých. Pokud je pacient schopný stát, všímá si sestra držení těla.

„U zdravého člověka je postoj vzpřímený, chůze pružná a končetiny se volně pohybují podél těla (11, s. 39)“.

Pokud stojí pacient více na jedné končetině, znamená to, že ji pravděpodobně odlehčuje z důvodu bolesti. Pokud stojí pacient tak, že má horní končetinu flektovanou v loketním kloubu a dolní končetinu má nataženou v kolenním i hlezenním kloubu, jde o postoj hemiparetický, který je typický u částečné obrny například po cévní mozkové příhodě. Pokud u pacienta pozorujeme strnulý postoj s otáčením celého těla, usuzujeme, že se jedná o blokádu páteře nebo Bechtěrevovu chorobu. Pacient, který při stožení pokyvuje hlavou, stojí strnule a chodí krátkými šouravými kroky, zaujímá tzv. parkinsonský postoj typický pro pacienty s Parkinsonovou chorobou a mozkovou aterosklerózu (17).

Pasivní polohu podmiňuje zejména vlastní hmotnost pacienta, změna polohy bez pomoci druhých není u pacienta možná. Je přítomna u pacientů v bezvědomí a při celkovém vyčerpání organismu. Pokud si pacient sám vyhledá úlevovou polohu od bolesti jedná se o polohu vynucenou. Pacient s dýchacími potížemi zaujímá Fowlerovu polohu (v polosedě) nebo polohu ortopedickou v sedě se spuštěnými dolními končetinami, tuto polohu vyhledávají též pacienti se selháváním srdce a při stáze plicního oběhu. Na zádech nebo boku s pokrčenými dolními končetinami leží pacient s náhlou příhodou břišní, na břiše leží při prudkých viscerálních bolestech. Při zánětu pohrudnice a plic zaujímá pacient



polohu na boku na postižené straně. Při ischemickém syndromu dolních končetin postižení spouštějí dolní končetiny z postele a to i pokud leží. Opistotonus je poloha, kterou zaujímá pacient při těžkém záchvatu tetanových křečí. Kdy se velmi bolestivě napíná svalstvo šíje, trupu i končetin, pacient je napnutý jako luk a podložky na které leží se dotýká pouze hlavou a patami (9, 14).

### ***1.2.2 Vyšetření poklepem (perkuse)***

Toto vyšetření se provádí poklepem přímo na tělo pacienta nebo nepřímě na přitlačený prst, čímž vyvoláme zvukový efekt, který sestra hodnotí. Při přímém poklepu sestra udeří na danou oblast bříšky dvou, tří nebo čtyř prstů, tato technika se nepoužívá všeobecně na poklep hrudníku, ale je užitečná zejména při vyšetření vedlejších nosních dutin. Poklep se používá na zjištění velikosti a tvaru vnitřních orgánů. Při poklepu rozeznává sestra jeho intenzitu, výšku, trvání a jakost. Perkuse vyvolává pět druhů zvuků a to plný a jasný, temný, zkrácený, bubínkový a hypersonorní.

Nejčastější chyby, které může sestra při vyšetření udělat jsou nepřitlačené prsty na kůži při poklepu, různá intenzita úderů a nevyšetření všech poklepových míst (6, 7).

#### ***1.2.2.1 Vyšetření hlavy a hrudníku***

Poklep hlavy sestra provádí krátkými údery prstů postupně po celé lebce i tvářích. Bolestivý poklep nad vedlejšími dutinami nosními může znamenat jejich zánět. Dále se poklepem vyšetřuje bolest za ušním boltcem při zánětu procesus mastoideus, například při komplikované otitidě (11).

Poklep hrudníku sestra provádí vpředu (pacient leží), z boku a vzadu (pacient sedí). Poklepává se nejčastěji nepřímě prstem na prst, začíná se vpředu nahoře v čáře parasternální, medioklavikulární a přední axilární a vzadu ve skapulární a paravertebrální shora dolů.

Nejprve sestra srovnává pravou a levou stranu, pak se určí hranice plic. Poklepem může sestra získat informace o vzdušnosti plic, velikosti hrudních orgánů a lokalizaci

chorobných změn. Rozlišujeme poklep porovnávací a topografický. Při porovnávacím poklepu sestra klepe na dvě korespondující místa na hrudníku, na kterých má být zvuk stejný. Při topografické perkusi se určují pokleповé hranice plic. Za normálních okolností je poklep nad zdravými plicemi plný a jasný, protože plicní tkáň je vzdušná a napjatá. Ostatní zvuky, které se při vyšetření mohou objevit lze pokládat za patologické. Hypersonorní poklep znamená zvýšené množství vzduchu v plicích a vyskytuje se například u plicního emfyzému. Bubínkový poklep se vyskytuje u některých poranění hrudníku jako je např. pneumotorax. Zkrácený a temný poklep nacházíme nad velkým množstvím tekutiny v hrudní dutině - při pneumonii a u nádorů plic (7, 18).

#### *1.2.2.2 Vyšetření břicha*

Při vyšetření břicha sestra nejprve provádí srovnávací poklep většinou v orientačních podélných čarách, poté přistoupí k topografickému poklepu jednotlivých orgánů dutiny břišní. Při přímém poklepu sestra klepe třetím prstem nebo více prsty na břišní stěnu. Častěji se však používá poklep nepřímý, kdy mezi poklepávanou plochu a klepající prst se vkládá třetí prst levé ruky. Poklepem sestra zjišťuje bolestivost stěny břišní - Pleniesův příznak, který svědčí obvykle o dráždění nástěnné pobřišnice lokalizovanými záněty nebo difúzní peritonitidou.

Poklep sestru též informuje o stavu střevní náplně, o dráždění pobřišnice, o nahromadění tekutiny v břišní dutině a o zvětšení orgánů, kdy je slyšet pokleповě ztemnění. Poklepem se hodnotí i stav střevní náplně (hypersonorní poklep nad dilatovaným střevem). Z jakosti pokleповého zvuku sestra usuzuje na anatomický stav břišních orgánů. Poklep temný se vyskytuje nad bezvzdušnými orgány jako jsou játra a svaly. Poklep bubínkový se objevuje nad většími dutinami vyplněnými vzduchem - nad žaludkem a střevem. Při naplnění břicha tuhým obsahem nebo při silném stažení svalů břišní stěny dochází ke ztemnění poklepu. Místní vysoký bubínkový zvuk nasvědčuje o značně roztažené střevní kličce - Wahlův příznak. Vysoký kovový zvuk nachází sestra nad rozšířeným slepým střevem to svědčí pro uzávěr tračníku. A při výskytu ascitu v dutině

břišní sestra prokazuje pohybové ztemnění poklepu tj. přestěhování pokleповého ztemnění při změně polohy pacienta. Močový měchýř se dá při poklepu prokázat jen při značném naplnění, poklep je potom plný (7, 20).

### *1.2.2.3 Vyšetření reflexů*

„Reflexy jsou na naší vůli nezávislé odpovědi svalů na dráždění periferních nervů (1, s. 181)“.

Reflexy se dělí na podmíněné, které si jedinec vytvoří během života a nepodmíněné, které jsou vrozené jako např. sací, kašlací, šlachové a polykací. Vyšetření šlachookosticových reflexů sestra provádí poklepem a používá k němu neurologické kladívko. Šlachové reflexy jsou oboustranně výbavné. Na neurologii patří toto vyšetření mezi základní, na interně a chirurgii patří pouze mezi vyšetření orientační. Hodnotit zvýšené nebo snížené reflexy je obtížné, proto sestra vyšetřuje pouze, zda jsou výbavné, či nikoli.

Reflexy, které sestra hodnotí jsou:

- bicipitový - místem poklepu je šlacha musculus biceps brachii
- tricipitový - místem poklepu je šlacha m. triceps brachii, vyšetřovanou končetinu si sestra podloží, aby byla volná
- Achillova šlacha - poklep se provádí přímo na Achillovu šlachu, nejvhodnější poloha pro vybavení je, když si pacient klekne jedním kolenem na židli tak, aby vyšetřovaná končetina visela přes okraj
- plantární kožní reflex se vyvolá podrážděním chodidla ostrým předmětem od paty nahoru po vnější straně
- posturální (břišní) reflex sestra vyvolá příčným podrážděním břišních svalů tupým předmětem (11, 14).

### ***1.2.3 Vyšetření pohmatem (palpace)***

K pohmatovému vyšetření sestra využívá jako smysl hmat a provádí jej prsty nebo rukama. Proto je důležité, aby měla ruce teplé a krátké nehty. Při vyšetření platí zásada, že má sestra postupovat od místa nejvzdálenějšího bolesti, kterou pacient udává. Pokud by začala od bolestivého místa, pacient stáhne například břišní stěnu (při vyšetřování břicha) a bolest se rozšíří i do okolí a nepodaří se jí lokalizovat.

Rozeznáváme dva typy palpace a to povrchovou a hloubkovou. Povrchová palpace má vždy předcházet hloubkové palpaci, protože silný tlak může na bříškách prstů otupit citlivost. Efektivnost pohmatu závisí zejména na uvolnění vyšetřovaného. Sestra může pacientovi pomoci uvolnit se například uložením do pohodlné polohy či tím, že začíná s pohmatem v oblastech, které nejsou bolestivé. Po dobu vyšetření má sestra sledovat verbální i neverbální projevy ukazující na těžkosti pacienta.

Pohmatem povrchu těla nebo tělních otvorů sestra zjišťuje změny velikosti orgánů, jejich tvar, patologické útvary např. cysty nebo nádory, dále můžeme pohmatem zjistit teplotu, potivost a pulz na příslušných tepnách (4, 6).

Nejčastější chyby, které může sestra při vyšetření udělat jsou: studené ruce a dlouhé nehty nebo nesymetrická hluboká palpace.

#### ***1.2.3.1 Vyšetření hlavy a krku***

Na hlavě sestra vyšetřuje pohmatem zejména bolestivost v krajině očního koutku, horní a dolní čelisti a první a druhé větve trojklanného nervu. Dále zjišťuje bolestivost před boltcem nebo tlakem na tragus u zánětů středního ucha.

Při vyšetření krku pohmatem se sestra soustřeďuje zejména na vyšetření karotid, mízních uzlin a štítné žlázy. Pulz na karotidách sestra hodnotí vždy oboustranně. U pulzu hodnotí tepovou frekvenci – (fyziologická, tachykardie, bradykardie), rytmus – (pravidelný, nepravidelný) a to, zda je pulz hmatný nebo nehmatný.

Oboustranně vymizelá pulzace na karotidách znamená, že jde o zástavu srdeční činnosti a je důvodem k zahájení resuscitace pacienta.

Při vyšetření mízních uzlin je vhodné, aby hlava pacienta byla níž než vyšetřujícího, aby nad sedícím pacientem stál a vyšetřoval rukama pokrčenýma v loktech. Při pohmatu mízních uzlin sledujeme velikost, konzistenci - měkké, tuhé nebo tvrdé, fixaci k okolí - uzliny jsou volně pohyblivé nebo pevně fixované, bolestivost - uzliny bolí při zánětech a nebolí při nádorech, změn kůže nad uzlinami a počtu změněných uzlin (11, 15).

Štítnou žlázu sestra vyšetřuje pohledem a pohmatem. Normální nezvětšenou štítnou žlázu sestra nevidí ani nehmatá. Pokud sestra při vyšetření štítnou žlázu hmatá, znamená to, že je zvětšená a nazývá se vždy struma. Při vyšetření štítné žlázy pohmatem se sestra postaví za sedícího pacienta zezadu a vyzve jej, aby lehce předklonil hlavu. Prsty položí na oba musculi sternocleidomastoidei a snaží se vyhmatat okraje štítné žlázy. Poté vyzve pacienta, aby polkl. Při polknutí se štítná žláza mírně posunuje a může být lépe hmatná. Pak sestra vyzve pacienta, aby otočil hlavu doleva a doprava a snaží se vyhmatat oba laloky strumy. Při pohmatovém vyšetření štítné žlázy sestra zjišťuje velikost, tvar, konzistenci, povrch, pohyblivost proti kůži, bolestivost a pulsaci (2, 4).

#### *1.2.3.2 Vyšetření hrudníku a prsů*

Pohmatem hrudníku může sestra určit rozdíly ve vedení zvuků podél bronchiálního stromu. Při vyšetření by měla sestra začínat na dolní části hrudníku vzadu. Ruce položí na hrudník tak, že palce směřují nahoru podél zad a mírně roztáhne prsty směrem k bokům rovnoběžně se žebry. Poté ruce systematicky posouvá po hrudníku. Při normálním dýchání cítí sestra jemné chvění. Oslabené dýchání bývá nad pleurálním výpotkem při pneumotoraxu a hemotoraxu a zesílené chvění se objevuje nad plicní tkání při pneumonii. Pokud se pod kůží hrudníku nachází vzduch, cítí sestra při zatlačení praskání tzv. krepitace, které způsobuje pohyb vzduchu v intersticiu. Vyskytuje se při pneumotoraxu, fraktuře žeber nebo při poškození tkáně stěny hrudníku (7, 11).

Pohmatové vyšetření prsů se netýká pouze žen, ale i mužů, neboť i u nich se vyskytují onemocnění prsní žlázy. Než sestra začne pacientku nebo pacienta vyšetřovat, měla by dopředu vysvětlit účel svého vyšetření (například prevence nádorového

onemocnění, zjištění bolesti atd.) Při pohmatu se vyšetřuje prs bříšky 2., 3. a 4. prstu systematicky, krouživými pohyby, postupně od bradavky směrem ven. Při vyšetření sestra popisuje změny podle kvadrantů. Pohmatem sestra vyšetřuje: strukturu prsní žlázy, bolestivost prsní žlázy a rezistence (ložiska). Při vyšetření prsů sestra zároveň vyšetří i lymfatické uzliny axilární a supraklavikulární. Lymfatické uzliny sestra vyšetří nejlépe u sedící nebo stojící pacientky. Axilární uzliny vyšetří nejlépe tak, že pacientce podrží plně relaxovanou paži, tím se uvolní svaly, které ohraničují axilu a takto je možné ji lépe prohmatat. Pokud jsou axilární uzliny zvětšené, je vhodné vyšetřit i supraklavikulární, intraklavikulární, brachiální a pektorální uzliny (3, 10).

Také je velice důležité, aby sestra pacientku edukovala o samovyšetření prsů. Do budoucna lze tímto vyšetřením odhalit i závažná onemocnění jako je karcinom prsu.

#### *1.2.3.3 Vyšetření břicha*

„Pohmat je nejdůležitější metodou při vyšetření břicha, protože poskytuje nejvíce informací (20, s. 139)“.

Při vyšetřování by měla mít sestra teplé ruce a krátké nehty a pacient by měl uvolnit břišní stěnu pokrčením dolních končetin. Je též dobré odpoutat pozornost pacienta hovorem. Palpace se provádí povrchní a hloubková, sestra začíná většinou v levém hypogastriu a postupuje ve směru hodinových ručiček nebo začíná v místě, kde pacient neudává bolest.

Při povrchové palpaci sestra jednu ruku suně po břišní stěně a hmatá pouze bříšky prstů. Cílem této palpance je zjistit bolestivost břicha - zda je ohraničená nebo difuzní a její lokalizaci, dále svalové napětí - ohraničené u ohraničeného zánětu pobřišnice a difuzní u zánětu pobřišnice, chybí však u starých pacientů, při šoku, u těhotných žen, ale někdy je i u nezánettivých procesů. Povrchovou palpaci může setra též zjistit přítomnost volné tekutiny v peritoneálním prostoru tzv. ascites. Ascites rozlišujeme malý, který sestra vleže u pacienta nepozná, neovlivňuje tvar břicha a projeví se až vestoje vyklenutím hypogastria

a velký, který vleže lze rozpoznat, břišní stěna je napjatá a vyklenuje se nad úroveň hrudníku (11, 20).

Při hluboké palpaci sestra vyšetřuje pacienta celými prsty rukou, buď oběma rukama na sobě, kdy prsty vykonávají vlnový pohyb, nebo jednou rukou. Cílem hluboké palpce je odhalit útvary tzv. rezistence, jejich velikost, povrch, konzistenci a fixaci k okolí. Dále sestra zjišťuje bolestivost při hluboké palpaci eventuelně i kýlu její velikost, reponibilitu a bolestivost. Podle reponování rozdělujeme kýly na volné, které lze reponovat a nebolí na přirostlé, které nelze reponovat a nebolí a na uskřínuté, které nelze reponovat a bolí. Uskřínutou kýlu je třeba vždy řešit urgentní operací, neboť patří mezi náhlé příhody břišní .

Orgány, které sestra může pohmatem vyšetřit jsou játra, žlučník, slezina, slinivka břišní a ledviny – (ty se vyšetřují bimanuální palpací a tapotem, protože nejsou fyziologicky viditelné), močový měchýř a apendix. Apendix sestra vyšetřuje v místě McBurneyova nebo Lanzova bodu. McBurneyův bod se nachází na spojnici pupku a spina iliaca anterior superior dextra v dolní třetině a bývá místem největší bolesti při zanícení apendixu (13, 20).

„Lanzův bod se nachází na spojnici spina iliaca anterior superior dextra a ministra v pravé třetině a je místem projekce apendixu (11, s. 158)“.

#### *1.2.3.4 Vyšetření pohybového ústrojí a cév*

Pohmatem pohybového ústrojí sestra zjišťuje především svalový tonus, tloušťku kožní řasy, edém, fluktuaci, hydrops kloubní, drásoty v kloubu, podkožní emfyzém, bolest a vnímání tepla a chladu. Dále může sestra palpací zjistit krepitaci úlomků, patologickou pohyblivost a posoudit charakter jizev. Pohmat má též velký význam při posuzování různých rezistencí, nádorů i nenádorových afekcí. U každé rezistence je důležité, aby sestra určila její velikost, tvar, konzistenci, povrch, palpační citlivost a ohraničení proti okolí.

Při vyšetření tepen na dolních končetinách se sestra soustřeďuje na pulzace arteria femoralis, arteria poplitea, arteria tibialis posterior a na arteria dorsalis pedis. Při vyšetření

pulzace tepen na horních končetinách sestra hmatá arteria brachialis a arteria radialis. Dále pohmatem vyšetřuje prokrvení dolních končetin a bolest v dolních končetinách, při vyšetřování pulzace tepen dolních končetin sestra vyhmatává arteria femoralis tak, že položí dva prsty do poloviny třísla a sklouzne s nimi směrem mediálním ke středu, u arteria poplitea hmatá vzadu v podkolenní jamce, u arteria tibialis posterior hmatá pod vnitřním kotníkem šikmo směrem k patě a u arteria dorsalis pedis na nártu nohy asi uprostřed (4, 11).

„Oslabení nebo vymizení pulzace se vyskytuje při zúžení tepen aterosklerotickým plátem, trombem, spazmem nebo při šoku (11, s. 169)“.

Při vyšetření žil sestra zjišťuje průchodnost hlubokých žil a používá k tomu řadu testů:

- Homansův test (pozitivní při hluboké flebotrombóze), kdy vyzve pacienta, aby střídal plantární a dorzální flexi v hlezenním a v kolenním kloubu. Pokud se objeví bolest v lýtku, je test pozitivní
- Lowenbergovo znamení (pozitivní při hluboké flebotrombóze), kdy pacientovi ovine sestra manžetu tonometru kolem lýtka a nafoukne ji. Pokud se dostaví bolestivost v lýtku nebo stehně při nafukování, je test pozitivní.
- Perthesův test, slouží sestře ke zjištění průchodnosti hlubokého žilního systému před operací povrchových žil. Pod tříslou a pod kolenem sestra zaškrtní končetinu gumovou hadicí, následkem zaškrcení se naplní povrchové žíly a jejich varixy. Poté pacient dvě minuty chodí. Při pozitivním testu se varixy zvětší a objeví se bolest v končetinách to svědčí o uzávěru hlubokého žilního řečiště a nefungujících chlopních. Při negativním testu se varixy vyprázdní a bolest v končetině se neobjeví (2, 11).

#### ***1.2.4 Vyšetření poslechem (auskultace)***

Sluchem může sestra poslouchat zvuky, které vznikají při činnosti některých orgánů jako např. střevní peristaltiku, srdeční ozvy atd. Při poslechovém vyšetření sestra využívá nejčastěji poslech nepřímý prostřednictvím fonendoskopu. Je důležité, aby fonendoskop při vyšetření utěšňoval zvukovody. Fonendoskop by měl být 25 - 30 centimetrů dlouhý



a má mít plochý kotouč s membránou a na druhé straně zvonkovité zakončení. Kotoučem s membránou se dobře poslouchají zvuky vysoké, například zvuky bronchiální a zvonkovité zakončení přenáší zvuky nízké, například některé srdeční ozvy.

Při přímé auskultaci poslouchá sestra zvuky přímo uchem. Tato metoda se ovšem v praxi již moc nevyužívá (6, 7).

Nejčastější chyby, které může sestra při vyšetření poslechem udělat jsou: špatně zavedený fonendoskop do zvukovodů, hluk v okolí a fonendoskop nastavený obráceně tj. nastavený na zvonek, poslech membránou (11).

#### *1.2.4.1 Vyšetření srdce a arteria carotis*

Nejdůležitější metodou při vyšetřování srdce je poslech. Vyšetření sestra provádí fonendoskopem a vyšetřuje především čtyři poslechová místa.

Jsou to: aortální chlopeň - 2. mezižebří parasternálně vpravo, pulmonální chlopeň - 2. mezižebří parasternálně vlevo, trikuspidální chlopeň - 4. mezižebří parasternálně vlevo a mitrální chlopeň - 5. mezižebří vlevo, tj. na srdečním hrotu. Při vyšetření srdce sestra zaznamenává jeho frekvenci, rytmus a poslechové fenomény.

Zvládnutí srdeční auskultace je pro sestru nepochybně nejnáročnější z fyzikálního vyšetření srdce. Obtížnost poslechu vyplývá z více faktorů: se srdečními ozvy, které jsou předmětem zájmu, jsou zde slyšet i další zvuky jako jsou dýchací fenomény, šumy vznikající případným pohybem pacienta nebo třením povrchu těla o zevní objekty. Sestra vyšetření zahajuje zpravidla v oblasti hrotu tzv. mitrální poslechovou oblast, dále pokračuje směrem mediálně od hrotu, na srdeční bazi tzv. aortální poslechovou oblast a v druhém a třetím mezižebří vlevo tzv. pulmonální poslechovou oblast a poslech ukončuje v levém okraji dolní části sterna tzv. trikuspidální poslechovou oblast.

Šelesty, které sestra slyší nad srdcem, nemusejí mít příčinu vždy v srdci. Proto se dělí na kardiální a extrakardiální. U kardiálních šelestů sestra hodnotí, zda je slyší v systole nebo diastole, kam se šíří a zda jsou intenzivní. Kardiální šelesty systolické provázejí například mitrální insuficienci, trikuspidální insuficienci, defekt komorového septa nebo

aortální stenózu. Diastolické provázejí například mitrální a trikuspidální stenózu a aortální insuficienci. Extrakardiální šelesty mají příčinu v perikardiálním třecím šelestu, který vzniká při suché perikarditidě (13, 15).

Při vyšetřování arterií carotis sestra zjišťuje jejich pulsaci pohledem, pohmatem a poslechem na vnitřní straně musculus sternocleidomastoideus. Pokud při poslechu fonendoskopem sestra slyší nad arteria carotis šelest, může se jednat o aortální stenózy, aneurysmata nebo stenózy arterií carotis (11).

#### *1.2.4.2 Vyšetření plic*

Poslech plic sestra provádí nepřímou fonendoskopem, pacienta vyšetřuje vpředu i vzadu, vsedě nebo vleže. Vyzve pacienta, aby zhluboka dýchal otevřenými ústy a fonendoskop přikládá v orientačních čarách a srovnává nález na stejném místě vpravo i vlevo. Zvuky, které může slyšet se dělí na základní dechové šelesty a vedlejší dýchací fenomény. Typy dýchání se dělí podle poslechu na sklípkové dýchání nad zdravou plicní tkání, oslabené sklípkové dýchání se vyskytuje u emfyzému, atelaktázy a při bolesti na hrudníku, trubicové dýchání fyziologické je nad tracheou a patologické při vyplnění alveolů exudátem u pneumonie. Mezi vedlejší dechové šelesty se řadí chrapoty - suché a vlhké a krepitace se objevují ke konci dýchání a jsou slyšitelné u pneumonie. Pleurální třecí šelest, který vzniká třením listů pleury o sebe, se nachází u suché pleuritidy (11,15).

#### *1.2.4.3 Vyšetření břicha*

Při běžném vyšetření břicha sestra poslech neprovádí. Poslechem vyšetřuje břicho pouze při podezření na poruchy střevní pasáže nebo na cévní poruchy. U zdravých osob se vyskytují střevní zvuky asi 15x za minutu a neprovází je bolest. Patologickým nálezem jsou: zesílené a pravidelné zvuky s kolikovitou bolestí, které jsou typické pro usilovnou střevní peristaltiku, šplechoty vyvolané pohybem břišní stěny, pokud je žaludek nebo střevo plné tekutiny, vymizení zvuků je typické pro paralytický ileus, třecí šelesty vznikají při

perihepatidě a provázejí nádech, cévní šelesty se vyskytují nad zúženými úseky abdominální aorty, nad arteria renalis a arteria lienalis.

Pokud má sestra u pacienta podezření na poruchu střevní pasáže, vyšetřuje střeva poslechem. Tato porucha může být: obleněná - provází zácpu a poslechem jsou přítomny ojedinělé borborygmy, obstrukční - borborygmy jsou zesílené a poslechem mají kovový přízvuk, vymizelá - u paralytického ileu, kdy zároveň nejsou přítomny ani borborygmy (10, 20).

### ***1.2.5 Vyšetření per rektum***

Vyšetření konečníku je důležitou součástí každého komplexního fyzikálního vyšetření, zahrnuje pohled a pohmat. Jedná se o vyšetření velmi hodnotné, které často přináší podstatné informace u řady onemocnění, zejména u náhlých příhod břišních. Rozsah vyšetření závisí na problémech, které pacient udal sestře při sběru anamnézy. Sestra pacienta před vyšetřením poučí, aby se nebál a spolupracoval. Měl by být vymočen a vyprázdněn.

Per rektum vyšetření provádí sestra u pacienta ležícího na zádech, na levém boku s flektovanými končetinami nebo v genukubitální poloze. Při vyšetření sestra hodnotí okolí análního otvoru, pohmatový nález v oblasti svěrače a ampuly, přítomnost krve na rukavici po vyšetření, u mužů se vyšetřuje prostata a u mladých dívek se přes konečník vyšetřuje čípek děložní (5, 11).

### ***1.3 Důležitost fyzikálního vyšetření v praxi***

Fyzikální vyšetření spolu s anamnézou přispívá ke správnému stanovení diagnózy a následně k určení vhodné léčby pro pacienta. Zvládnout fyzikální vyšetření znamená umět se dívat, hmatat, slyšet a cítit. Výhodou fyzikálního vyšetření je rychlost a dostupnost nejen na oddělení, ale i v terénu. Jeho další výhodou spočívá v tom, že si sestra vystačí bez pomůcek, pokud nepočítáme fonendoskop. I když první fyzikální vyšetření provádí lékař,

další provádí sestra podle jeho pokynů. Využije svých smyslů k získání co největšího množství informací o tělesném stavu pacienta (11).

Právě proto je velmi důležité, aby si sestry toto vyšetření osvojily a braly ho jako běžnou součást ošetrovatelského procesu v péči o pacienta.

Práce se v teoretické části zabývá podrobným fyzikálním vyšetřením, neznamená to, že by sestry v České republice fyzikální vyšetření prováděly v tomto rozsahu, např. vyšetření per rektum, vyšetření reflexů pomocí neurologického kladívka, vyšetření srdce aj. do kompetencí sester v České republice nespádají. To ovšem neznamená, že by sestry neměly znát podrobný a správný postup fyzikálního vyšetření, ba naopak, vždyť již nyní, se studenti ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích učí v předmětu klinická propedeutika tomu, jak podrobné fyzikální vyšetření vypadá a jak ho správně provádět. Tyto dovednosti zároveň podporují větší samostatnost v práci sester, na kterou je kladen důraz v současné koncepci ošetrovatelství, která je schválena ministerstvem zdravotnictví. Je pravdou, že kompletní fyzikální vyšetření sestrou je poměrně novinkou v ošetrovatelské péči o pacienta a v současném českém zdravotnictví si ještě nenašlo své místo, nicméně je jen otázkou času, kdy se kompetence sester v České republice změní a ty ho budou provádět v celém svém rozsahu, tak jak je uvedeno v teoretické části práce a jak je tomu již běžné u sester v zahraničí. Sestry pak budou schopné získat co nejvíce informací o pacientovi, sledovat změny ve zdravotním stavu, správně tyto změny dokumentovat a včas a fundovaně o nich informovat lékaře (11, 21).

Během výzkumu jsme se zaměřili na kompetence sester v ČR a ty jsme pozorovali.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1 : Zjistit, zda sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta častěji, než sestry na chirurgických odděleních.

Cíl 2 : Zjistit, zda sestry na vybraných odděleních znají správný postup při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta.

### **2.2 Hypotézy**

Z cílů byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1 : Sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta častěji, než sestry na chirurgických odděleních.

Hypotéza 2 : Sestry na vybraných nemocničních odděleních neznají správný postup fyzikálního vyšetření klienta/pacienta.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika***

K výzkumu byla použita metoda dotazování technika dotazníku a metoda zúčastněného skrytého pozorování. Před zahájením výzkumu jsme si stanovili kritéria, která budeme pozorovat během fyzikálního vyšetření sestrou. Museli jsme též zohlednit kompetence sester v ČR, které jsou dány vyhláškou č.424/2004 Sb.

Tyto metody jsme zvolili proto, že pomocí dotazníků bylo možné postihnout poměrně velký výzkumný soubor a respondenti měli při jeho vyplňování pocit anonymity. Metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme ověřovali věrohodnost odpovědí, které sestry označily v dotazníku.

Dotazník pro sestry obsahoval 20 otázek, z toho 17 otázek uzavřených a 3 otázky polouzavřené. Účast na výzkumu byla dobrovolná, anonymita byla zachována.

Použitý dotazník uvádím v Příloze 1.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

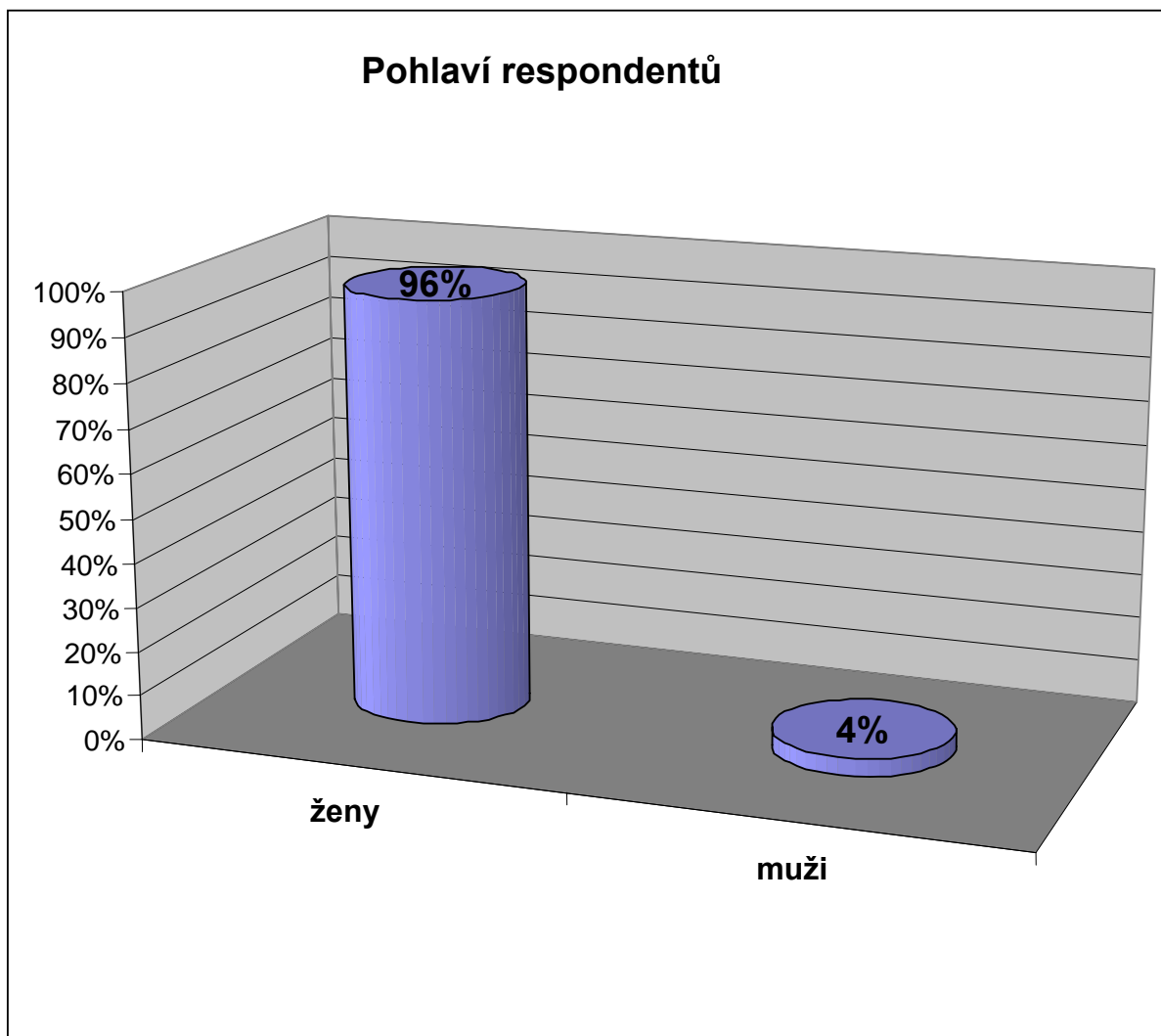
Výzkumný soubor tvořily sestry z chirurgických a interních oddělení. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Z toho 50 dotazníků bylo rozdáno na chirurgických odděleních Nemocnice České Budějovice a.s, z nichž se vrátilo 48 kompletně vyplněných dotazníků a 50 dotazníků bylo rozdáno na interních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s, z nichž se vrátilo 40 kompletně vyplněných dotazníků.

Metoda zúčastněného skrytého pozorování byla použita na chirurgických a interních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s., kde byly v první fázi výzkumu rozdány dotazníky.

## 4. Výsledky

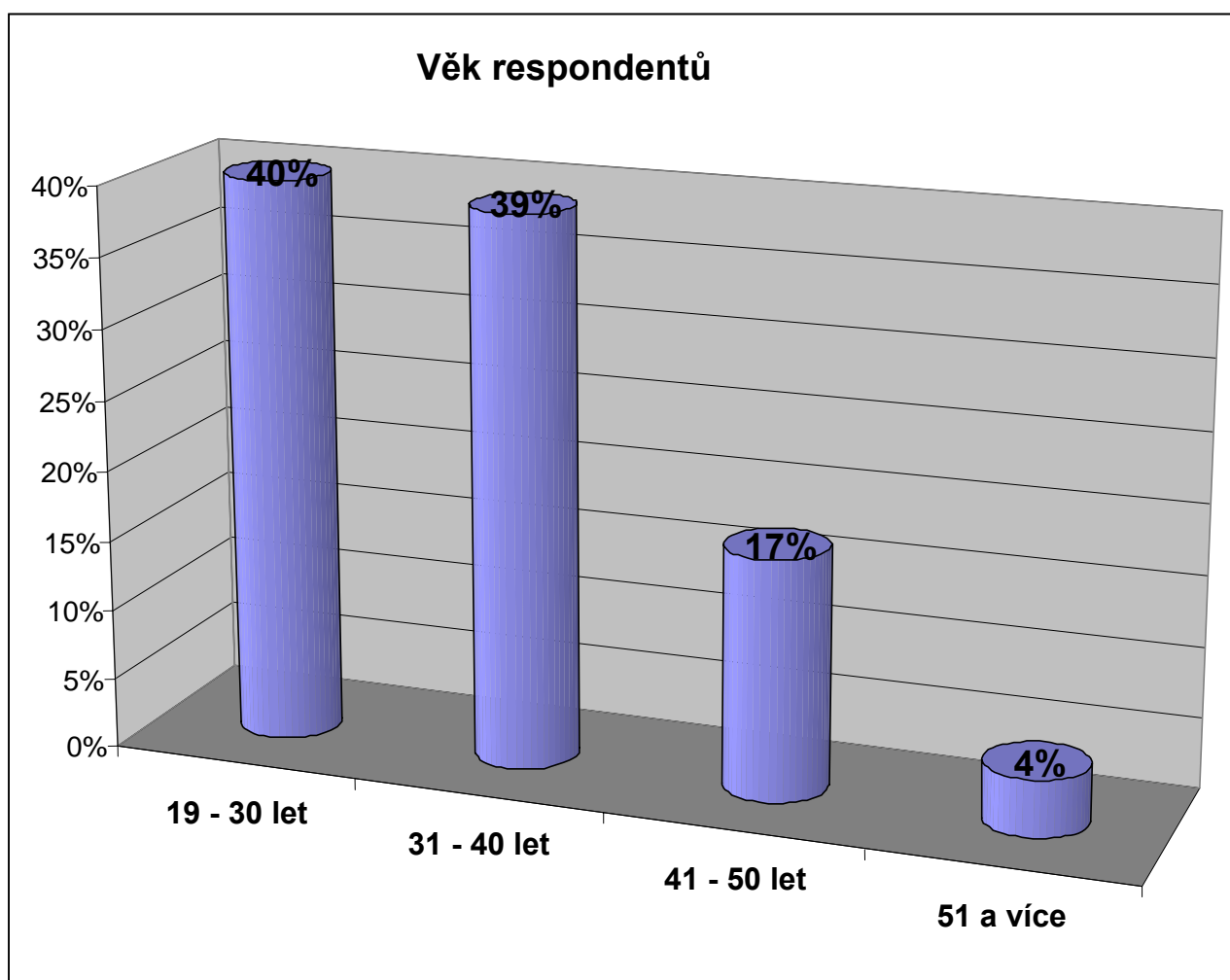
### 4.1 Dotazníková metoda

Graf 1 Pohlaví respondentů



Skupinu respondentů tvořilo 88 sester (100%), z toho 84 žen (96%) a 4 muži (4%).

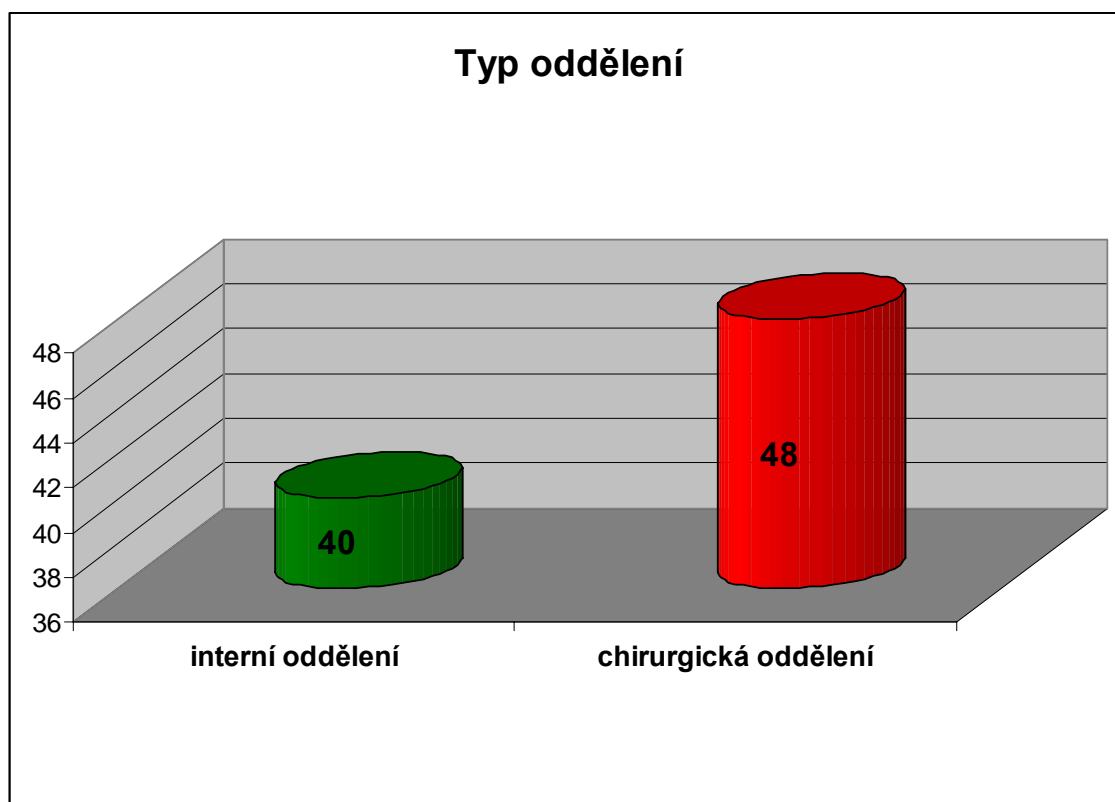
Graf 2 Věk respondentů



Z celkového počtu respondentů byla nejpočetněji zastoupena skupina 19 - 30 let a to 35 (40%) respondenty, následovala skupina 31 - 40 let s 34 ( 39 %) respondenty, ve skupině 41 - 50 let byla zastoupena 15 (17 %) respondenty. A skupina ve věku 51 a více byla zastoupena 4 (4 %) respondenty.

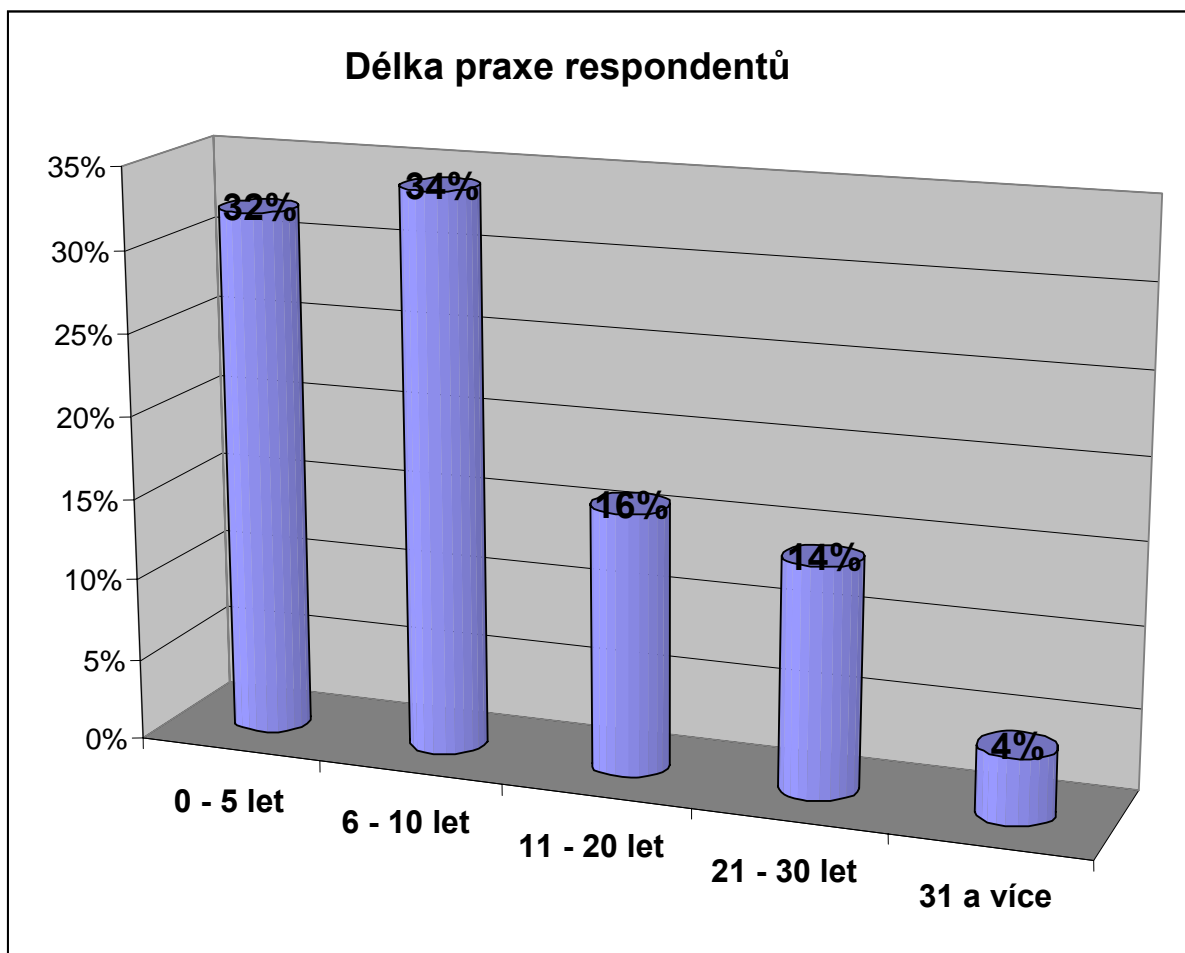


Graf 3 Typ oddělení



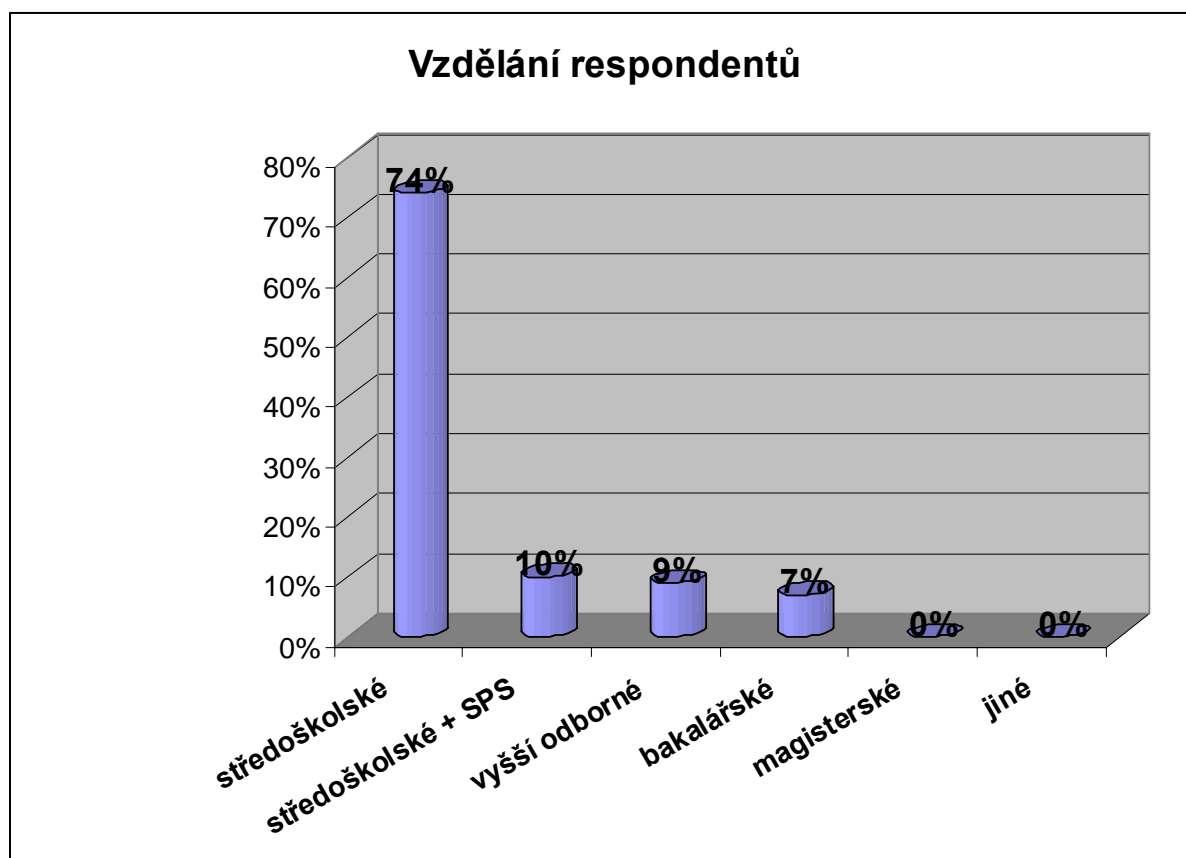
Z celkového počtu 88 (100%) respondentů, jich tvořilo 48 sester pracujících na chirurgických odděleních a 40 sester pracujících na interních odděleních (údaje uvádíme v reálných číslech).

Graf 4 Délka praxe respondentů



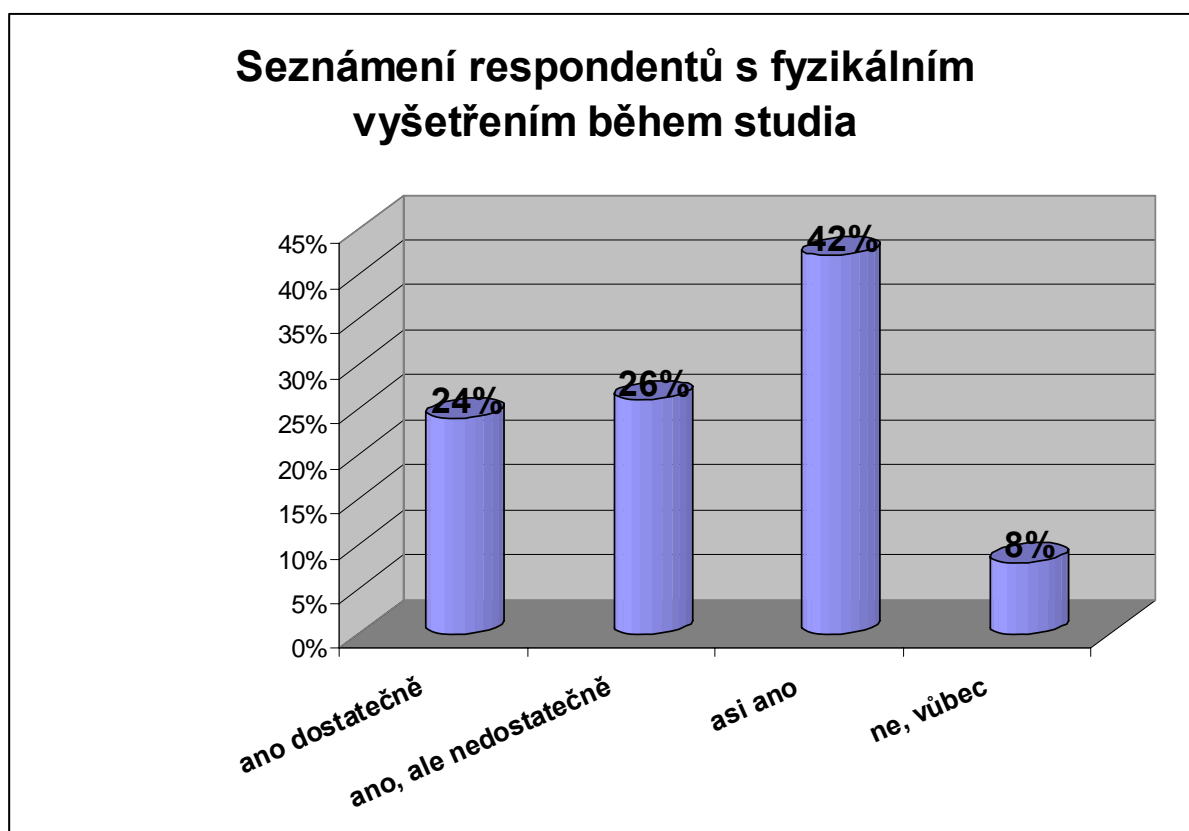
Z celkového počtu 88 (100 %) respondentů označilo délku své praxe v rozmezí 0 – 5 let 28 (32 %) dotazovaných, rozmezí 6 – 10 let označilo 30 (34 %) respondentů, 11 – 20 let označilo 14 (16 %) respondentů, 21 – 30 let označilo 12 (14 %) respondentů a rozmezí 31 a více let vyznačily 4 (4 %) dotazované sestry.

Graf 5 Vzdělání respondentů



Z celkového počtu 88 (100 %) respondentů, jich má 65 (74 %) středoškolské vzdělání, středoškolské + SPS vzdělání má 9 (10 %) respondentů, vyšší odborné vzdělání má 8 (9 %) respondentů, bakalářské studium absolvovalo 6 (7 %) sester, magisterské vzdělání neměla žádná sestra (0 %), též ve skupině jiné vzdělání nebyl zastoupen žádný respondent (0 %).

Graf 6 Seznámení respondentů s fyzikálním vyšetřením během studia



Na otázku jak se respondenti během studia seznámili s fyzikálním vyšetřením jich 21 (24%) odpovědělo ano, dostatečně, 23 (26%) odpovědělo ano, ale nedostatečně, 37 (42 %) respondentů odpovědělo asi ano a 7 (8 %) respondentů odpovědělo, že se během studia s fyzikálním vyšetřením nesetkalo vůbec.

Graf 7 Důležitost fyzikálního vyšetření v anamnéze u klienta/pacienta



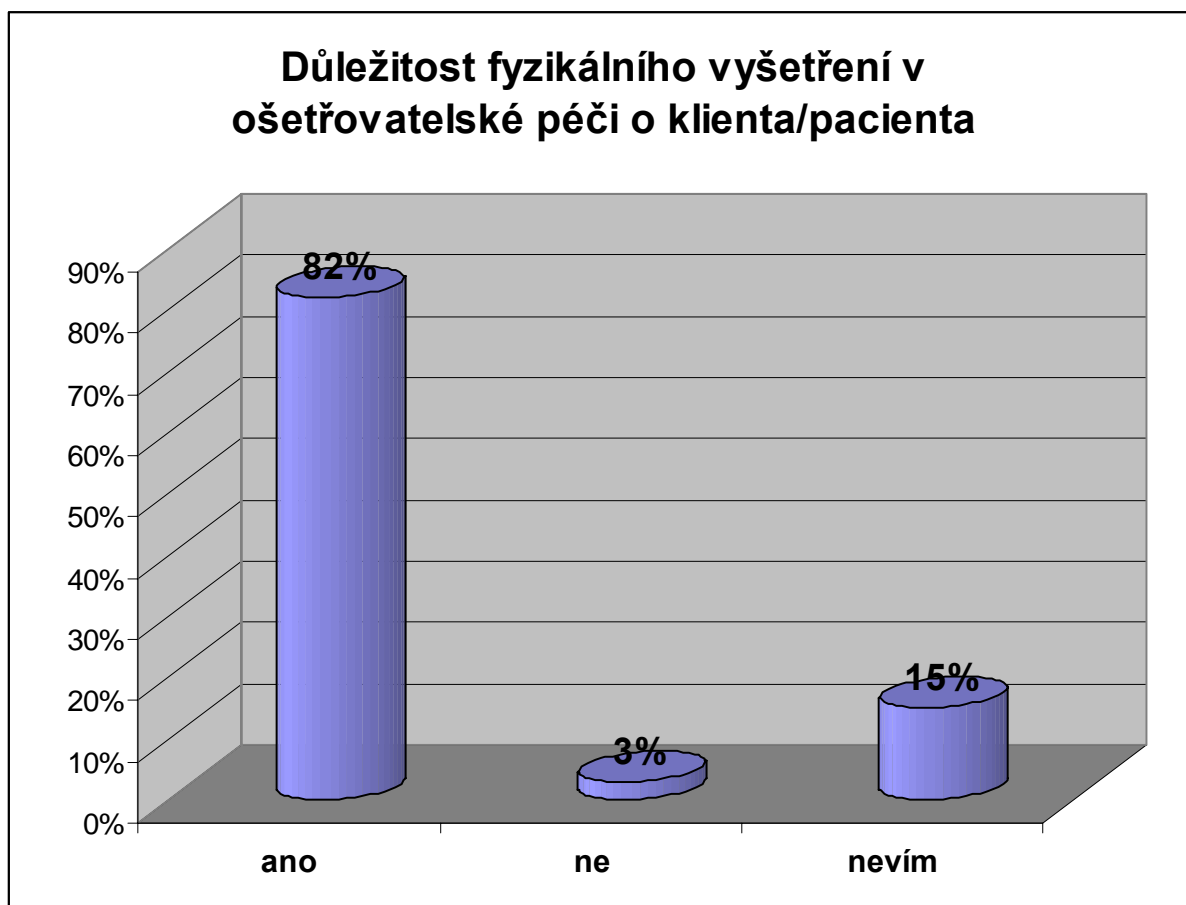
Na otázku, zda je fyzikální vyšetření důležité v anamnéze u klienta/pacienta odpovědělo 83 (94%) respondentů ano, ne odpovědělo (0 %) respondentů a nevím jich odpovědělo 5 (6 %).

Graf 8 Důležitost fyzikálního vyšetření v diagnostice u klienta/pacienta



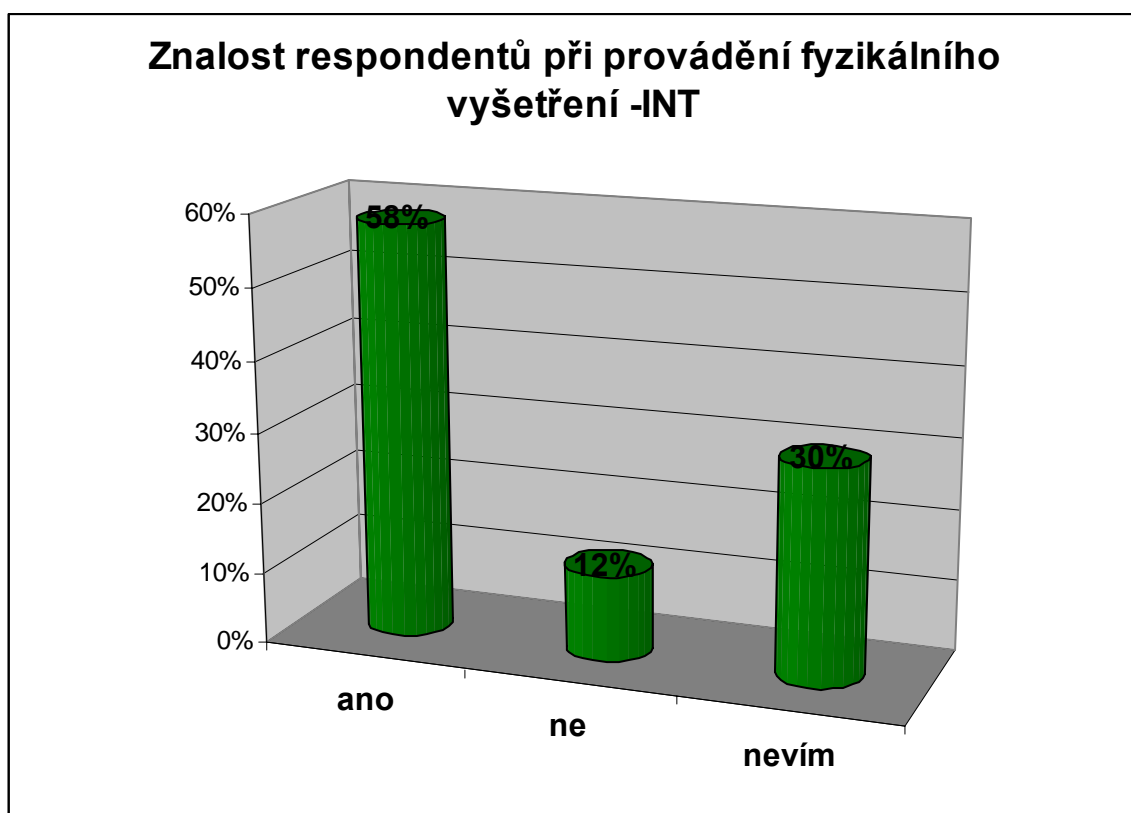
Na otázku, zda si respondenti myslí, že je fyzikální vyšetření důležité v diagnostice u klienta/pacienta jich 83 (97 %) odpovědělo ano, ne odpovědělo (0%) respondentů a odpověď nevím zvolilo 5 (3%) respondentů.

Graf 9 Důležitost fyzikálního vyšetření v ošetrovatelské péči o klienta/pacienta



Na otázku, zda je fyzikální vyšetření důležité v ošetrovatelské péči o klienta/pacienta zvolilo odpověď ano 72 (82 %) respondentů, odpověď ne zvolili 3 (3 %) respondenti a možnost nevím zvolilo 13 (15 %) respondentů.

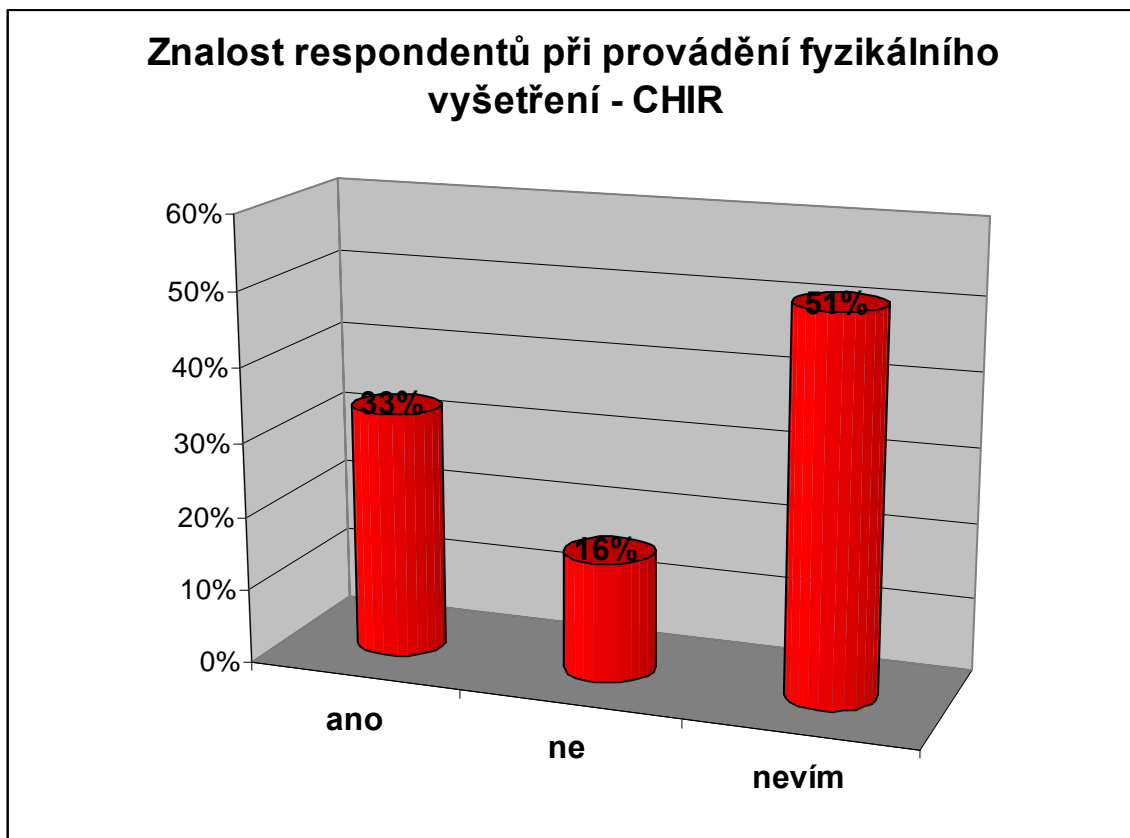
Graf 10a Znalost respondentů při provádění fyzikálního vyšetření – interní typy oddělení



Z celkového počtu 40 (100%) respondentů pracujících na interních oddělení jich na otázku, zda znají správný postup při provádění fyzikálního vyšetření 23 (58%) odpovědělo ano, při čemž nejčastější odpověď na tuto otázku, jak se provádí na oddělení, kde pracují je pozorování a rozhovor a následuje odpověď pozorování a informace získané z dokumentace pacienta. Odpověď ne si zvolilo 5 (12%) respondentů a možnost nevím označilo 12 (30%) respondentů.

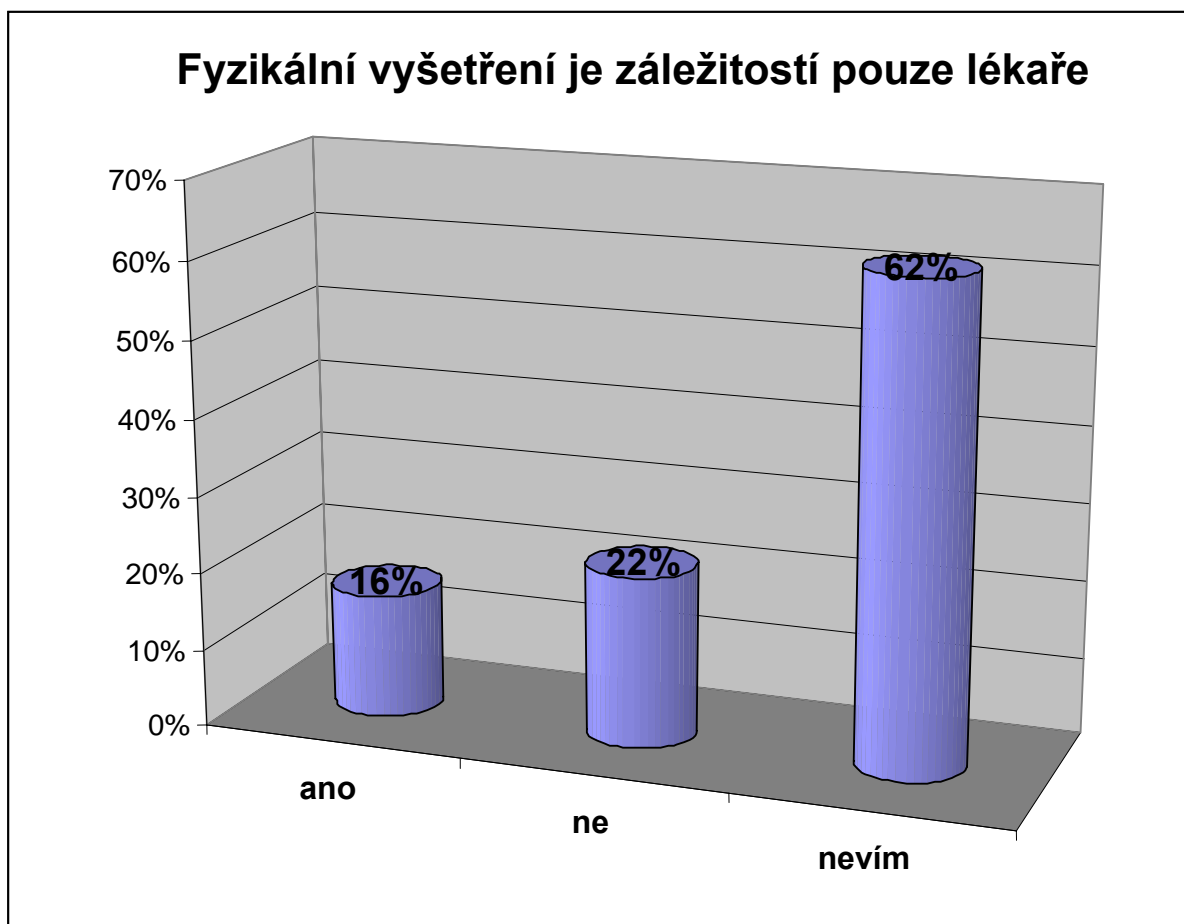


Graf 10b Znalost respondentů při provádění fyzikálního vyšetření – chirurgické typy oddělení



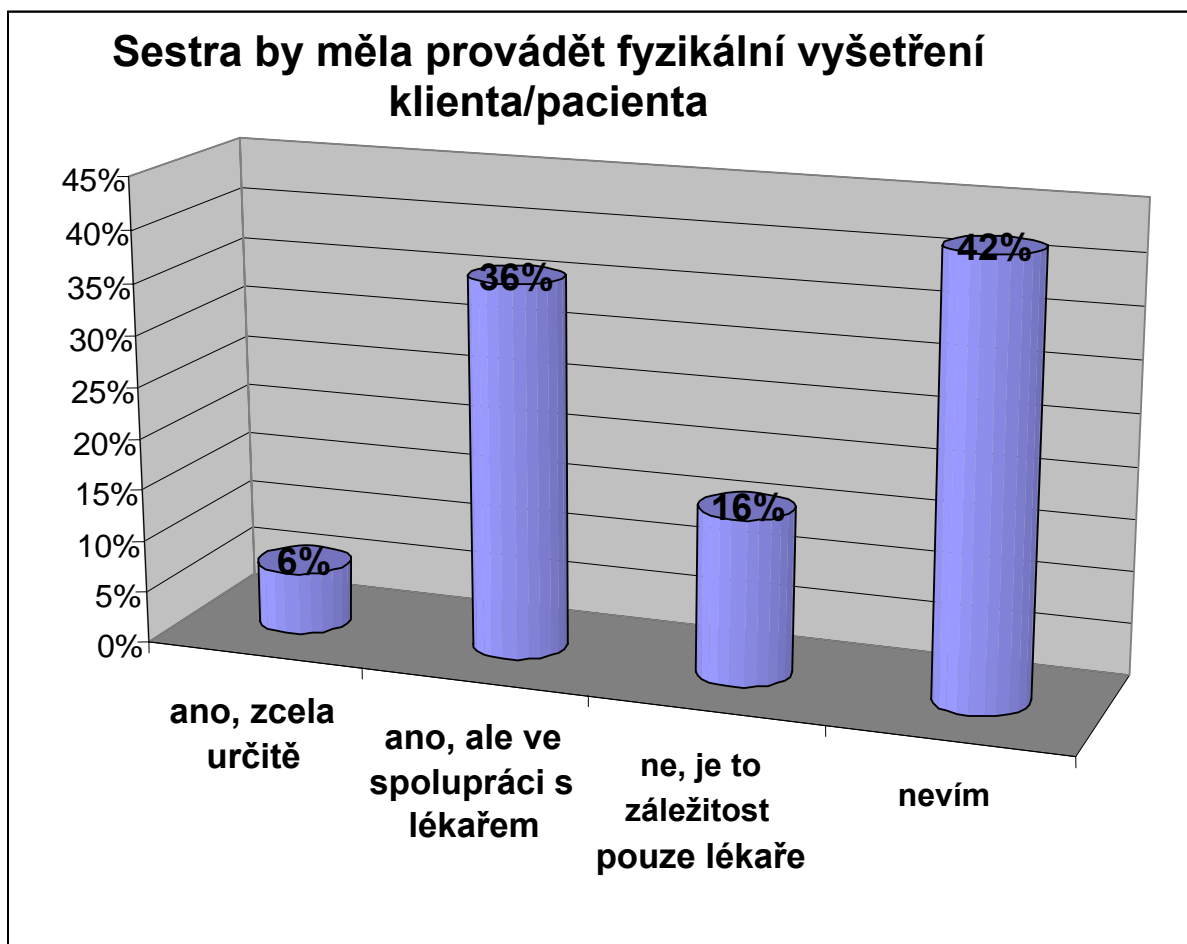
Z celkového počtu 48 (100%) respondentů pracujících na chirurgických odděleních jich na otázku, zda znají správný postup při provádění fyzikálního vyšetření 16 (33%) odpovědělo ano, při čemž nejčastější odpověď na tuto otázku, jak se provádí na oddělení, kde pracují je pozorování a rozhovor a následuje odpověď pozorování a informace získané z dokumentace pacienta. Odpověď ne si zvolilo 8 (16%) respondentů a možnost nevím označilo 24 (51%) respondentů.

Graf 11 Fyzikální vyšetření je záležitostí pouze lékaře



Z celkového počtu 88 (100 %) respondentů na otázku, zda je fyzikální vyšetření záležitostí pouze lékaře odpovědělo 14 (16 %) ano, 19 (22 %) zvolilo možnost ne a odpověď nevím zvolilo 55 (62 %) respondentů.

Graf 12 Sestra by měla provádět fyzikální vyšetření klienta/pacienta



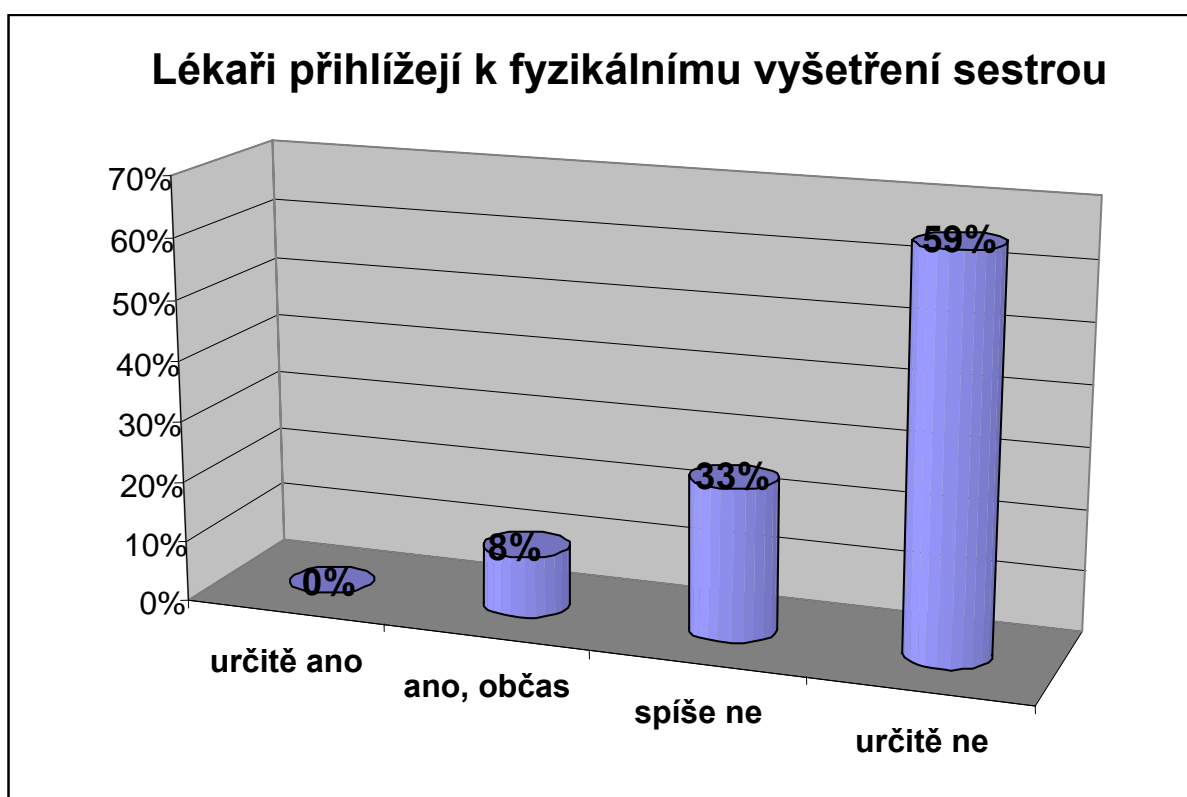
Na otázku, zda by sestra měla provádět fyzikální vyšetření klienta/pacienta odpovědělo 5 (6 %) respondentů ano, zcela určitě, 32 (36 %) odpovědělo ano, ale ve spolupráci s lékařem, 14 (16 %) zvolilo možnost ne, je to záležitost pouze lékaře a možnost nevím zvolilo 37 (42 %) respondentů.

Graf 13 Lékaři akceptují fyzikální vyšetření sestrou



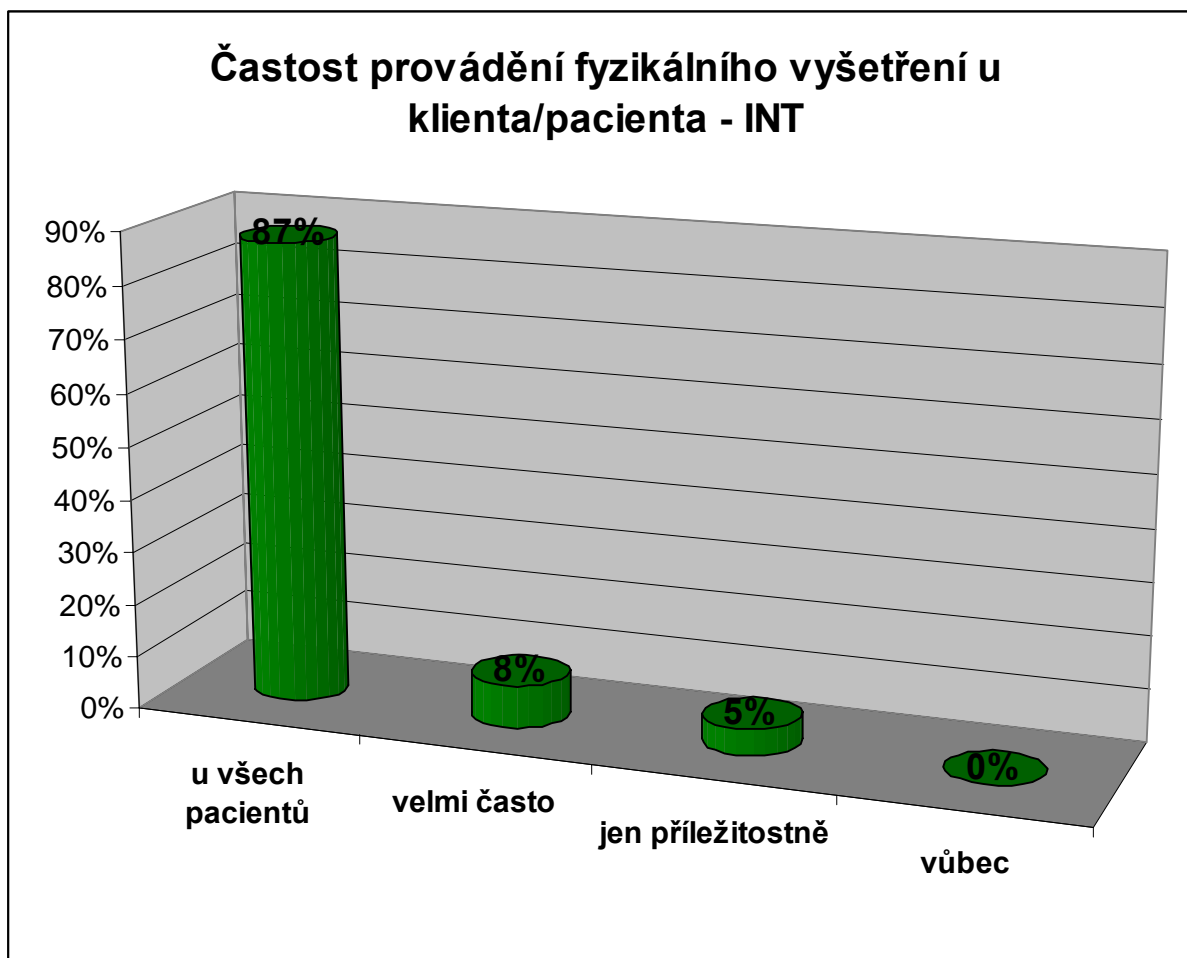
Na otázku, zda lékaři akceptují fyzikální vyšetření sestrou zvolilo (0 %) dotázaných možnost ano, 5 (5 %) dotázaných zvolilo možnost ano, ale záleží na lékaři, 49 (56 %) respondentů si zvolilo možnost ne, neakceptují a možnost nevím označilo 34 (39 %) dotázaných.

Graf 14 Lékaři přihlížejí k fyzikálnímu vyšetření sestrou



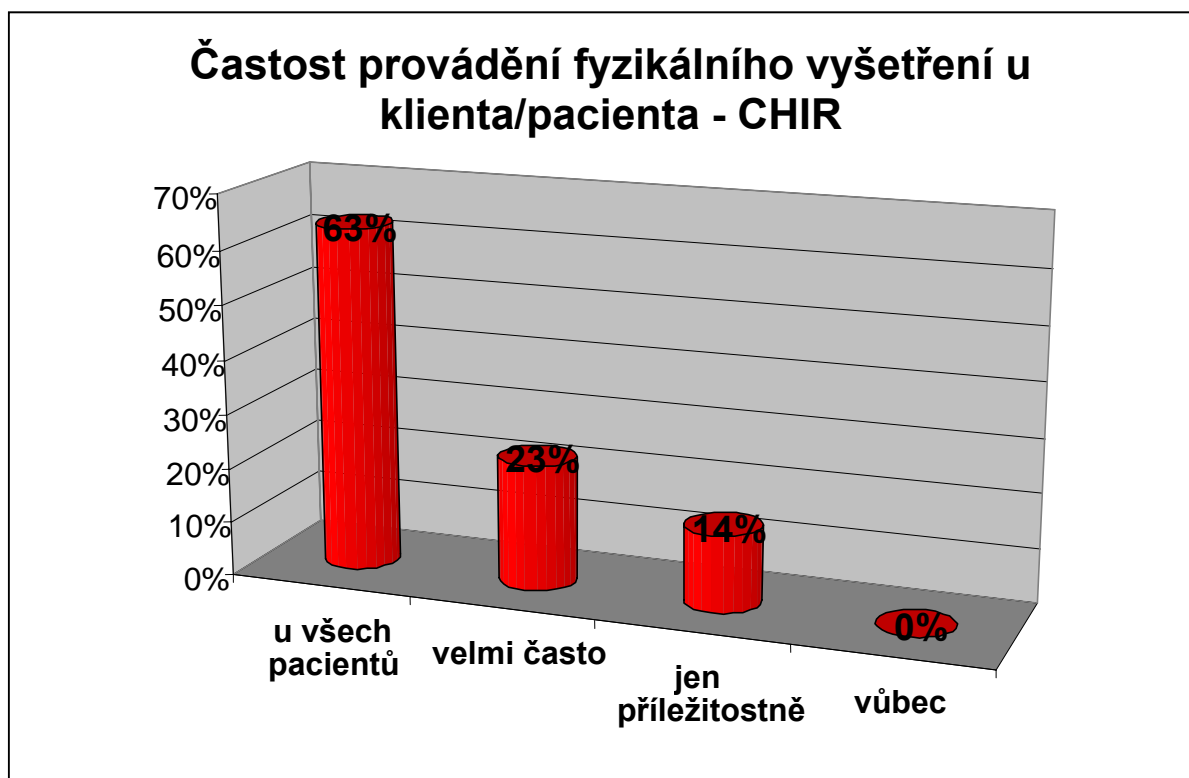
Z celkového počtu 88 (100%) respondentů na otázku, zda lékaři přihlížejí k fyzikálnímu vyšetření sestrou odpovědělo (0 %) dotázaných určitě ano, 7 (8 %) dotázaných označilo možnost ano, občas, 29 (33 %) dotázaných si zvolilo odpověď spíše ne a 52 (59 %) označilo možnost určitě ne.

Graf 15a Častost provádění fyzikálního vyšetření u klienta/pacienta na interních odděleních



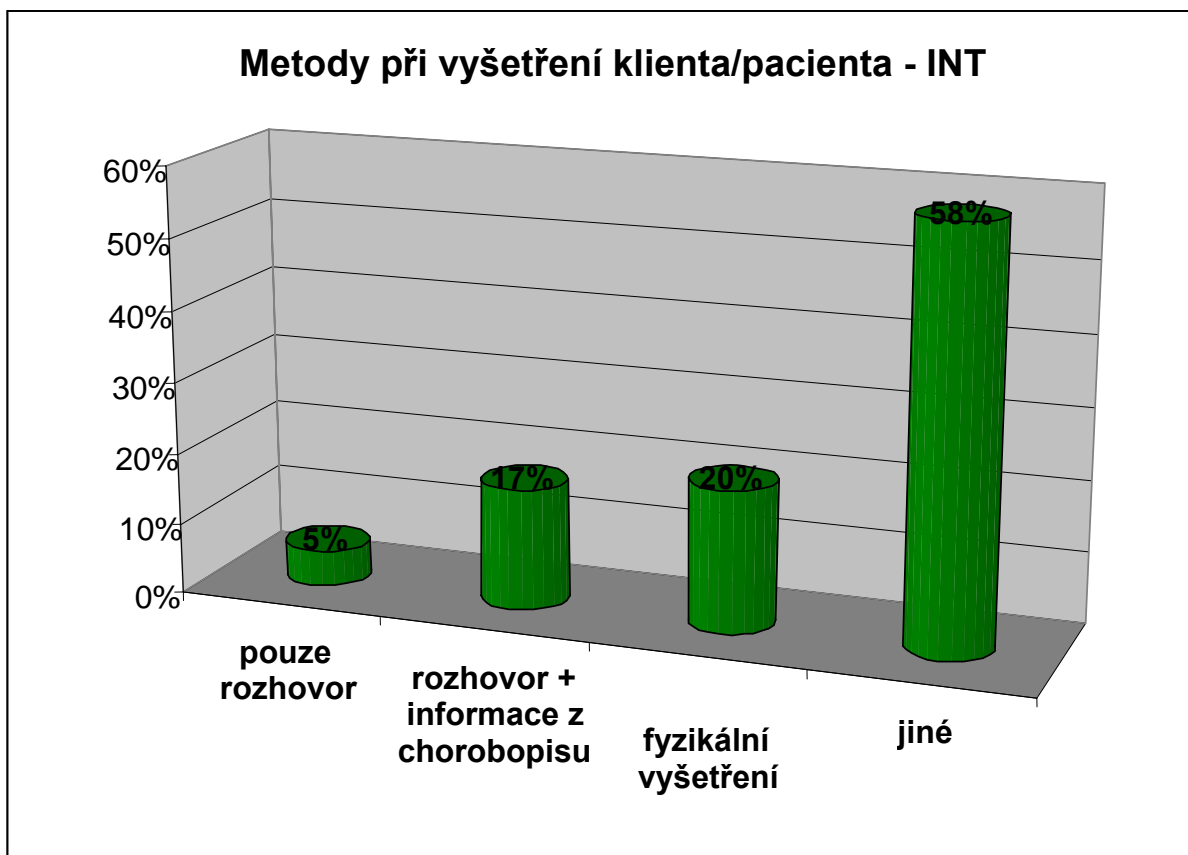
Z celkového počtu 40 respondentů (100%) pracujících na interních odděleních jich na otázku, jak často provádíte fyzikální vyšetření zvolilo možnost u všech pacientů 35 (87 %) respondentů, 3 (8 %) dotazovaní si zvolili možnost velmi často, odpověď jen příležitostně označili 2 (5 %) respondenti a možnost vůbec si nezvolil žádný respondent.

Graf 15b Častost provádění fyzikálního vyšetření u klienta/pacienta na chirurgických odděleních



Z celkového počtu 48 respondentů (100%) pracujících na chirurgických odděleních jich na otázku, jak často provádíte fyzikální vyšetření zvolilo možnost u všech pacientů 30 (63 %) respondentů, 11 (23 %) respondentů si zvolilo možnost velmi často, odpověď jen příležitostně označilo 7 (14 %) respondentů a možnost vůbec si nezmobil žádný respondent.

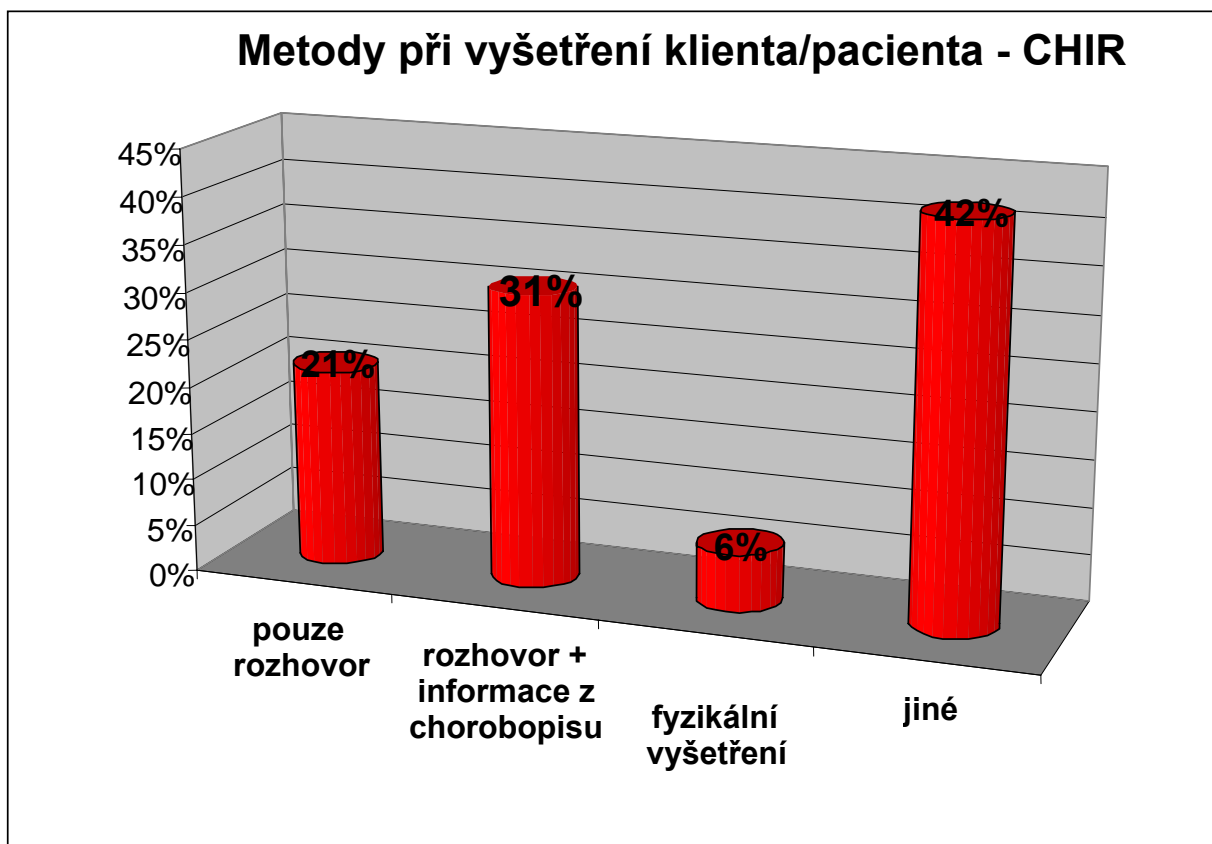
Graf 16a Metody při vyšetření klienta/pacienta na interních odděleních



Z celkového počtu 40 (100%) respondentů pracujících na interních odděleních, opověděli na otázku, jaké metody při vyšetření klienta/pacienta používají 2 (5%) pouze rozhovor, 7 (17%) zvolilo možnost rozhovor a informace z chorobopisu, možnost fyzikální vyšetření si zvolilo 8 (20%) respondentů a 23 (58 %) respondentů zvolilo možnost jiné, přičemž sestry u této odpovědi vypsaly jako nejčastější používané metody pohled + rozhovor a následoval rozhovor + pohled + pohmat.

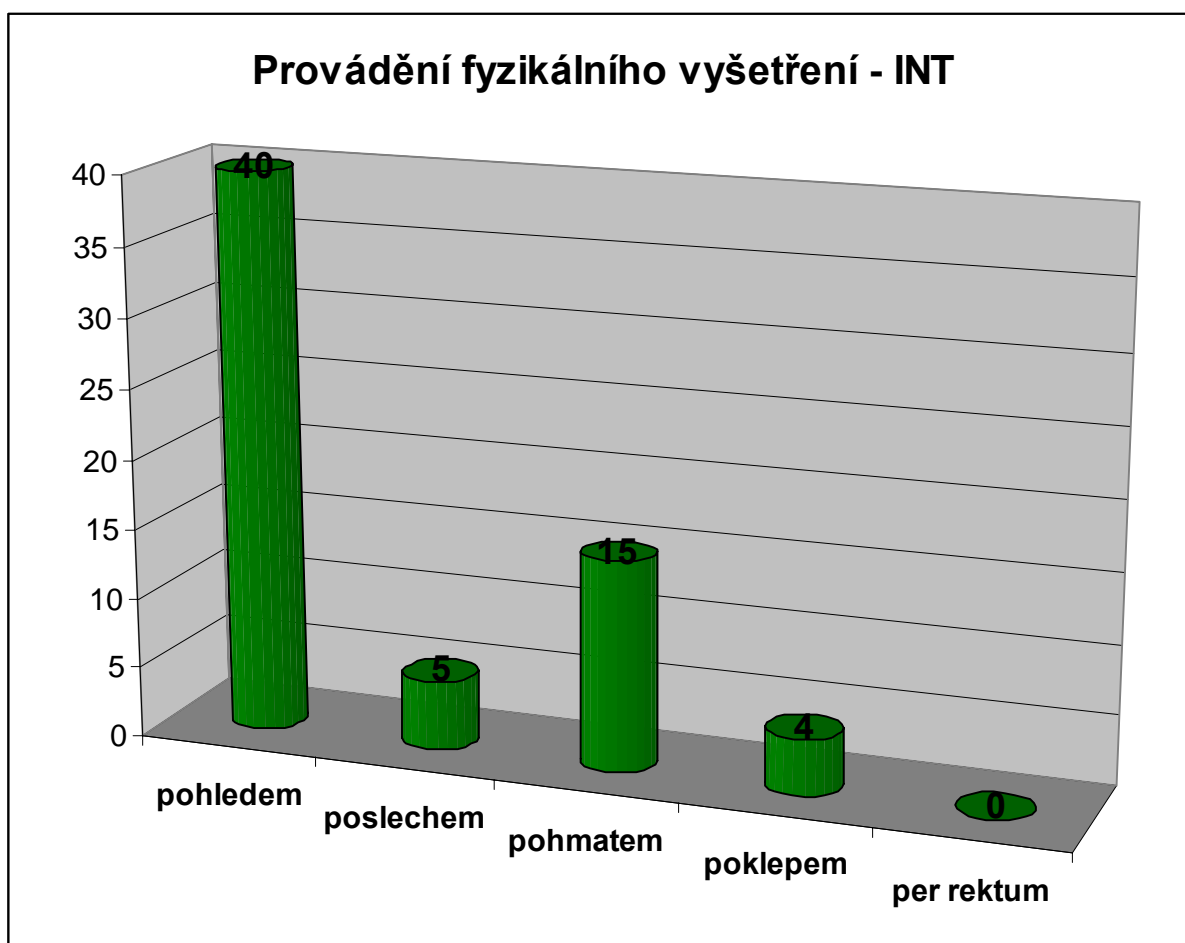


Graf 16b Metody při vyšetření klienta/pacienta na chirurgických odděleních



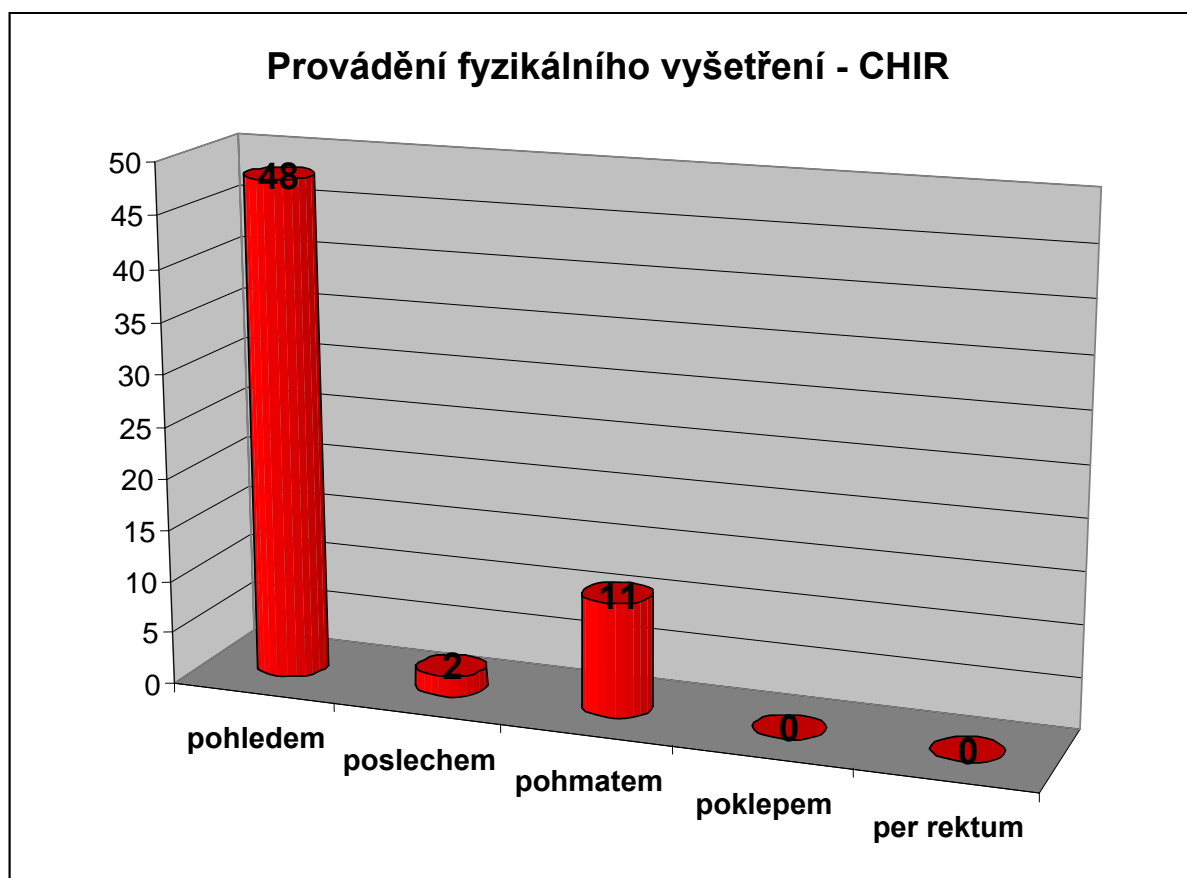
Z celkového počtu 48 (100%) respondentů pracujících na chirurgických odděleních, opovědělo na otázku, jaké metody při vyšetření klienta/pacienta používají 10 (21%) pouze rozhovor, 15 (31%) zvolilo možnost rozhovor a informace z chorobopisu, možnost fyzikální vyšetření si zvolili 3 (6%) respondenti a 20 (42 %) respondentů zvolilo možnost jiné, přičemž sestry u této odpovědi vypsaly jako nejčastější používané metody pohled + rozhovor a následoval rozhovor + pohled + pohmat, tyto odpovědi se shodují s odpověďmi sester z interních oddělení.

Graf 17a Provádění fyzikálního vyšetření na interních odděleních



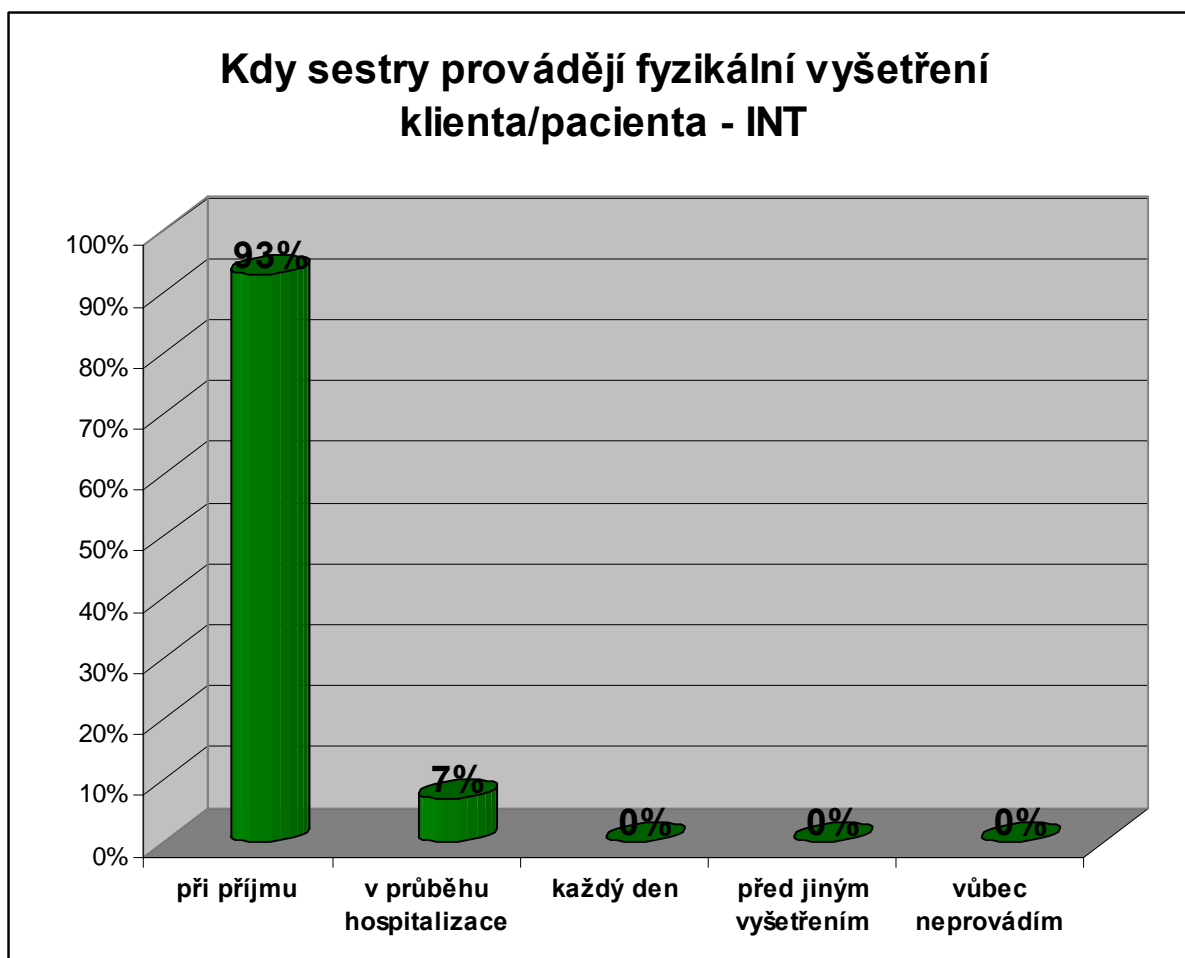
Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů pracujících na interních odděleních jich na otázku, jakým způsobem provádějí fyzikální vyšetření u klienta/pacienta (zde si respondenti mohli zvolit více možných odpovědí), zvolilo možnost pohledem 40, poslechem 5, pohmatem 15, poklepem 4 a možnost per rektum si zvolilo 0 respondentů.

Graf 17b Provádění fyzikálního vyšetření na chirurgických odděleních



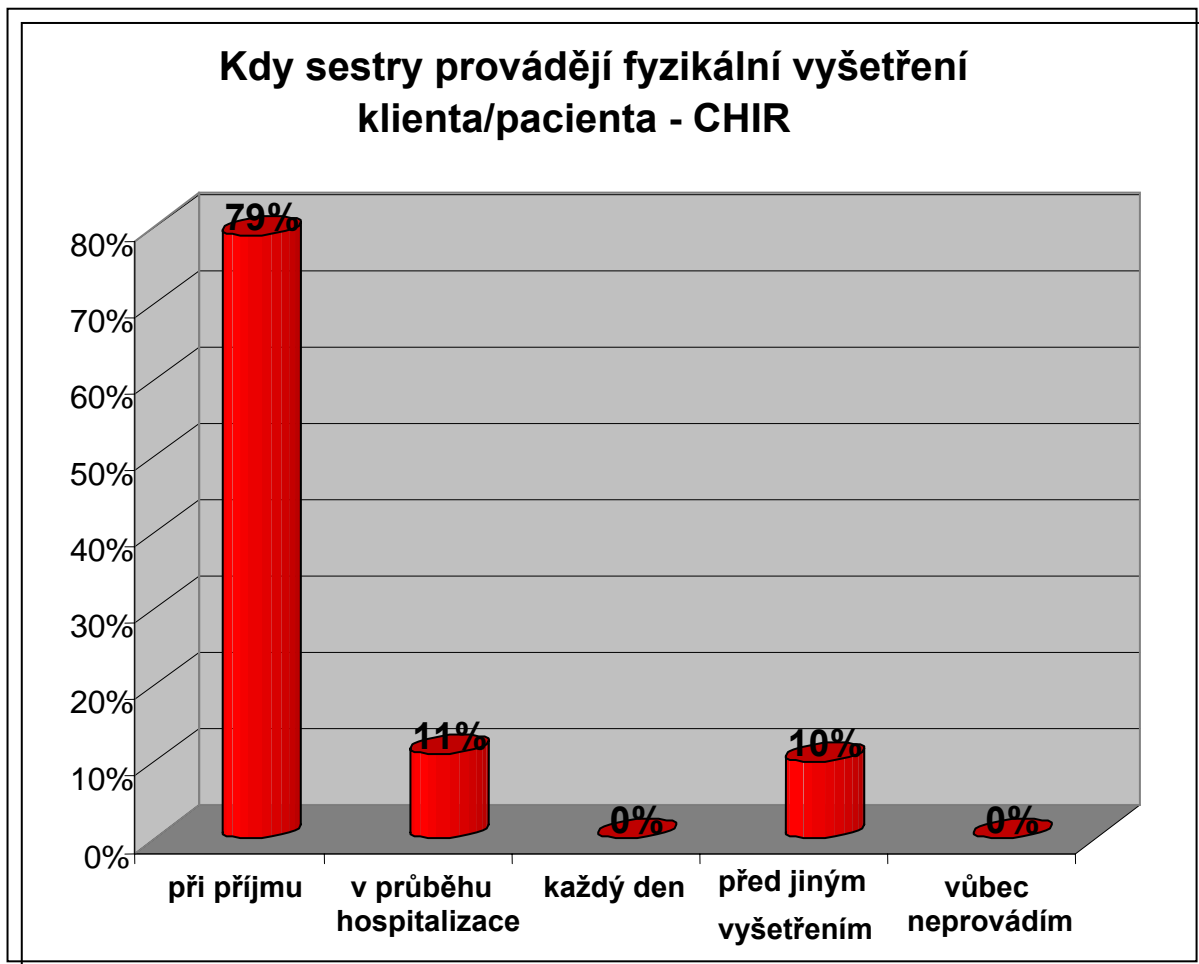
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na chirurgických odděleních jich na otázku jakým způsobem provádějí fyzikální vyšetření u klienta/pacienta (zde si respondenti mohli zvolit více možných odpovědí), zvolilo možnost pohledem 48, poslechem 2, pohmatem 11 a možnost poklepem a per rektum si zvolilo 0 respondentů.

Graf 18a Kdy sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta na interních odděleních



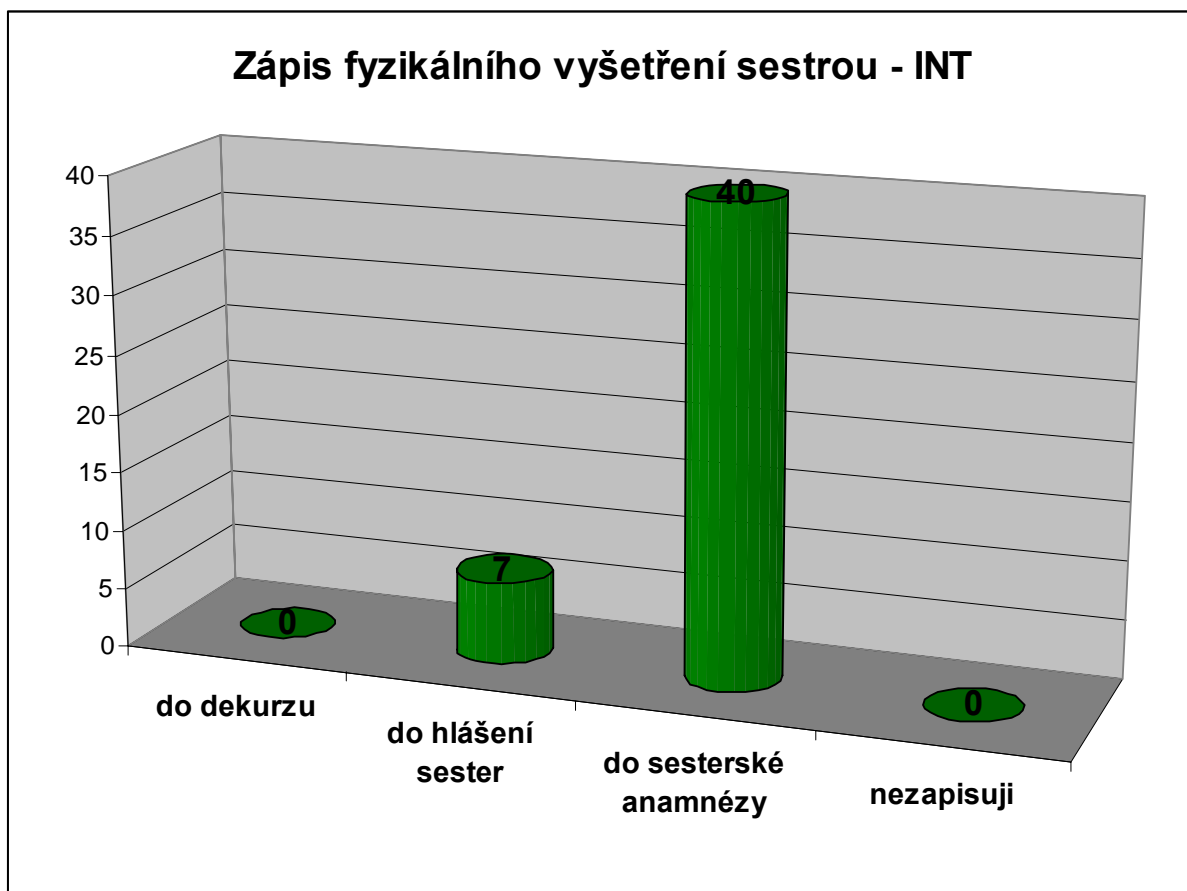
Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů pracujících na interních odděleních jich na otázku, kdy provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta 37 (93 %) zvolilo možnost při příjmu, 3 (7 %) označili možnost v průběhu hospitalizace, možnosti každý den, před jiným vyšetřením, terapií, ... a možnost vůbec neprovádím označilo (0 %) respondentů.

Graf 18b Kdy sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta na chirurgických odděleních



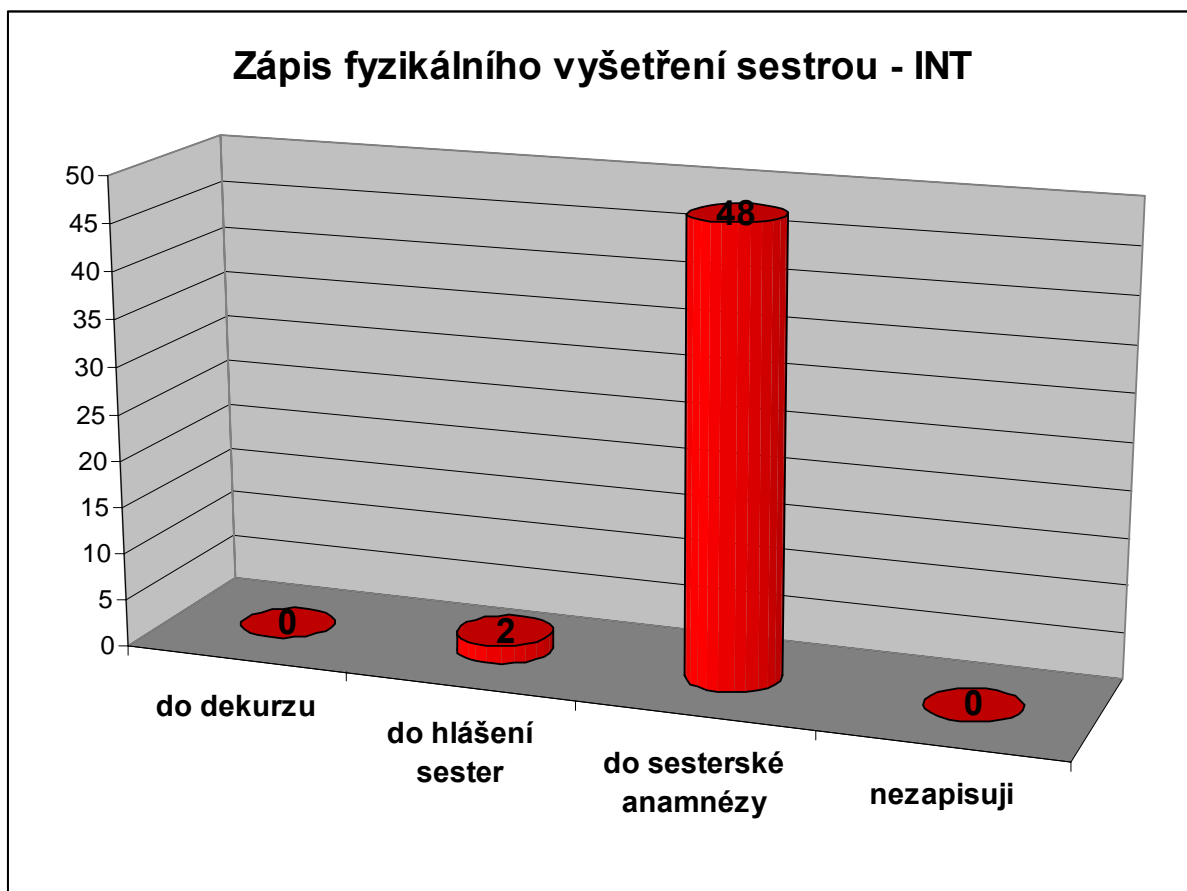
Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na chirurgických odděleních jich na otázku, kdy provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta 38 (79 %) zvolilo možnost při příjmu, 5 (11 %) označilo možnost v průběhu hospitalizace, možnost každý den označilo (0%) respondentů, možnost před jiným vyšetřením, terapií, ... si zvolilo 5 (10%) a možnost vůbec neprovádím označilo (0 %) respondentů.

Graf 19a Zapisování fyzikálního vyšetření sestrou na interních odděleních



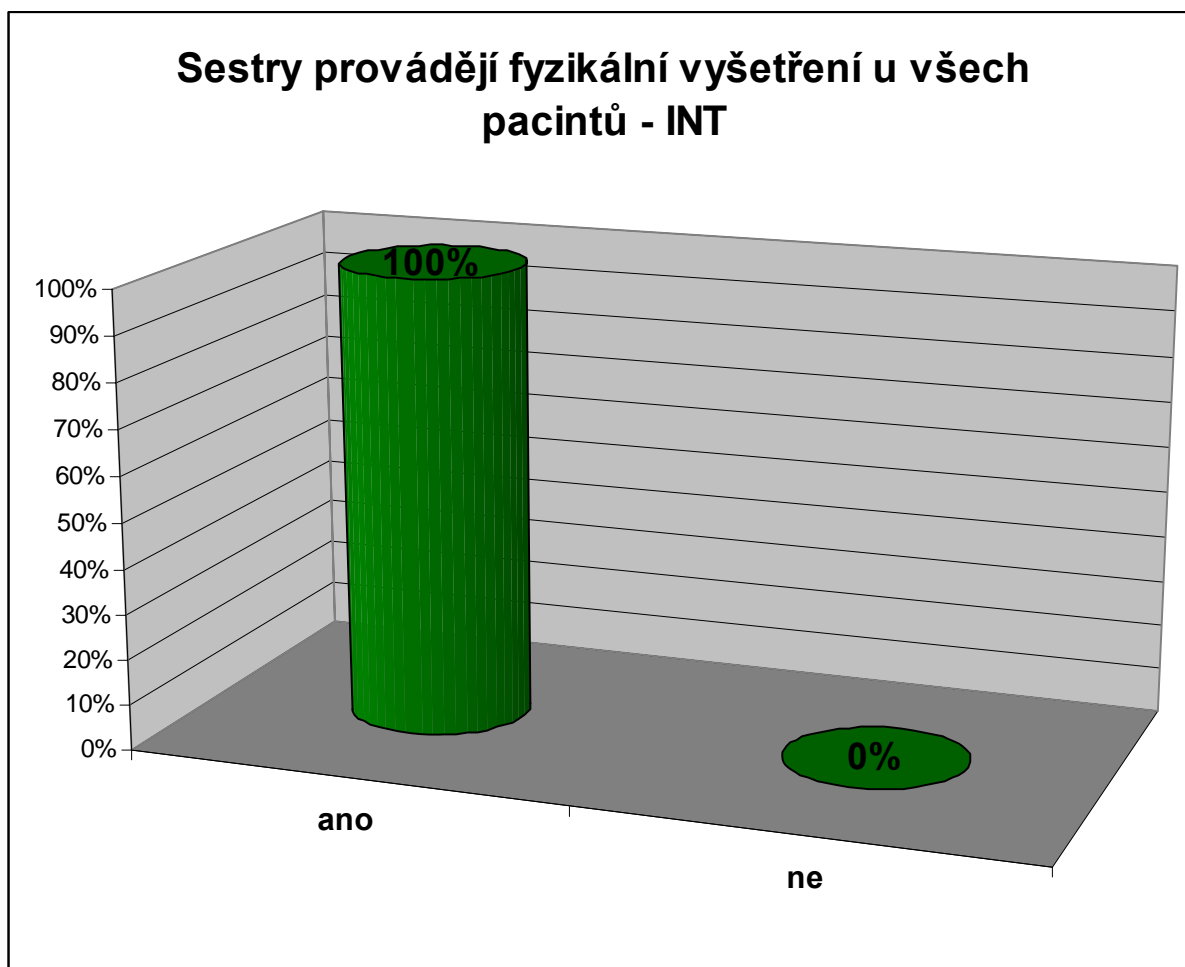
Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů pracujících na interních odděleních jich na otázku, jakým způsobem zapisují fyzikální vyšetření klienta/pacienta (zde si respondenti opět mohli zvolit více možných odpovědí), zvolilo možnost do dekurzu 0 respondentů, do hlášení sester 7 respondentů, do sesterské anamnézy 40 respondentů a možnost nezapisuji si zvolilo 0 respondentů.

Graf 19b Zázpis fyzikálního vyšetření sestrou na chirurgických odděleních



Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů pracujících na chirurgických odděleních jich na otázku, jakým způsobem zapisují fyzikální vyšetření klienta/pacienta (zde si respondenti opět mohli zvolit více možných odpovědí), zvolilo možnost do dekurzu 0 respondentů, do hlášení sester 2 respondenti, do sesterské anamnézy 48 respondentů a možnost nezapisuji si zvolilo 0 respondentů.

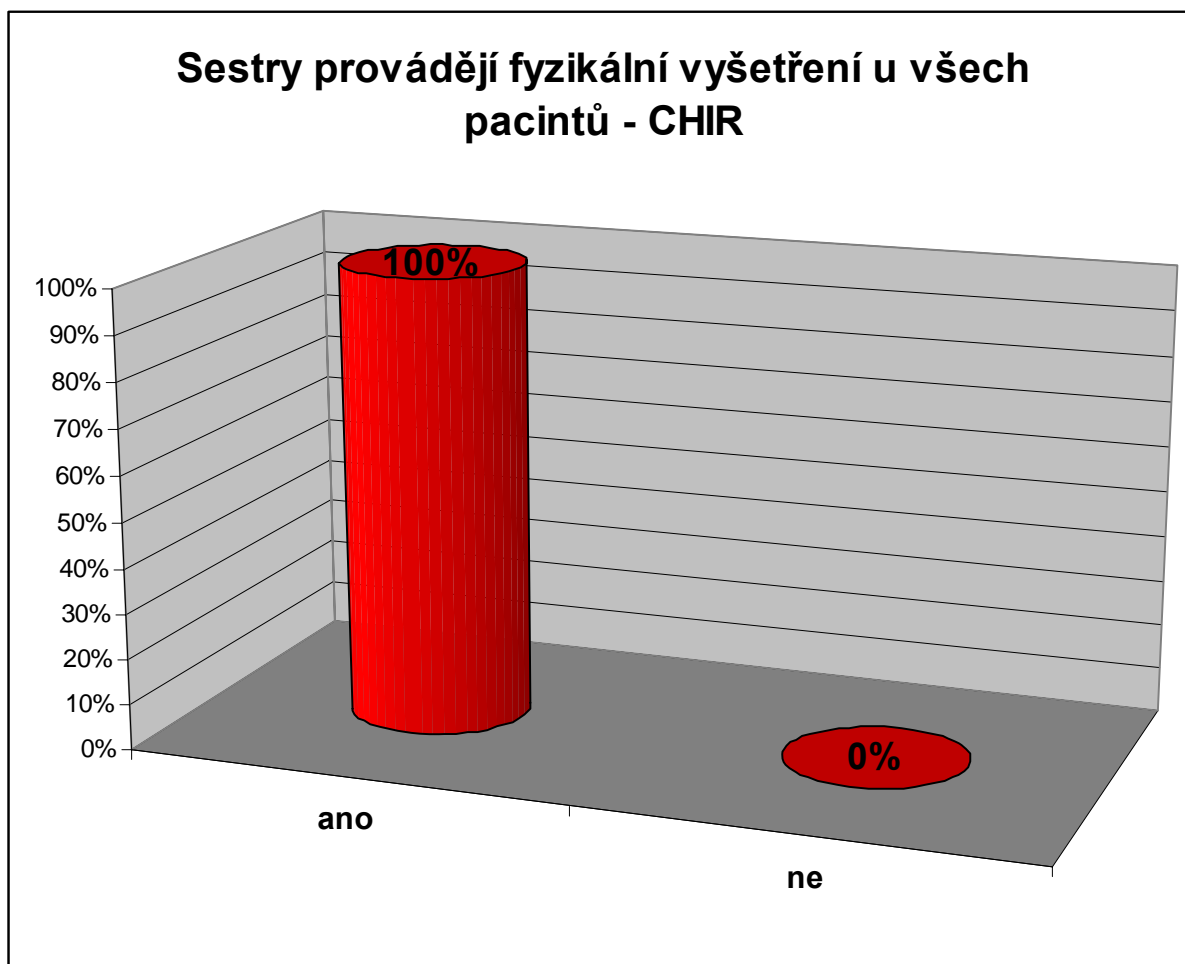
Graf 20a Sestry provádějí fyzikální vyšetření u všech pacientů na interních odděleních



Na otázku, zda sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření u všech pacientů se jich 40 (100%) odpovědělo ano a (0 %) odpovědělo ne.



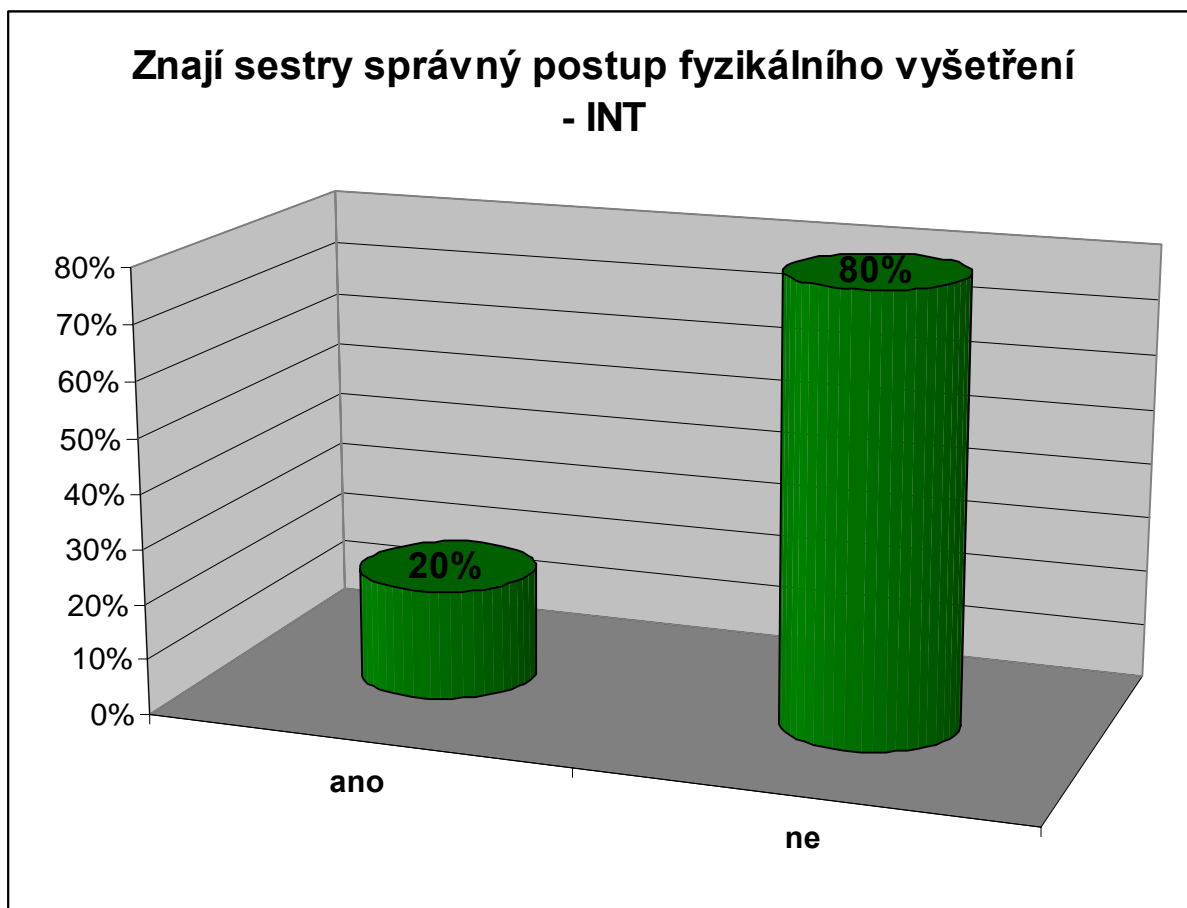
Graf 20b Sestry provádějí fyzikální vyšetření u všech pacientů na chirurgických odděleních



Na otázku, zda sestry na chirurgických odděleních provádějí fyzikální vyšetření u všech pacientů jich 48 (100%) odpovědělo ano a (0 %) odpovědělo ne.

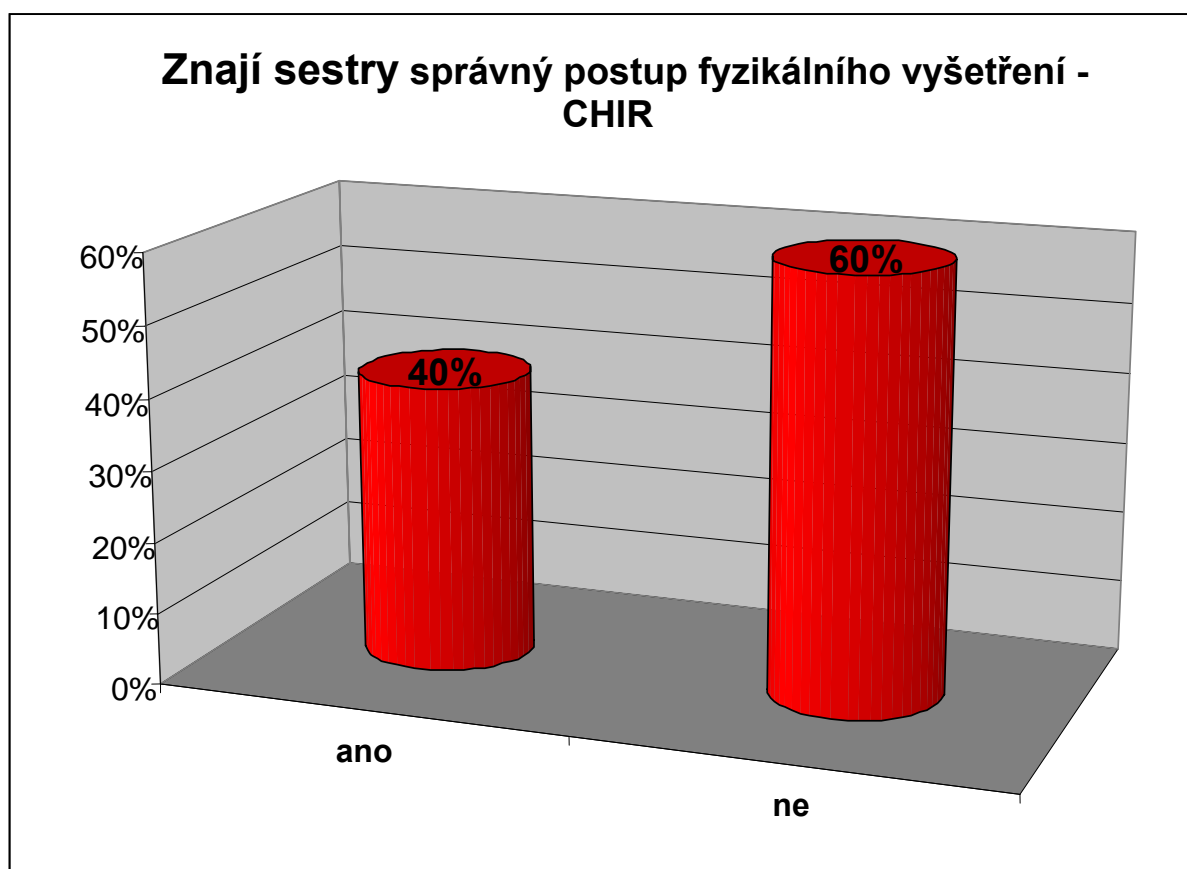
#### 4.2 Zúčastněné skryté pozorování

Graf 21a Znají sestry správný postup fyzikálního vyšetření – interní oddělení



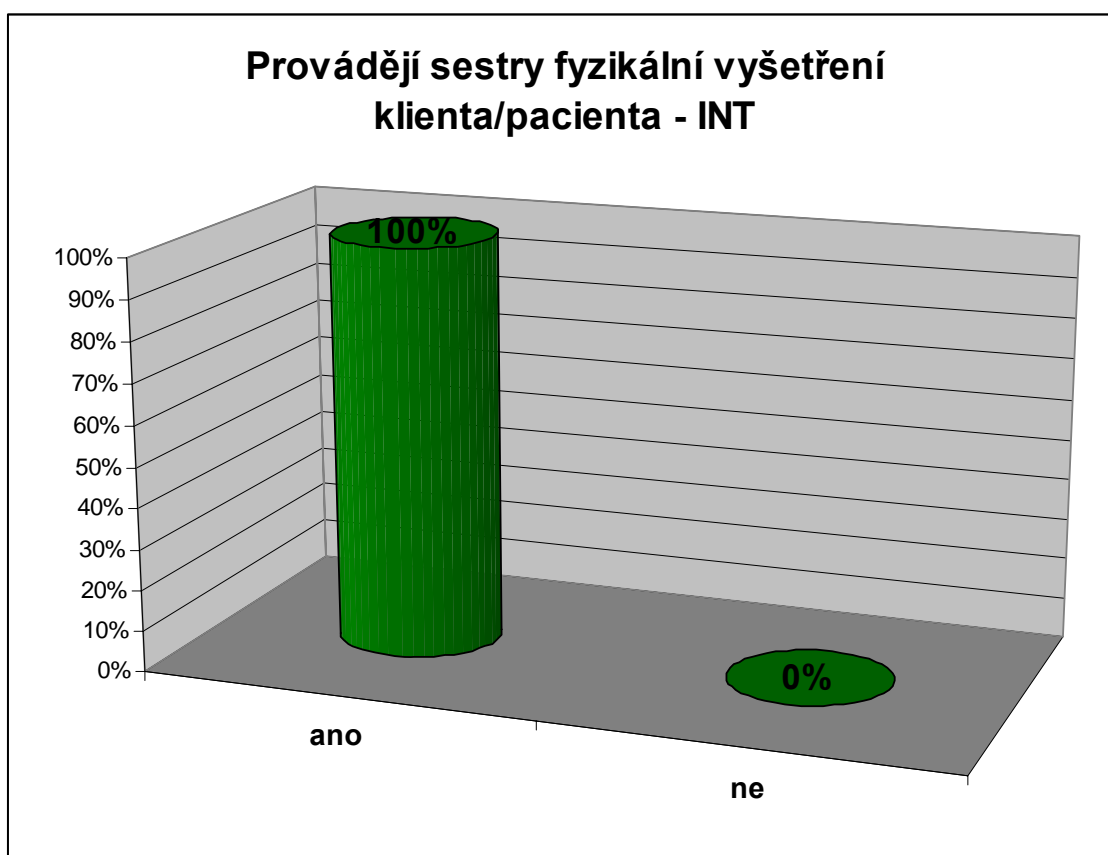
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich 8 (80%) nezná správný postup fyzikálního vyšetření a pouhé 2 (20%) sestry správný postup znají.

Graf 21b Znají sestry správný postup fyzikálního vyšetření – chirurgické typy oddělení



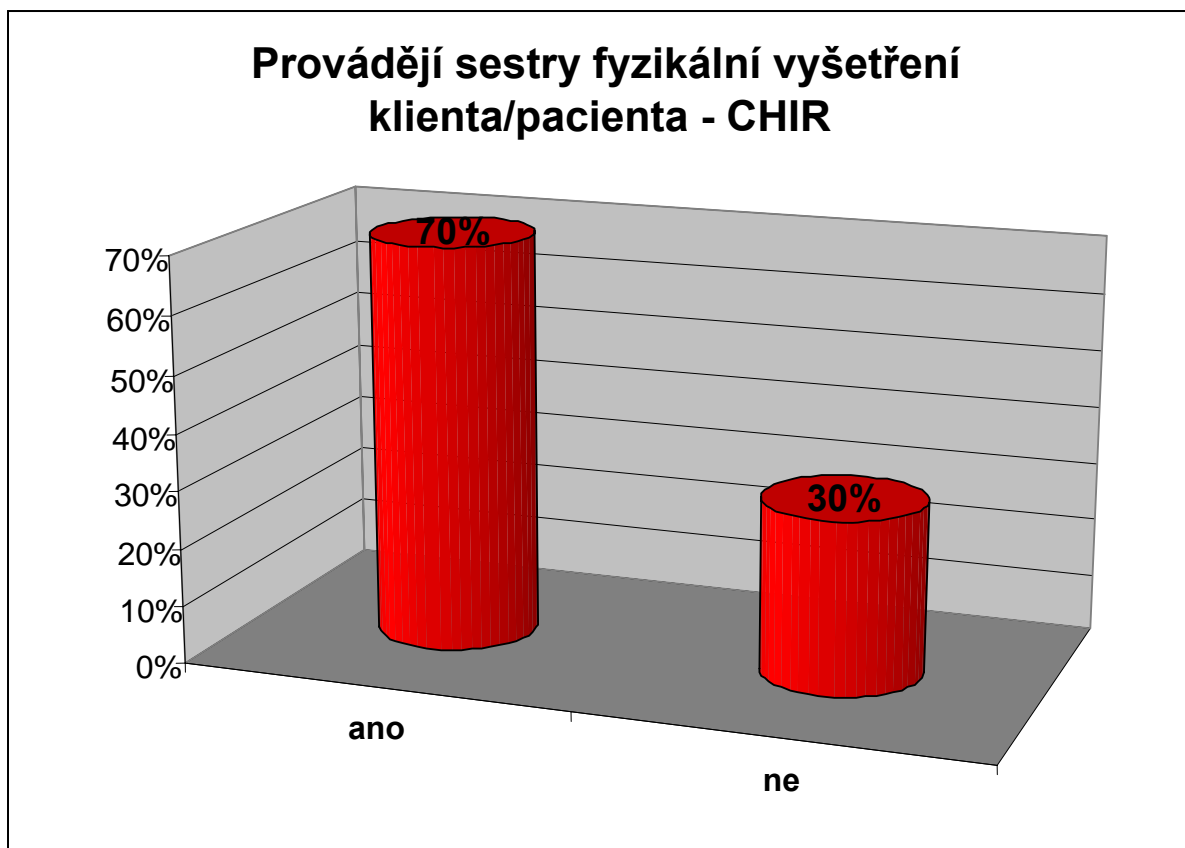
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich 6 (60%) nezná správný postup fyzikálního vyšetření a 4 (40%) sestry správný postup znají.

Graf 22a Provádějí sestry fyzikální vyšetření klienta/pacienta – interní typy oddělení



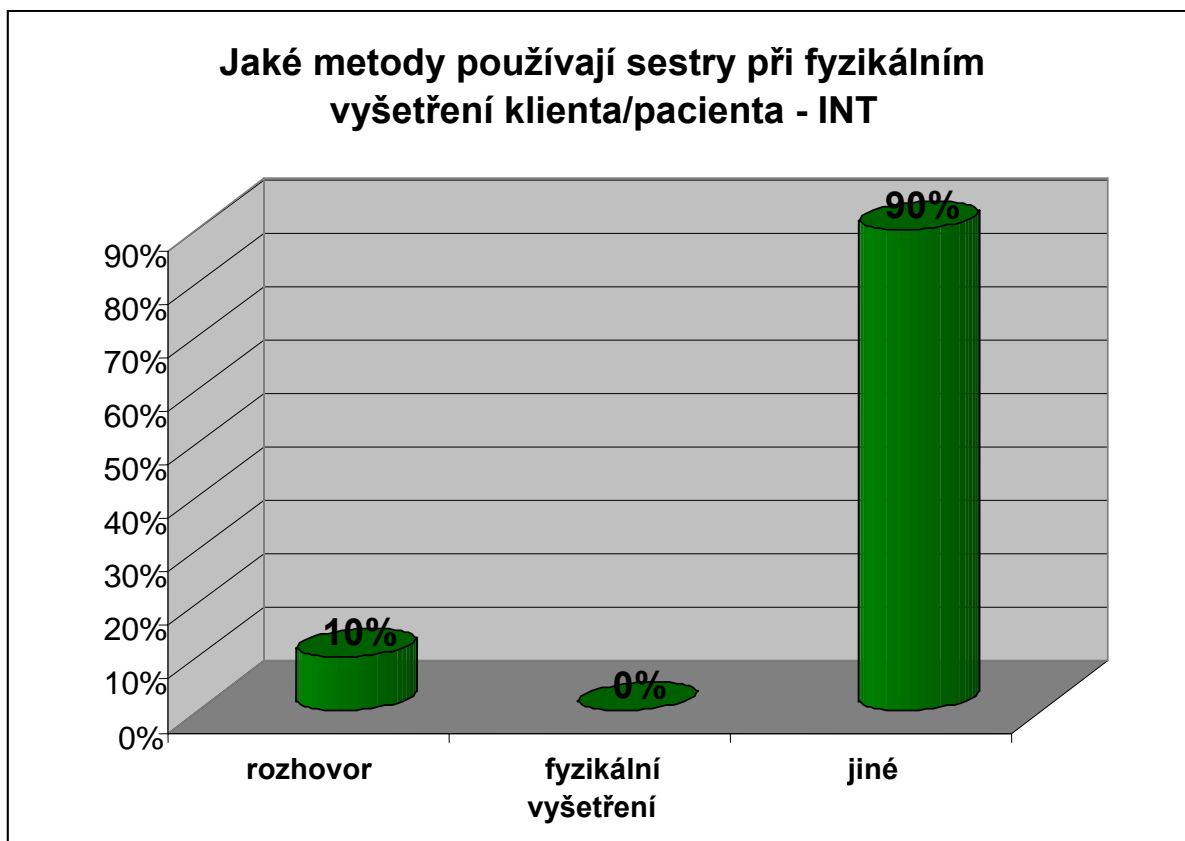
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich všech 10 (100%) provádí fyzikálního vyšetření klienta/pacienta.

Graf 22b Provádějí sestry fyzikální vyšetření klienta/pacienta – chirurgické typy oddělení



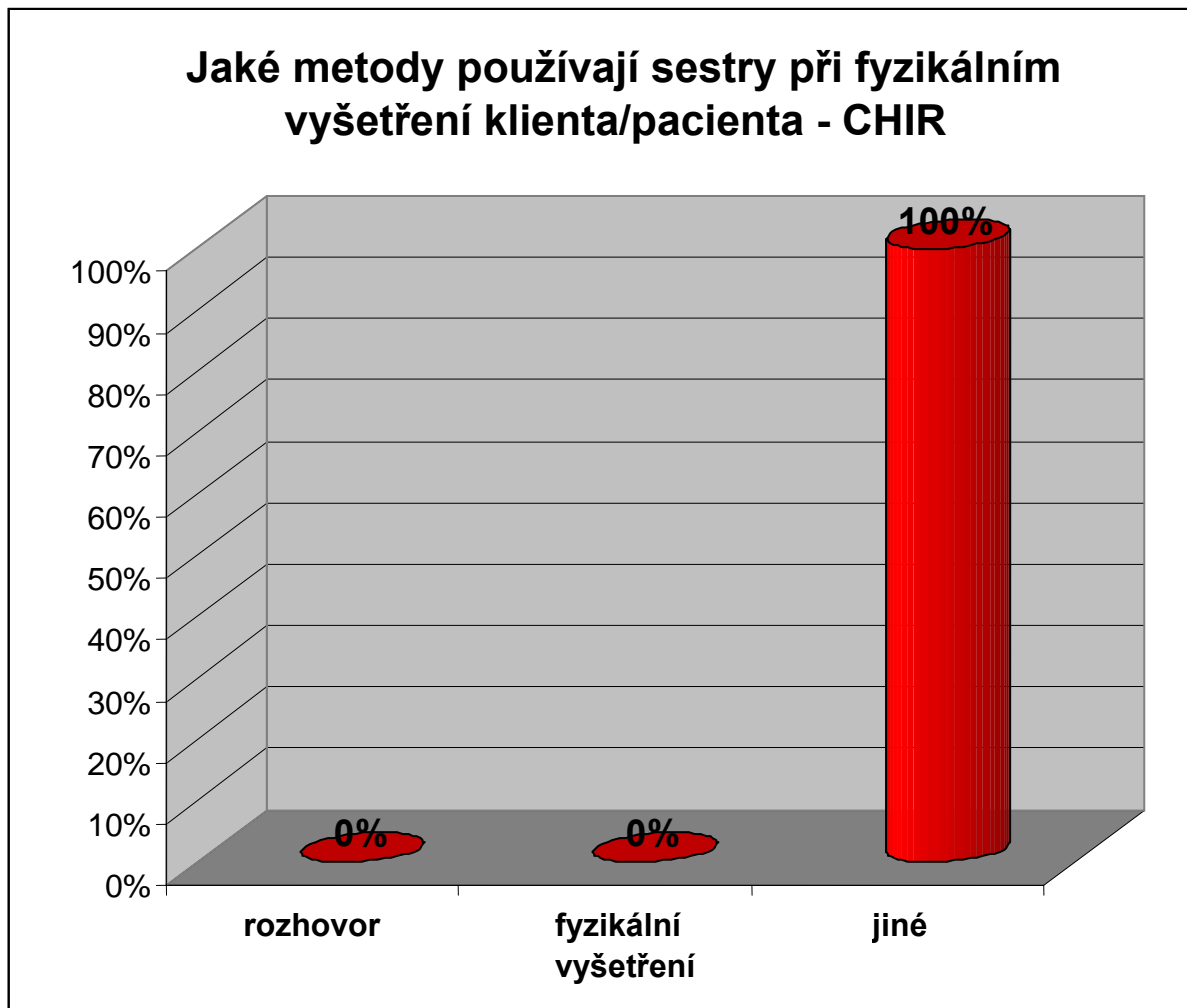
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich 7 (70%) provádí fyzikálního vyšetření klienta/pacienta a 3 (30%) sestry fyzikální vyšetření klienta/pacienta neprovedly.

Graf 23a Jaké metody používají sestry při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta – interní typy oddělení



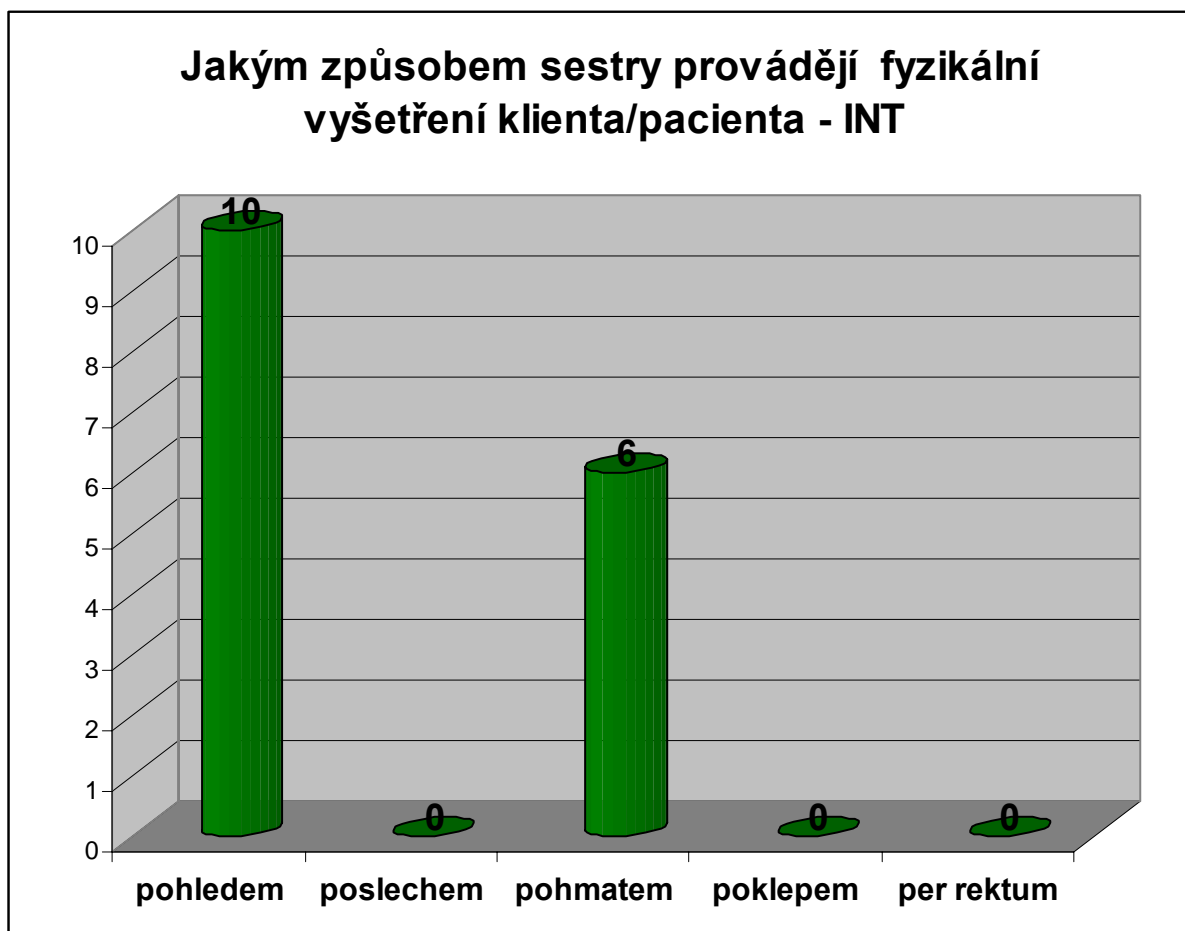
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, použila metodu rozhovoru při fyzikálním vyšetření 1 (10%) sestra, fyzikální vyšetření nepoužila žádná z pozorovaných sester (0%) a jiné metody – pohled + rozhovor použila většina tj. 9 (90%) sester.

Graf 23b Jaké metody používají sestry při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta – chirurgické typy oddělení



Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 7 (100%) sester, které provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta nepoužila metodu rozhovoru při fyzikálním vyšetření žádná sestra (0%), fyzikální vyšetření též nepoužila žádná z pozorovaných sester (0%) a jiné metody – pohled + rozhovor použilo 7 (100%) sester.

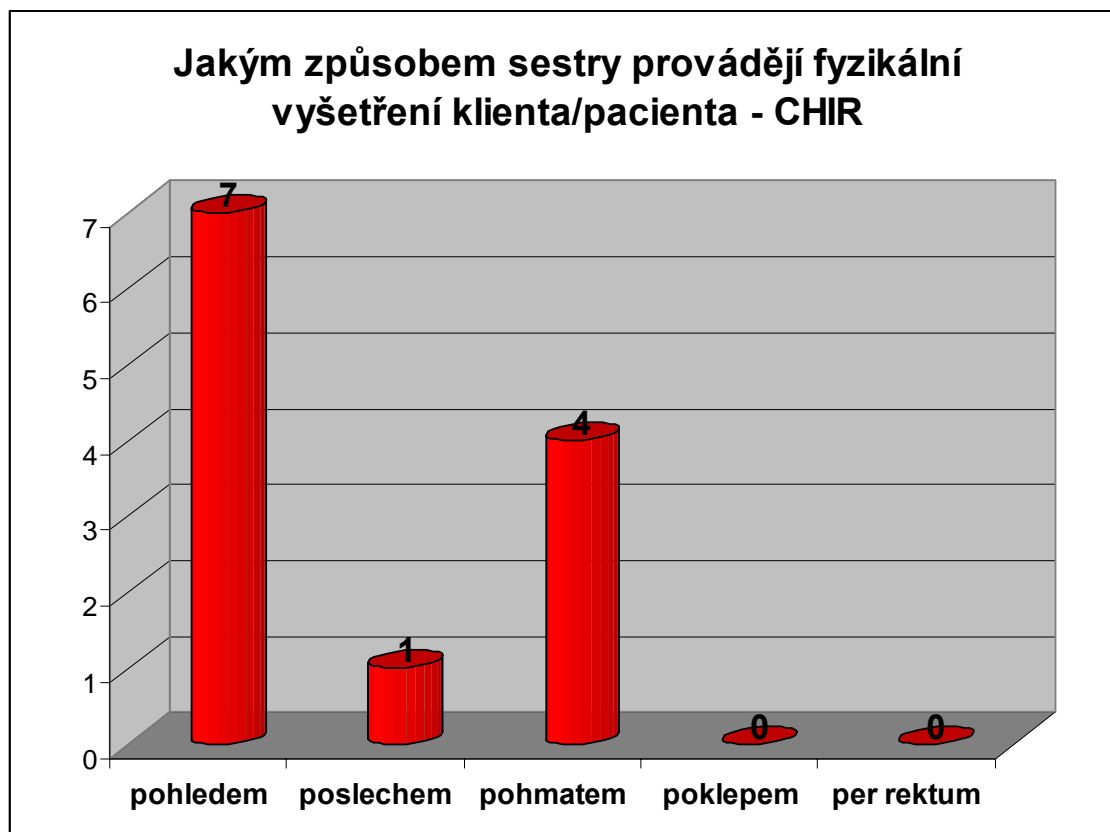
Graf 24a Jakým způsobem sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta – interní typy oddělení



Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich jako způsob fyzikálního vyšetření klienta/pacienta použilo všech 10 pohled, 6 sester k pohledu použilo ještě vyšetření pohmatem a žádná z pozorovaných sester nepoužila poslech, poklep a vyšetření per rektum. Výsledky zde uvádíme v reálných číslech.

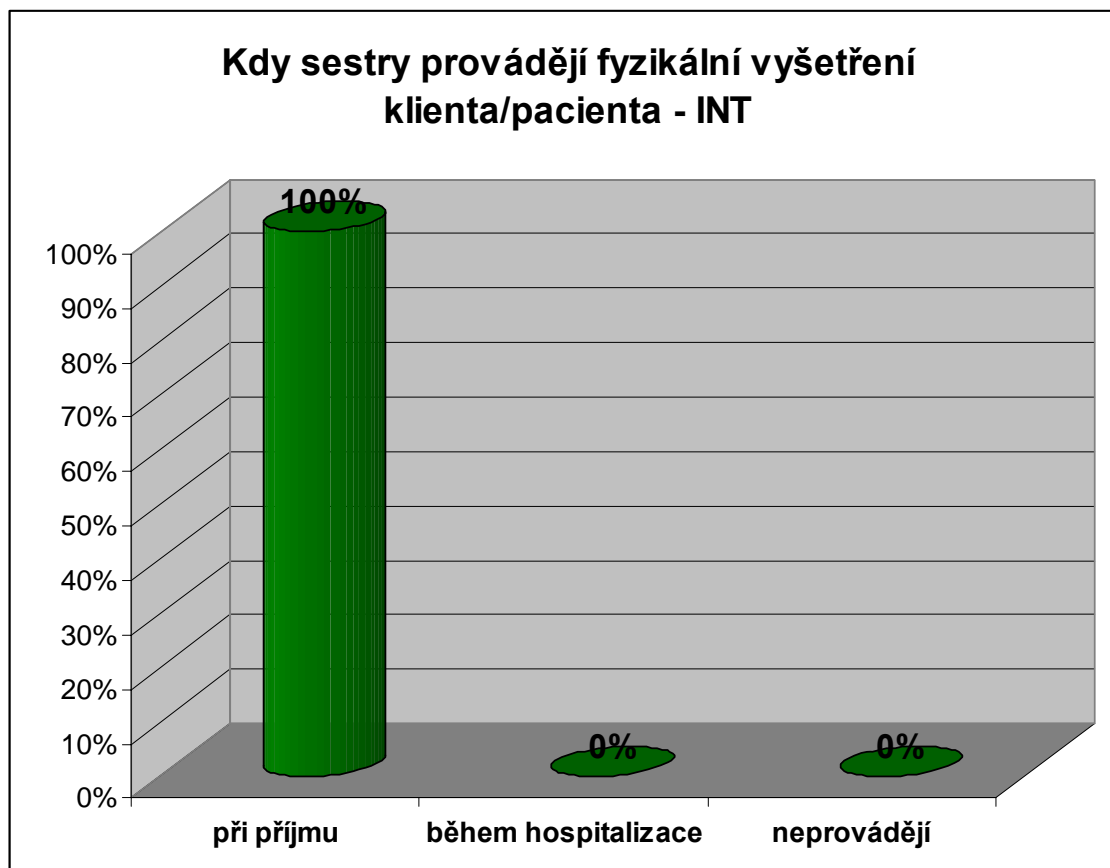


Graf 24b Jakým způsobem sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta – chirurgické typy oddělení



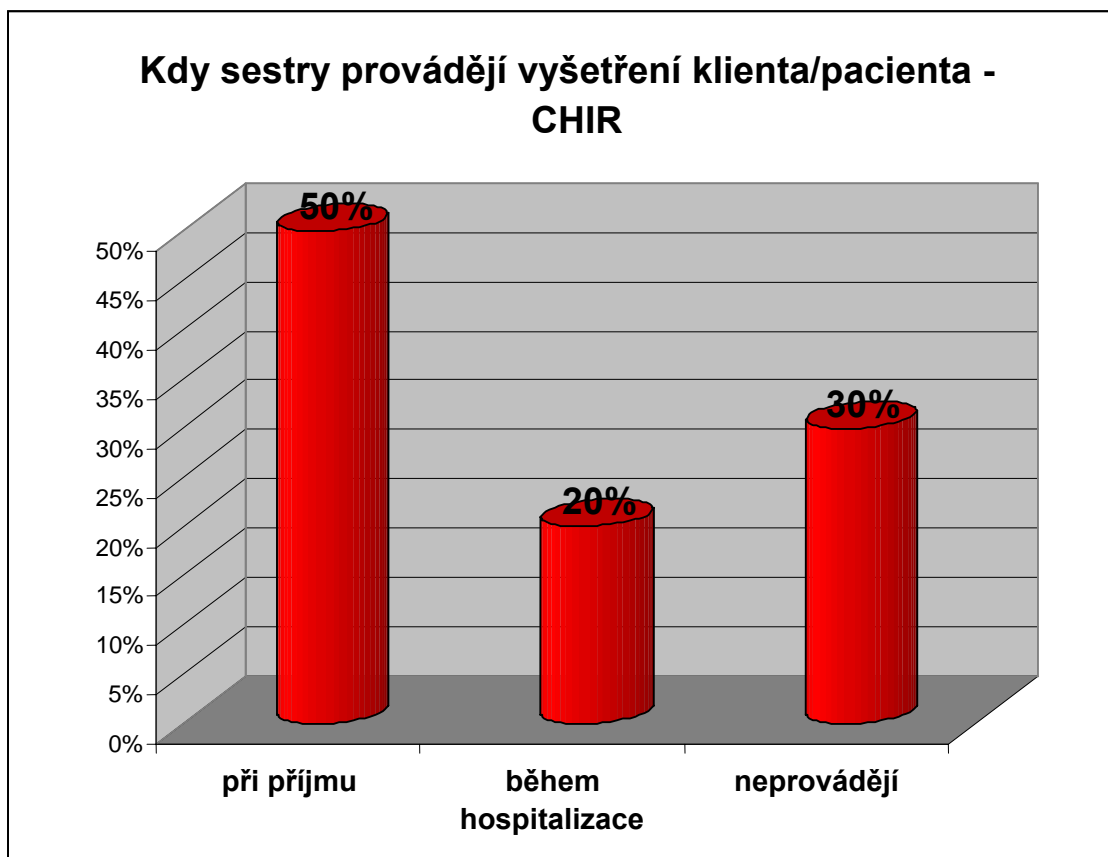
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 7 (100%) sester, které provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta jich jako způsob použilo všech 7 pohled, 4 sestry k pohledu použily ještě vyšetření pohmatem a 1 též vyšetření poslechem. Žádná z pozorovaných sester nepoužila poklep a vyšetření per rektum. Výsledky zde uvádíme v reálných číslech.

Graf 25a Kdy sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta – interní typy oddělení



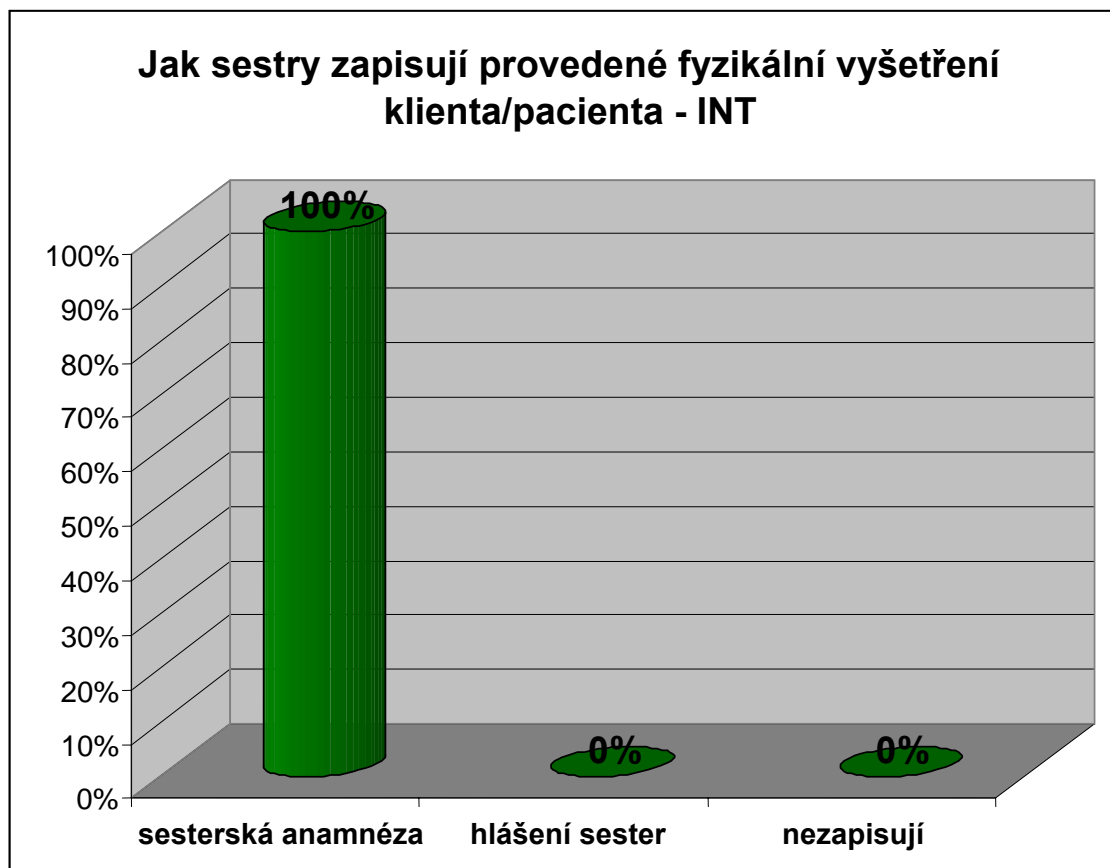
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich všech 10 (100%) provádí fyzikální vyšetření klienta/pacienta při příjmu. Ostatní možnosti nebyly zastoupeny.

Graf 25b Kdy sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta – chirurgické typy oddělení



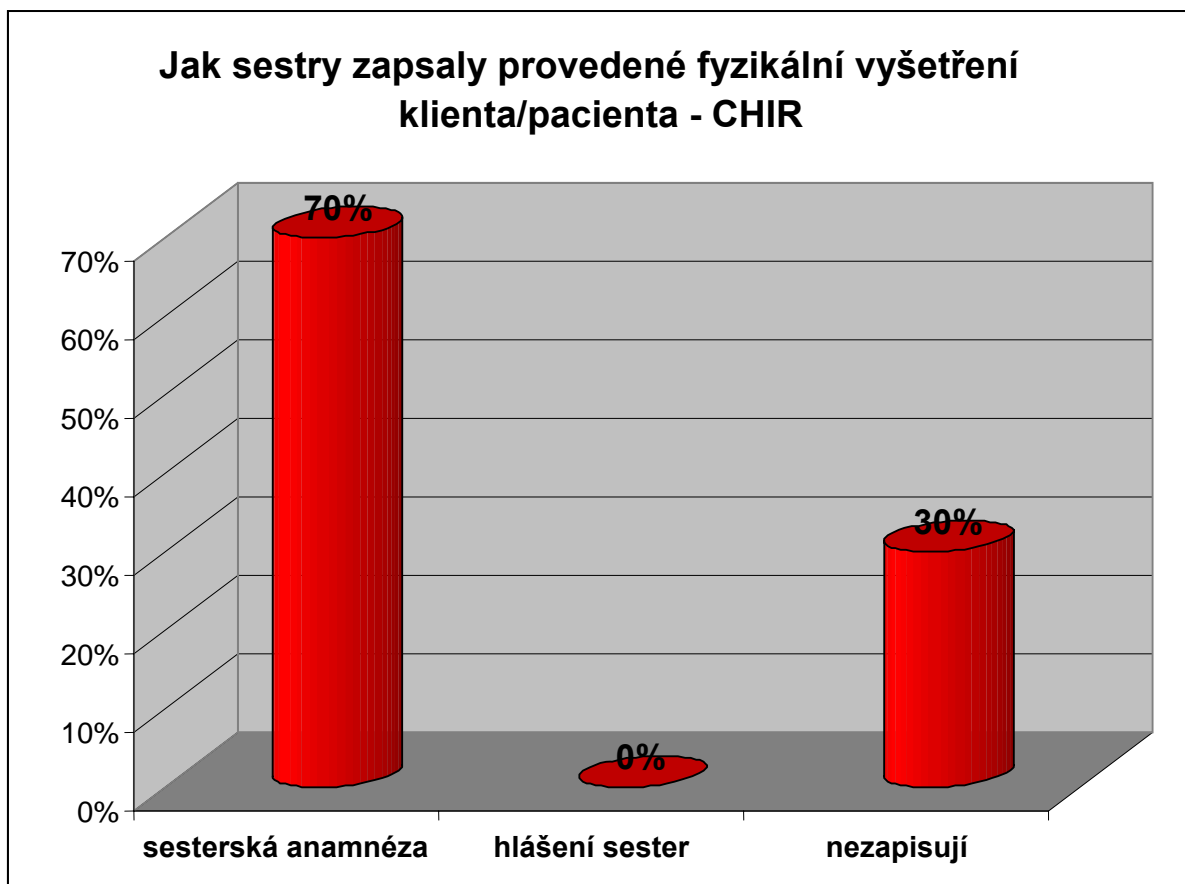
Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich 5 (50%) provádí fyzikální vyšetření, vždy při příjmu klienta/pacienta, 2 (20%) sestry vyšetření provedly u některých klientů/pacientů až během hospitalizace a 3 (30%) sestry vyšetření neprováděly vůbec.

Graf 26a Jak sestry zapsaly provedené fyzikální vyšetření klienta/pacienta- interní typy oddělení



Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na interních odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich všech 10 (100%) zapsalo vyšetření do sesterské anamnézy.

Graf 26b Jak sestry zapsaly provedené fyzikální vyšetření klienta/pacienta – chirurgické typy oddělení



Během výzkumu metodou zúčastněného skrytého pozorování jsme došli k závěru, že na chirurgických odděleních z celkového počtu 10 (100%) sester, jich 7 (70%) zapsalo vyšetření do sesterské anamnézy. Do hlášení sester žádná z pozorovaných sester nezapsala provedené fyzikální vyšetření klienta/pacienta a 3 (30%) sestry fyzikální vyšetření nezapsaly, jelikož ho ani neprováděly.

## 5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření častěji než sestry na chirurgických odděleních a též zjistit, zda sestry na vybraných odděleních znají správný postup při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta. Pro tento výzkum byla použita metoda dotazování technika dotazníku a metoda zúčastněného skrytého pozorování, touto metodou byla zároveň ověřena věrohodnost odpovědí, které sestry označily v dotazníku.

Dle předpokladů bylo ve výzkumném vzorku zastoupeno více sester žen 96%, než mužů 4% (graf 1). Ve věkové kategorii 19 - 30 let bylo zastoupeno nejvíce respondentů tj. 40%, oproti tomu nejméně zastoupenou kategorií byla věková skupina 51 a více let, která se vyskytuje pouze ve 4% (graf 2). Záměrem bylo získání stejného počtu respondentů, pro porovnání interně zaměřených oborů, kde se vrátilo 40 kompletně vyplněných dotazníků a chirurgicky zaměřených oborů, kde byla návratnost 48 kompletně vyplněných dotazníků (graf 3). V otázce jaká je délka praxe respondentů, byla z celkového počtu 88 (100%) nejpočetněji zastoupena skupina sester pracujících v oboru 6 - 10 let tj. 34%, oproti tomu sestry pracující v oboru 31 a více let, tvořily pouze 4% respondentů (graf 4). Ve výzkumu jsme se též zabývali otázkou, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání sester pracujících na námi zvolených odděleních, dle našich předpokladů, byla nejčastěji zvolena odpověď středoškolské vzdělání, tu si zvolilo 74% všech respondentů (graf 5). Domníváme se, že to pramení z nedávné minulosti, kdy na středních zdravotnických školách byla možnost, studovat obor všeobecná sestra (studenti mohli po jeho ukončení pracovat bez odborného dohledu, pokud úspěšně na oddělení, kde pracují, složili nástupní praxi). V současné době se již maturitní obor všeobecná sestra nevyučuje a nahradil ho studijní obor zdravotnický asistent, který na absolventy tohoto oboru klade větší nároky na další vyšší odborné či vysokoškolské studium. Proto se domníváme, že se v budoucnu bude dále zvyšovat počet sester s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Na otázku, zda se respondenti během studia seznámili s tím jak správně provádět fyzikální vyšetření u klienta/pacienta nám nejvíce respondentů označilo odpověď asi ano 42% (graf 6), z čehož pramení, že si sestry nejsou zcela jisty, zda se tomuto klinickému vyšetření během studia věnovaly, ať

už teoreticky nebo prakticky. Dle literatury (Nejedlá, 2006) je fyzikální vyšetření sestrou poměrně novinkou v ošetrovatelské péči o pacienta. Pokud tedy většina sester, které nám vyplnily dotazníky již dosáhla věku 31 a více let 60% (součet tří sloupců grafu 2), lze předpokládat, že se s tímto vyšetřením v rámci jejich studia setkala poměrně malá část dotazovaných sester. O tom, zda je fyzikální vyšetření důležité v anamnéze u klienta/pacienta je 94%, tedy většina respondentů přesvědčena, že ano zbylé odpovědi, které tvořily 6% nám označilo odpověď nevím (graf 7). Jak se ukázalo, tuto možnost zvolily sestry vyššího věku a středoškolského vzdělání tj. sestry, které v předchozí otázce, zda se seznámily s fyzikálním vyšetřením během studia označily jako odpověď asi ano eventuelně ne vůbec. Pro 97% sester je fyzikální vyšetření důležité v diagnostice u klienta/pacienta (graf 8), zároveň je velmi potěšující, že žádná ze sester nezvolila u této otázky možnost ne. Domníváme se, že je to dáno tím, že stanovení diagnózy (lékařské) je záležitostí pouze lékaře a sestry jsou seznámeny s tím, že než ji lékař stanoví, tak provede kompletní fyzikální vyšetření. Dle literatury (Kozierová, 1995) má být fyzikální vyšetření klienta/pacienta součástí ošetrovatelské péče. Při vyhodnocování otázky, zda sestrám přijde důležité fyzikální vyšetření v ošetrovatelské péči o klienta/pacienta nám 82% odpovědělo, že ano, zde si však i 3% sester zvolila možnost ne (graf 9). Dle dotazníkového šetření se sestry z interních oddělení domnívají, že znají správný postup při provádění fyzikálního vyšetření 58%, ovšem i 30% sester uznává, že si není zcela jista, zda správný postup fyzikálního vyšetření zná. Na chirurgických odděleních se 33% sester domnívá, že zná správný postup fyzikálního vyšetření a 51% si není zcela jista. Na tuto otázku jsme se zaměřili, jelikož se jedná o jednu z klíčových pro tento výzkum. Proto jsme si ji položili i při zúčastněném skrytém pozorování, kde jsme zjistili, že sestry neznají správný postup při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta. Domnívám se, že je to dáno tím, že sestry toto vyšetření neprovádějí pravidelně, většina se jich při studiu nesečkala s tím, jak vyšetření správně provádět a též mají pocit, že je fyzikální vyšetření záležitostí pouze lékaře - ač to většina dotázaných nepřiznává (graf 10a, 10b, 21a, 21b). Tímto se potvrdila hypotéza 2, že sestry na vybraných odděleních neznají správný postup při provádění fyzikálního vyšetření klienta/pacienta. Jak se dále ukázalo, pouze 16% všech dotazovaných sester si

myslí, že je fyzikální vyšetření záležitostí pouze lékaře, ve většině případů 62% označilo možnost nevím (graf 11), tímto jsme se již zabývali v předchozí otázce, proč sestry neznají správný postup při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta. Zda má sestra provádět fyzikální vyšetření klienta/pacienta nám dle předpokladů většina respondentů odpověděla nevím 42%, pouhých 6% si myslí, že by toto vyšetření měla sestra zcela určitě provádět (graf 12). Tuto odpověď si ve většině případů zvolily sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Domníváme se, že je to dáno tím, že se na vyšších odborných a vysokých školách v současné době problematice fyzikálního vyšetření sestrou více věnují než-li v minulosti. Dle našich předpokladů nám na otázku, zda lékaři akceptují fyzikální vyšetření sestrou odpovědělo nejvíce sester 56%, že neakceptují. Žádná z dotazovaných sester si nemyslí, že by lékaři fyzikální vyšetření sestrou akceptovali (graf 13). Domníváme se, že to pramení z toho jak někteří lékaři přistupují k sestrám a mají stále dojem, že sestry nemají potřebné vzdělání pro to, aby fyzikální vyšetření klienta/pacienta prováděly. Téměř stejné výsledky vyšly i v otázce, zda se respondenti domnívají, že lékaři přihlížejí k fyzikálnímu vyšetření sestrou při stanovování diagnózy. 59% tj. většina sester si myslí, že lékaři k tomuto vyšetření sestrou určitě nepřihlížejí a žádná z dotazovaných sester se nedomnívá, že by lékaři k fyzikálnímu vyšetření sestrou určitě přihlíželi (graf 14). V klíčových otázkách pro tento výzkum jsme se dále zaměřili na procentuelní rozdělení respondentů pracujících na interních odděleních a respondentů pracujících na chirurgických odděleních. V otázce, jak často sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta jich v dotazníkovém šetření 87% pracujících na interních odděleních odpovědělo, že u všech pacientů a na chirurgických odděleních jich tuto možnost zvolilo 63%. Oproti tomu, žádná ze sester jak na interních, tak i chirurgických odděleních neoznačila možnost, že toto vyšetření neprovádí vůbec. Podobnou otázku jsme si položili i v metodice zúčastněného skrytého pozorování, zde jsme hodnotili, zda vůbec sestry na vybraných odděleních fyzikální vyšetření provádějí. Zde jsme vyhodnotili, že 100% všech pozorovaných sester z interních oddělení fyzikální vyšetření klienta/pacienta provádí. Na chirurgických odděleních fyzikální vyšetření provádí 70% všech pozorovaných sester (graf 15a, 15b, 22a, 22b). Domnívám se, že je to dáno především specifikou práce



sester na určitém typu oddělení a též skupinou pacientů, kteří jsou na těchto odděleních hospitalizováni (chirurgická oddělení – kratší hospitalizace, větší akutnost onemocnění pacientů, interní oddělení – delší hospitalizace, nižší akutnost onemocnění pacientů, toto však neplatí vždy a u všech hospitalizovaných na těchto typech oddělení). Určitou roli, zde hraje i vzdělání sester, čím vyšší mají sestry vzdělání, tím častěji a kvalitněji provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta. Tímto jsme si zároveň potvrdili hypotézu 1 a to, že sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta častěji, než sestry na chirurgických odděleních. Na otázku, jaké metody sestry využívají při vyšetření klienta/pacienta zvolili respondenti v dotazníkovém šetření na interních i chirurgických odděleních nejčastěji možnost jiné. Na interních odděleních ji zvolilo 58% a na chirurgických odděleních 42%. Jako nejčastěji používané metody sestry na obou typech oddělení vypsaly, pohled + rozhovor. Domnívám se, že to pramení ze stejného způsobu provádění fyzikálního vyšetření a to, že sestry používají ke sběru informací o pacientovi sesterské anamnézy, která jsou na vybraných odděleních jednotné. Metoda zúčastněného skrytého pozorování toto potvrzuje (graf 16a, 16b, 23a 23b). V otázce číslo 17 dotazníkového šetření jsme se sester dotazovali jakým způsobem provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta (respondenti si mohli vybrat více možných odpovědí a výsledky uvádíme v reálných číslech), dle předpokladů byla nejčastější zvolenou možností odpověď pohledem tu si zvolily všechny dotazované sestry z obou typů oddělení tj. interní 40 sester, chirurgický 48 sester. Oproti tomu odpověď per rektum si nezvolila žádná z dotazovaných sester obou typů oddělení. I u této odpovědi se zúčastněné skryté pozorování shoduje s dotazníkovým šetřením (graf 17a, 17b, 24a, 24b). V následující otázce jsme se respondentů dotazovali kdy provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta. Zde byla nejčastěji zastoupena (93%) možnost při příjmu na interních odděleních a na chirurgických odděleních 79%, jiné odpovědi si sestry zvolily pouze výjimečně. V průběhu pozorování na vybraných odděleních byla též nejčastěji zastoupena možnost při příjmu, ovšem toto pozorování je zkreslené díky tomu, že ne všechny pozorované sestry měly během našeho výzkumu možnost přijmout pacienta na oddělení (graf 18a, 18b, 25a, 25b). V předposlední otázce dotazníkového šetření a poslední otázce zúčastněného skrytého pozorování jsme se věnovali tomu, jak

sestry zapisují fyzikální vyšetření (respondenti si mohli vybrat více možných odpovědí a výsledky uvádíme v reálných číslech). Dle našich předpokladů sestry na obou typech oddělení zvolily možnost do sesterské anamnézy a to ve 100% tj. 40 sester z interních oddělení a 48 sester z chirurgických oddělení, dále si dotazované sestry zvolily možnost do hlášení sester a to 7x za interní oddělení a 2x za chirurgická oddělení. Při pozorování se potvrdila verze, že sestry, které provedly vyšetření klienta/pacienta ho zapsaly do sesterské anamnézy (zaškrtovaly vhodné odpovědi) možnost, že by sestry fyzikální vyšetření klienta/pacienta zapisovaly též do hlášení sester se nám nepotvrdila (graf 19a, 19b, 26a, 26b). V poslední otázce položené v dotazníku, zda sestry provádějí fyzikální vyšetření u všech klientů/pacientů odpovědělo ano všech 88 (100%) respondentů z interních i chirurgických oddělení (graf 20a, 20b).

## 6. Závěr

Tato bakalářská práce je věnována problematice fyzikálního vyšetření klienta/pacienta sestrou. Fyzikální vyšetření pomáhá sestram zhodnotit zdravotní stav klienta/pacienta a tím se dále zkvalitňuje i ošetrovatelská péče a uspokojování jeho individuálních potřeb.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta častěji, než sestry na chirurgických odděleních. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry na vybraných odděleních znají správný postup při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta. Oba cíle práce byly splněny. Výzkumem jsme zjistili skutečný stav dané problematiky.

K dosažení cílů byly stanoveny následující hypotézy. Hypotéza 1: Sestry na interních odděleních provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta častěji, než sestry na chirurgických odděleních, se potvrdila. Hypotéza 2: Sestry na vybraných nemocničních odděleních neznají správný postup fyzikálního vyšetření klienta/pacienta, tato se též potvrdila.

Bakalářská práce poslouží jako studijní materiál pro sestry a studenty škol se zdravotnickým zaměřením. Měla by tedy přispět k tomu, aby se budoucí i již pracující sestry začaly více věnovat problematice fyzikálního vyšetření a zařadily ho do každodenní ošetrovatelské péče o klienta/pacienta.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B., HEROLD, CE. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. DÍTĚ, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6
3. DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 1993. 208 s. ISBN 80-7169-040-6
4. CHROBÁK, V. a kol. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 200 s. ISBN 80-247-0609-1
5. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2000. 103 s. ISBN 80-86073-53-X
6. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatel'stvo I*. 1.vydání. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
7. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky- metodika sesterských činností*. 2.přepracované vydání. Martin: Osveta, 2006. 780 s. ISBN 80-8063-202-2
8. KUCHYNKA, P. a kol. *Oční lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 812 s. ISBN 978-80-247-1163-8
9. LIPPERTOVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6
10. MAREK, J., KALVACH, Z., SUCHARDA, P. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 652 s. ISBN 80-7254-174-9

11. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
12. NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J., JIRÁSKOVÁ, J. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 2006. 136 s. ISBN 80-7168-940-8
13. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0414-0
14. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7
15. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství*. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6
17. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2
18. TŘEŠKA, V. a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 460 s. ISBN 80-247-0239-8
19. WORKMAN, B., BENNETT, L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 260 s. ISBN 80-247-1714-X

20. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2

21. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

## **8. Klíčová slova**

Fyzikální vyšetření

Sestra

Klient/pacient

Ošetrovatelská péče

Chirurgie

Interna

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Zúčastněné skryté pozorování

Příloha 3 Vyhláška 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků



## **Příloha 1 - dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Martina Benediktová a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Mým úkolem je vytvořit bakalářskou práci na téma Sestra a fyzikální vyšetření klienta/pacienta. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a velice mi pomůže při sestavování mojí práce.

Na otázky odpovídejte zakroužkováním dané odpovědi, nebo napište odpověď na danou otázku vlastními slovy. U některých otázek můžete zvolit i více možných odpovědí.

**Za Vaši spolupráci předem děkuji.**

### **1) Jste?**

- a) žena
- b) muž

### **2) Kolik Vám je let?**

- a) 19-30 let
- a) 31-40 let
- b) 41-50 let
- c) 51 a více

### **3) Na kterém typu oddělení pracujete?**

- a) interním
- b) chirurgickém

### **4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-0 let
- d) 1-30 let
- e) 31 let a více

### **5) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) středoškolské
- b) středoškolské + pomaturitní specializační studium
- c) vyšší odborné (DiS)
- d) bakalářské
- e) magisterské

f) jiné .....

**6) Byl(a) jste během studia seznámen(a) jak správně provádět fyzikální vyšetření u klienta/pacienta?**

- a) ano, dostatečně
- b) ano, ale nedostatečně
- c) asi ano
- d) ne, vůbec

**7) Domníváte se, že je fyzikální vyšetření důležité v anamnéze u klienta/pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**8) Domníváte se, že je fyzikální vyšetření důležité v diagnostice u klienta/pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9) Domníváte se, že je fyzikální vyšetření důležité v ošetrovatelské péči u klienta/pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10) Znáte správný postup při provádění fyzikálního vyšetření?**

- a) ano (jak provádíte fyzikální vyšetření na Vašem oddělení, prosím uveďte).....  
.....  
.....  
.....
- b) ne
- c) nevím

**11) Domníváte se, že fyzikální vyšetření klienta/pacienta je záležitostí pouze lékaře?**

- a) ano

- b) ne
- c) nevím

**12) Domníváte se, že sestra má provádět fyzikální vyšetření klienta/pacienta?**

- a) ano, zcela určitě
- b) ano, ale ve spolupráci s lékařem
- c) ne, je to záležitost pouze lékaře
- d) nevím

**13) Domníváte se, že lékaři akceptují fyzikální vyšetření sestrou?**

*(to, že ho sestra provádí)*

- a) ano
- b) ano, ale záleží na lékaři
- c) ne, neakceptují
- d) nevím

**14) Domníváte se, že lékaři k výsledkům fyzikálního vyšetření sestrou přihlížejí při stanovení diagnózy nebo dalšího terapeutického postupu?**

- a) určitě ano
- b) ano, občas
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**15) Jak často provádíte fyzikální vyšetření klienta/pacienta?**

*(pokud odpovíte vůbec pokračujte otázkou č. 18)*

- a) u všech pacientů
- b) velmi často
- c) jen příležitostně
- d) vůbec

**16) Jaké metody při vyšetření pacienta používáte?**

- a) pouze rozhovor
- b) rozhovor a informace z chorobopisu
- c) fyzikální vyšetření
- d) jiné (uved'te prosím jaké) .....
- .....
- .....

**17) Jakým způsobem provádíte fyzikální vyšetření u klienta/pacienta?**

*(více možných odpovědí)*

- a) pohledem
- b) poslechem
- c) pohmatem
- d) poklepem
- e) per rektum

**18) Kdy provádíte fyzikální vyšetření u klienta/pacienta?**

- a) při příjmu
- b) v průběhu hospitalizace
- c) každý den
- d) před jiným vyšetřením, terapií, atd.
- e) vůbec neprovádím

**19) Pokud vyšetření provádíte, jakým způsobem ho zapisujete?**

*(více možných odpovědí)*

- a) do dekurzu
- b) do hlášení sester
- c) do sesterské anamnézy (zaškrťávám vhodné odpovědi)
- d) nezapisuji

**20) Provádíte fyzikální vyšetření u všech pacientů?**

- a) ano
- b) ne (proč, prosím doplňte) .....
- .....
- .....

**Pokud máte nějaké připomínky, zážitky nebo chcete-li ještě něco sdělit:**

.....

.....

.....

## **Příloha 2 – Zúčastněné skryté pozorování**

- 1) Znají sestry správný postup fyzikálního vyšetření klienta/pacienta?
- 2) Provádějí sestry fyzikální vyšetření klienta/pacienta?
- 3) Jaké metody používají sestry při fyzikálním vyšetření klienta/pacienta?
- 4) Jakým způsobem sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta?
- 5) Kdy sestry provádějí fyzikální vyšetření klienta/pacienta?
- 6) Jak sestry zaspaly provedené fyzikální vyšetření klienta/pacienta?

### *Způsob provádění fyzikálního vyšetření:*

**Pohled** - sestra toto vyšetření provádí vždy při kontaktu s pacientem. Pohled provádí systematicky a to „od hlavy k patě“, tím získává velice důležité informace o stavu klienta/pacienta a proto je vyšetření pohledem nenahraditelné.

**Poklep** - sestra toto vyšetření sice běžně neprovádí, což se nám potvrdilo i ve výzkumu, nicméně, pokud má podezření na výraznou patologii, může toto vyšetření orientačně provést a následně informovat lékaře o změně zdravotního stavu klienta/pacienta.

**Pohmat** - sestra toto vyšetření sice běžně neprovádí, ovšem během výzkumu se ukázalo, že je pohmat celkem využívanou metodou jelikož sestry díky němu mohou v řadě případů odhalit i závažnou změnu zdravotního stavu klienta/pacienta (např. krvácení do břišní dutiny, otoky DK aj.).

**Poslech** - sestra toto vyšetření běžně neprovádí, není dané kompetencemi sester v ČR, avšak z výzkumu vyplynulo, že při podezření na výraznou patologii sestra toto vyšetření provede a následně informuje lékaře.

**Per rektum** – vyšetření per rektum nespadá do kompetencí sester v ČR, dle vyhlášky č.424/2004 Sb. a proto ho sestry neprovádějí, což se nám potvrdilo i během výzkumu.

### Příloha 3 – Vyhláška 424/2004 Sb.

424/2004 Sb.

VYHLÁŠKA

ze dne 30. června 2004,

kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků  
a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. f) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních):

#### ČÁST PRVNÍ OBECNÁ USTANOVENÍ

##### § 1

##### Předmět úpravy

Tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evropských společenství) činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

- 
- 1) Směrnice Rady 80/155/EHS ze dne 21. ledna 1980 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se přístupu k činnosti porodních asistentek a jejího výkonu, ve znění směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/19/ES ze dne 14. května 2001, kterou se mění směrnice Rady 89/48/EHS a 92/51/EHS o obecném systému pro uznávání odborných kvalifikací a směrnice Rady 77/452/EHS, 77/453/EHS, 78/686/EHS, 78/687/EHS, 78/1026/EHS, 78/1027/EHS, 80/154/EHS, 80/155/EHS, 85/384/EHS, 85/432/EHS, 85/433/EHS a 93/16/EHS o povolání zdravotní sestry odpovědné za všeobecnou péči (ošetřovatele odpovědného za všeobecnou péči), zubního lékaře, veterinárního lékaře, porodní asistentky, architekta, farmaceuta a lékaře.  
Směrnice Rady 97/43/EURATOM ze dne 30. června 1997 o ochraně zdraví osob před riziky vyplývajícími z ionizujícího záření v souvislosti s lékařským ozářením a o zrušení směrnice 84/466/Euratom.

##### § 2

##### Vymezení pojmů

- (1) Pro účely této vyhlášky se rozumí
- a) ošetřovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti,
- b) základní ošetřovatelskou péčí ošetřovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům nad 6 let věku, kterým jejich

zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak,

- c) specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace, a dále základní ošetrovatelská péče podle písmene b) poskytovaná dětem do 6 let věku,
- d) vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, a dále specializovaná ošetrovatelská péče podle písmene c) poskytovaná dětem do 6 let věku,
- e) specifickou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),
- f) indikací pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu,
- g) ošetrovatelským procesem zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace,
- h) specializovaným postupem postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d) a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání<sup>2)</sup>, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů,
- i) standardem písemně zpracovaný postup lege artis, tj. postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředí jiného ústředního správního úřadu,
- j) správnou laboratorní praxí postup v laboratoři, který odpovídá právním předpisům, normám ČSN, případně normám CEN a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratořemi ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zajišťování a zlepšování jakosti; toto vymezení správné laboratorní praxe se nevztahuje na správnou laboratorní praxi v oblasti léčiv, která je upravena zvláštním právním předpisem<sup>3)</sup>,

- k) zdravotnickým přístrojem přístroj, který je zdravotnickým prostředkem podle zvláštního právního předpisu<sup>4</sup>),
- l) klinickou odpovědností za lékařské ozáření<sup>5</sup>) odpovědnost za jednotlivé lékařské ozáření, kterou nese aplikující odborník, zahrnující zejména odpovědnost za odůvodnění lékařského ozáření, jeho optimalizaci a klinické hodnocení, praktickou spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky včetně získávání informací o předchozím vyšetření, poskytování radiologických informací nebo záznamů jiným aplikujícím nebo indikujícím odborníkům na jejich žádost, popřípadě za poskytování informací o riziku ionizujícího záření pacientům a jiným dotčeným osobám,
- m) praktickou částí lékařského ozáření konkrétní provedení lékařského ozáření a všechny podpůrné činnosti s tím související, včetně manipulace a používání radiologického vybavení, hodnocení technických a fyzikálních parametrů, včetně dávek záření, kalibrace, údržby vybavení, přípravy a podávání radiofarmak a vyvolávání filmů,
- n) aplikujícím odborníkem pro lékařské ozáření (dále jen "aplikující odborník") lékař, zubní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je způsobilý podle této vyhlášky nebo podle zvláštního právního předpisu<sup>6</sup>) převzít klinickou odpovědnost za lékařské ozáření,
- o) lékařem indikujícím lékařské ozáření (dále jen "indikující lékař") každý ošetřující lékař nebo zubní lékař, který doporučuje aplikujícímu lékaři pacienta k lékařskému ozáření se svým písemným odůvodněním,
- p) zabezpečováním jakosti všechna plánovaná a systematická opatření nezbytná pro poskytnutí odpovídajících záruk za uspokojivé fungování zařízení, systémů, komponentů nebo postupů v souladu se schválenými standardy,
- q) určenou osobou zákonný zástupce pacienta nebo jiná osoba, kterou pacient nebo jeho zákonný zástupce určí.

(2) Definice výkonu činností bez odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením jsou upraveny zvláštním právním předpisem<sup>7</sup>).

- 
- 2) § 54 odst. 1 písm. a), b) a d) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
- 3) Vyhláška č. 504/2000 Sb., kterou se stanoví správná laboratorní praxe v oblasti léčiv.
- 4) § 2 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 130/2003 Sb.
- 5) § 2 písm. x) bod 2 zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon) a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění zákona č. 13/2002 Sb.
- 6) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- 7) § 4 zákona č. 96/2004 Sb.



ČÁST DRUHÁ  
ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ  
PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka  
s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy<sup>8)</sup>,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů<sup>9)</sup>, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu<sup>10)</sup> v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.

(3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti<sup>11)</sup> pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem<sup>12)</sup>.

---

8) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

- 9) Například zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně.
- 10) § 24 zákona č. 96/2004 Sb.
- 11) § 29 až 42 zákona č. 96/2004 Sb.
- 12) Zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

#### § 4

##### Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d) zajišťuje herní aktivity dětí,
- e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek<sup>13)</sup>, (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků<sup>14)</sup> a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem

všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

- a) podává léčivé přípravky<sup>13)</sup> s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty<sup>15)</sup>,
- b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků<sup>16)</sup> a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

-----  
13) Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

14) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Nařízení vlády č. 25/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

15) § 2 odst. 13 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

16) § 2 odst. 14 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.