

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Michaela Kohoutová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **PERIOPERAČNÍ DOKUMENTACE V ČR**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Michaela Kohoutová  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

## Abstrakt

Se zaváděním ošetrovatelského procesu společně s kvalitní ošetrovatelskou dokumentací do všech oblastí péče o pacienty, vyvstává i potřeba dokumentovat práci perioperačních sester na operačním sále. Perioperační dokumentace se zcela odlišuje od ošetrovatelské dokumentace, a to nejen jejím zpracováním, ale i zaměřením. Zatímco ošetrovatelská dokumentace odráží péči o pacienta podle určitého ošetrovatelského modelu, perioperační dokumentace spíše popisuje jednotlivé kroky práce sester. Dalo by se říci, že v České republice zatím neexistuje ošetrovatelský model, který by kromě práce perioperačních sester, sledoval i potřeby a problémy pacienta v perioperačním období. Z tohoto vyplývá i určitá nejednotnost perioperační dokumentace, nejen v rámci nemocničního zařízení, ale především v rámci celé České republiky. Tato nejednotnost je dána potřebou perioperační dokumentace, a tudíž i nutností zdravotnických zařízení tuto dokumentaci vytvářet pouze na základě vlastních poznatků a zkušeností s provozem operačních sálů.

Diplomová práce je tvořena částí teoretickou a empirickou. Teoretická část je obecně zaměřena na problematiku zdravotnické dokumentace a její složky používané na pracovištích ve zdravotnických zařízeních. Cílem práce bylo 1. Zmapovat stav současné perioperační dokumentace ve vybraných nemocničních zařízeních. 2. Zjistit z jakých částí se skládá perioperační dokumentace. 3. Zjistit názor sester na využití perioperační dokumentace. 4. Vytvoření perioperační dokumentace.

Výzkumná část diplomové práce byla realizována kombinací kvantitativního a kvalitativního šetření. Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníků pro perioperační sestry pracující na operačních sálech ve zdravotnických zařízeních v České republice. Byly stanoveny dvě hypotézy. 1. Na operačních sálech mají perioperační dokumentaci. 2. Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou.

Pro kvalitativní šetření byla zvolena srovnávací analýza perioperačních dokumentací. Výzkumný soubor tvořilo šest perioperačních dokumentací, která poskytla zdravotnická zařízení z různých krajů v České republice. V této části jsme

zjišťovali odpovědi na tři výzkumné otázky. 1. Používají na operačních sálech perioperační dokumentaci? 2. Z jakých částí se skládá perioperační dokumentace? 3. Odpovídá perioperační dokumentace platné legislativě? Výsledky byly analyzovány a zaneseny do tabulek a schémat.

Z výsledků je patrné, že sestry na operačním sále používají perioperační dokumentaci, která je rozdělena na několik částí. Ty obsahují údaje zákonem povinné a data související se specifickým zaměřením konkrétního pracoviště. Šetřením bylo zjištěno, že zpracování sledovaných perioperačních dokumentací není zcela v souladu s platnou legislativou. Ačkoliv převážná většina perioperačních dokumentací povinné údaje obsahuje, ošetrovatelský proces, jako údaj pro ošetrovatelskou péči nejdůležitější, chybí ve všech analyzovaných perioperačních dokumentacích. Přesto sestry perioperační dokumentaci vnímají jako přínos a to nejen v oblasti léčebné, ale také právní, ekonomické a informační.

Výsledky výzkumného šetření by mohly být podnětem pro zpracování jednotného modelu perioperační dokumentace, jehož využitelnost spatřujeme nejen ve zdravotnických zařízeních v rámci České republiky, ale i v rámci Evropské unie. V souvislosti s výsledky práce by bylo vhodné, ve spolupráci se středním managementem, uspořádat školicí akce pro perioperační sestry. Tyto školicí akce by měly za úkol současným perioperačním sestřám přiblížit metodiku ošetrovatelského procesu a možnosti jeho aplikace v perioperační péči. Práce by mohla sloužit také jako informační materiál pro studenty zdravotnického směru.

## **Abstract**

Now that the nursing process, along with good-quality nursing documentation, is being introduced into all areas of patient care, the need arises to document work of perioperative nurses in the operating theatre. Perioperative documentation is entirely different from nursing documentation, not only in terms of processing but also in terms of scope. While nursing documentation mirrors patient care based on a nursing model, perioperative documentation describes more the sequence of the nurses' working steps. In fact, no nursing model exists in the Czech Republic so far such as would, apart from the perioperative nurses' work, deal with the problems of the patient during the perioperative period. Linked to this is the fact that the format of perioperative documentation is not unified – neither in the Czech Republic nor within the individual hospitals. This is due to the fact that each hospital or department defines the format of perioperative documentation based on its own experience as regards its surgical procedures and practices which have been found most appropriate when running their operating theatres.

This thesis consists of two parts: Theoretical and Empirical. The Theoretical focuses on the general issue of medical documentation used at the various hospital departments. The aim of the work was to (1) map current situation in the area of perioperative documentation at selected hospitals; (2) ascertain which components perioperative documentation is composed of; (3) find the opinion of nurses on the use of perioperative documentation; and (4) set up perioperative documentation.

The research part of the thesis was a combination of quantitative and qualitative survey. For the quantitative survey, questionnaires were prepared and distributed to perioperative nurses working in operating theatres of hospitals throughout the Czech Republic. Two hypotheses were proposed. 1. Perioperative documentation is maintained at operating theatres. 2. Nurses consider perioperative documentation useful.

Qualitative examination consisted in comparative analysis of perioperative documentation folders. The research set consisted of six perioperative documentation folders obtained from hospitals throughout the Czech Republic. Answers to the

following three questions were sought: (1) Is perioperative documentation used at operating theatres? (2) Which parts is perioperative documentation composed of? (3) Does perioperative documentation comply with applicable legislation? The results were analyzed and processed into tables and graphs.

The results show that nurses use perioperative documentation at operating theatres and that the documentation consists of several parts. The parts contain mandatory data required by legislation and data specific of each particular department. From the research it follows that the processing of the perioperative folders is not fully compliant with applicable legislation. Although mandatory data are included in the vast majority of perioperative folders, the nursing process, as the information which is most important for nursing care, is missing from all of the perioperative folders analyzed. Despite this, nurses consider perioperative documentation useful, not only from the medical aspect but also from the legal, financial and informative aspects.

The results of this research may stimulate creation of a unified model of perioperative documentation which can be used by hospitals not only within the Czech Republic but also throughout the European Union. Based on the results of this work it may be appropriate, in cooperation with medium-level management to organize training courses for perioperative nurses with the objective to make the audience familiar with the methodology of the nursing process and with the potential of its application in perioperative care. This work may also serve as information material for students of medical disciplines.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Perioperační dokumentace v ČR 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Michaela Kohoutová

**Poděkování:**

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Heleně Michálkové Ph.D. za odborné vedení v průběhu celé diplomové práce a pomoc při jejím zpracování. Zároveň děkuji i své rodině za podporu a trpělivost, která mi byla po celou dobu studia oporou.



# Obsah

Úvod.....	9
1. Současný stav.....	10
1.1 Zdravotnická dokumentace.....	10
1.1.1 <i>Obsah zdravotnické dokumentace</i> .....	11
1.1.2 <i>Podmínky nahlížení do zdravotnické dokumentace</i> .....	14
1.1.3 <i>Vedení, uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace</i> .....	16
1.1.4 <i>Prameny právní úpravy zdravotnické dokumentace</i> .....	18
1.2 Ošetrovatelská dokumentace.....	20
1.2.1 <i>Ošetrovatelský proces jako nedílná součást ošetrovatelské dokumentace</i> .....	21
1.2.2 <i>Vedení ošetrovatelské dokumentace</i> .....	25
1.2.3 <i>Součásti ošetrovatelské dokumentace</i> .....	27
1.3 Perioperační dokumentace.....	28
1.3.1 <i>Pacient jako holistická bytost na operačním sále</i> .....	31
1.3.2 <i>Prevence pochybení jako součást perioperační dokumentace</i> .....	32
1.3.3 <i>Ošetrovatelský proces v perioperačním období</i> .....	35
1.3.4 <i>Právní úprava perioperační dokumentace</i> .....	38
2. Cíle práce a hypotézy.....	42
2.1 <i>Cíle výzkumu</i> .....	42
2.2 <i>Hypotézy</i> .....	42
2.3 <i>Výzkumné otázky</i> .....	42
3. Metodika.....	43
3.1 <i>Metodika</i> .....	43
3.2 <i>Charakteristika souboru</i> .....	44
4. Výsledky.....	45
5. Diskuze.....	82
6. Závěr.....	91
7. Seznam použitých zdrojů.....	93
8. Klíčová slova.....	100
9. Přílohy.....	101

## Úvod

Se zaváděním ošetrovatelského procesu společně s kvalitní ošetrovatelskou dokumentací do všech oblastí péče o pacienty, vyvstává i potřeba dokumentovat práci perioperačních sester na operačním sále. Perioperační dokumentace se zcela odlišuje od ošetrovatelské dokumentace, a to nejen jejím zpracováním, ale i zaměřením. Zatímco ošetrovatelská dokumentace odráží péči o pacienta podle určitého ošetrovatelského modelu, perioperační dokumentace spíše popisuje jednotlivé kroky práce sester. Dalo by se říci, že v České republice zatím neexistuje jednotný ošetrovatelský model, který by kromě práce perioperačních sester, sledoval i potřeby a problémy pacienta v perioperačním období. Z tohoto vyplývá i určitá nejednotnost perioperační dokumentace, nejen v rámci nemocničního zařízení, ale především v rámci celé České republiky. Tato nejednotnost je dána zejména potřebou perioperační dokumentace, a tudíž i nutností zdravotnických zařízení tuto dokumentaci vytvářet pouze na základě vlastních poznatků a zkušeností s provozem operačních sálů.

Vzhledem k tomu, že pracuji na operačních sálech jako perioperační sestra, je pro mne tato problematika velmi zajímavá. Technický pokrok v medicíně sebou přináší celou řadu nových postupů, ale také nových implantátů a přístrojové techniky. Tento pokrok jde ruku v ruce s legislativními nároky na vedení perioperační dokumentace způsobem, který by mapoval nejen poskytnutou péči, ale také použité přístroje, implantáty a léčiva u každého pacienta. Všechny tyto informace slouží nejen pro následnou péči o pacienta a jeho bezpečí, ale také jako doklad pro vyúčtování nákladů spojených s operačním výkonem. Nejednotnost perioperační dokumentace mnohdy vede k tomu, že informace v ní zaznamenané, zůstávají pouze němými informacemi, jejichž význam nebývá plně využit. Pokrok však spatřuji v myšlení sester, které si uvědomují nutnost vést perioperační dokumentaci i její přínos nejen pro pacienta, ale i pro ně samé. Cílem této práce bylo zjistit, jaká dokumentace je v České republice používána a zda odpovídá platné legislativě. Získaná data z různých zdravotnických zařízení z České republiky byla porovnána a na základě zjištěných údajů byl zpracován návrh modelové perioperační dokumentace.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Zdravotnická dokumentace**

Zdravotnická dokumentace je soubor všech informací, které se vztahují ke konkrétnímu poskytování zdravotní péče konkrétní osobě. Informace jsou zachyceny ve formě listinné nebo na elektronických nosičích. Může být vedena ve formě písemné, zvukové nebo obrazové. Údaje ve zdravotnické dokumentaci jsou kvalifikované jako údaje citlivé, které mají odpovídající ochranu stanovenou právními předpisy (1).

Zdravotnická dokumentace je sbírkou osobních údajů, a to převážně citlivých osobních údajů. Přehlednost a ucelenost informací o pacientovi (výsledky laboratorních a pomocných vyšetření, znalost pacientova předchorobí, průběhu onemocnění atd.) je pro správnou léčbu nezbytná, proto byl k záznamům o nemocných vytvořen soubor dokumentů, který označujeme jako zdravotnickou dokumentaci. Některé dokumenty mají celostátní platnost a jsou ve všech zařízeních stejné, jiné se mohou v jednotlivých zařízeních lišit (2, 3).

Zdravotnická dokumentace dává informace o osobě pacienta, o jeho anamnéze, popisuje vývoj zdravotního stavu pacienta v čase, průběh poskytování zdravotní péče a slouží především pro potřeby zdravotnických pracovníků, kterým tyto informace mnohem lépe umožňují zvolit správnou diagnostickou a léčebnou (ale také preventivní či rehabilitační) strategii a taktiku ve snaze zvládnout vyskytující se zdravotní obtíže. Zdravotnická dokumentace je také zdrojem informací pro samotného pacienta, rekapitulující proměny jeho zdraví a poskytující přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny. Vedle těchto základních účelů slouží zdravotnická dokumentace i jako důkazní prostředek při sporech zejména mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, ale také třeba mezi dvěma zdravotnickými zařízeními či zdravotnickými pracovníky (2).

Nelze také zapomenout na to, že zdravotnická dokumentace je také pomůckou či nástrojem při výuce studentů lékařství či dalších oborů ve zdravotnictví. Zdravotnická dokumentace je podkladem pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče, při provádění jak interních tak externích auditech realizovaných za účelem dosažení

určité akreditace či certifikace. V neposlední řadě je zdravotnická dokumentace neocenitelným zdrojem dat pro výzkum v oblasti lidského zdraví. Slouží také jako důkaz o poskytnuté zdravotní péči, za kterou zdravotnické zařízení požaduje úhradu od zdravotní pojišťovny. Dále je zdravotnická dokumentace zdrojem informací pro správní úřady rozhodujících o různých nárocích, výhodách či sociálních dávkách pro pacienty nebo také o jejich způsobilosti pro určité činnosti (2).

Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Musí být průběžně doplňován a opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem, kdy původní záznam musí zůstat čitelný (4).

### ***1.1.1 Obsah zdravotnické dokumentace***

Zdravotnická dokumentace obsahuje nezbytné, rozhodné údaje sloužící k identifikaci pacienta, údaje potřebné ke stanovení diagnózy, údaje o zdravotním stavu pacienta i o diagnostickém a léčebném postupu. Dokumentace obsahuje rovněž identifikaci zdravotnického zařízení i konkrétních fyzických osob, které péči poskytovaly (5).

Povinné náležitosti zdravotnické dokumentace jsou stanoveny v paragrafu 1 vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Ta říká, co všechno musí povinně obsahovat zdravotnická dokumentace vedená u každého pacienta a v kterémkoliv zdravotnickém zařízení. První povinnou náležitostí jsou identifikační a kontaktní údaje. Tyto údaje se zpravidla nacházejí v úvodní části zdravotnické dokumentace a můžeme je rozdělit do tří částí. První část tvoří údaje o zdravotnickém zařízení, které vždy minimálně obsahují název, sídlo a identifikační číslo zdravotnického zařízení, název kliniky či oddělení a nepochybně i telefonní číslo do zdravotnického zařízení. Tyto údaje jsou zpravidla

předtištěny nebo jsou uváděny otiskem razítka. Je chybou, když otisk razítka má jiné údaje než identifikace předtisku záhlaví žádank a jiných blanketů. Druhou část tvoří identifikační a kontaktní údaje pacienta. Zde má být uvedeno jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, adresa místa trvalého pobytu či jiná kontaktní adresa pacienta a kód zdravotní pojišťovny. Akademický titul není identifikačním znakem pacienta, ale je vhodné jej uvádět. Osoba, která je oprávněna být informována, tak můžeme označit třetí položku dokumentace. Pacient může určit osobu, která je oprávněná na základě jeho svolení získávat informace o jeho zdravotním stavu. Do zdravotnické dokumentace je v takovémto případě třeba zaznamenat jeho jméno a příjmení, adresu místa trvalého pobytu či jinou kontaktní adresu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt. Zdravotnický pracovník by se měl vždy pacienta zeptat, zdali chce takovou osobu určit, a v případě, že se pacient rozhodne, že ano, měl by být dotázán na uvedený rozsah údajů. Jestliže pacient tyto údaje zdravotnickému pracovníkovi nepoví, neznamená jejich absence ve zdravotnické dokumentaci porušení povinností ze strany zdravotnického zařízení (2, 5).

Druhou povinnou náležitostí zdravotnické dokumentace je zdravotnický pracovník provádějící zápis. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí obsahovat identifikační údaje osoby, která jej provedla. Těmito údaji se rozumí křestní jméno, příjmení a titul. Zpravidla se provádí otiskem razítka, lze připustit i zápis rukou hůlkovým písmem. Otisk razítka je zpravidla doplněn podpisem (5).

Další nezbytnou náležitostí zdravotnické dokumentace je razítko a čas. Otisk razítka zdravotnického zařízení nemusí být standardně součástí zápisu ve zdravotnické dokumentaci. Tato povinnost se vztahuje pouze na ty součásti, které jsou předávány pacientovi nebo jiné osobě, která je oprávněna daný dokument převzít. Co se týká časového údaje, tak ten musí být uveden vždy, při každém zápisu do zdravotnické dokumentace. Časový údaj se do zdravotnické dokumentace zaznamenává také při poskytování neodkladné péče či vykonávání návštěvní služby u pacienta, při příjmu pacienta do ústavní péče, ukončení ústavní péče, předání pacienta do ambulantní péče, přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení či úmrtí pacienta. Vždy je třeba zaznamenat vedle data i hodinu této události (2).

Informace zjištěné o současném zdravotním stavu pacienta ve zdravotnické dokumentaci rozhodně nesmí chybět. Je třeba respektovat, že anamnéza bude odlišná podle medicínských oborů a diagnózy pacienta. Anamnestickými údaji se rozumí rodinná anamnéza, pracovní anamnéza, osobní anamnéza a další údaje o předchorobí. Důležitý je údaj týkající se alergií, který nesmí chybět v žádném záznamu. Anamnéza se odebírá eticky s ohledem na zdravotní stav, psychiku a stud pacienta i s ohledem na právní předpisy, neboť právní předpis stanovuje, že lze získávat a shromažďovat pouze takové údaje, které zaměstnanec potřebuje k výkonu své činnosti. Anamnéza obsahuje informace o zdravotním stavu, informace o plánovaných a provedených vyšetřeních a o výsledku vyšetření, včetně nežádoucích příhod a komplikací, které vyšetření provázely, informace o poskytované léčbě, jejím výsledku, závažnějších reakcích na ni i informace o léčbě plánované a doporučené, a informace o všech významných skutečnostech, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pacienta a které provázely poskytování zdravotní péče (5).

V případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením nebo pacientem pak zdravotnická dokumentace obsahuje ještě datum a časový údaj odmítnutí. Pokud odmítne poskytnout zdravotní péči zdravotnické zařízení nebo zdravotnický pracovník, musí být vždy zaznamenán důvod odmítnutí. Jedná-li se o odmítnutí zdravotní péče pacientem, pak je třeba vložit do zdravotnické dokumentace o tomto odmítnutí jeho písemné prohlášení. Odmítá-li pacient takové prohlášení podepsat, učiní se do zdravotnické dokumentace příslušný záznam o takovém odmítnutí (2, 4).

Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta obsahuje ještě diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje; předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení; záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péči; záznam o poskytnutí nebo předepsání léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, včetně podaného množství; záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu; záznam o provedeném očkování; záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo (4).

Nejde-li o neodkladnou péči a je-li příslušný výkon spojen s rizikem pro pacienta nebo lze volit z několika možných postupů další zdravotní péče, je nezbytnou součástí zdravotnické dokumentace písemný informovaný souhlas. Jde o písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytováním zdravotní péče. Písemný informovaný souhlas se též zakládá do zdravotní dokumentace před provedením zdravotního výkonu. Alternativně se může písemný informovaný souhlas zakládat do zdravotnické dokumentace na základě uvážení samotného zdravotnického zařízení (2, 4).

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou dále výsledky vyšetření a písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče (4).

### ***1.1.2 Podmínky nahlížení do zdravotnické dokumentace***

Charakter zdravotnické dokumentace a s tím související ochrana osobních dat pacientů patří ve zdravotnictví k nezbytným předpokladům důvěry ve vztahu mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Zdravotnická dokumentace přitom slouží nejen jako pracovní nástroj při léčbě, ale také jako doklad, či dokonce důkaz v případě soudního projednávání postupu lékaře při léčení. Špatně vedená zdravotnická dokumentace může utvrdit podezření na postup non lege artis, zatímco dobře vedená zdravotnická dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před velmi závažnými obviněními (6).

Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence, lékaři, všeobecné sestry, lékárníci a ostatní zdravotničtí pracovníci, pověřeni členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory, revizní lékaři zdravotních pojišťoven, soudní znalci v oboru zdravotnictví, lékaři správních úřadů ve zdravotnictví, lékaři pověřeni krajem, členové znalecký komisi, pověřeni zdravotničtí pracovníci

orgánu ochrany veřejného zdraví, lékaři orgánů sociálního zabezpečení, zaměstnanci zdravotnických zařízení zajišťující zpracování dat při vedení dokumentace, a konečně zaměstnanci státu nebo zpracovatele, kteří zajišťují úkoly Národního zdravotního informačního systému (4).

Specificky je právo nahlížet do zdravotnické dokumentace upraveno u těch, kteří dosud nejsou zdravotnickými pracovníky, ale získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, tj. studují na zdravotnických školách, lékařských a lékárnických fakultách nebo se jinak na zdravotnické povolání připravují. Souhlas s přístupem do zdravotnické dokumentace zde musí dát, pro každý konkrétní případ, pověřený pracovník zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku (tento pracovník určuje pacienty, u nichž lze do dokumentace nahlížet). Písemný souhlas pak musí dát sám pacient, případně jeho zákonný zástupce. Tento souhlas pacienta (zákonného zástupce) se nevyžaduje pouze v případě, kdy jej není možno vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta získat. Současně s právem nahlížení do dokumentace se osobám připravujícím se na zdravotnické povolání ukládá povinnost zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly (6).

Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, ale nikoli již právo na dokumentaci jako takovou. V praxi to znamená, že zdravotnický pracovník není oprávněn pacientovi zatajovat žádný údaj týkající se jeho zdravotního stavu (zejména výsledky vyšetření, diagnózu, zjištěné hodnoty či nálezy, léčbu apod.). Ponechává se však na rozhodnutí lékaře, zda podá pacientovi podrobnou a ucelenou informaci ústní či zda pacientovi umožní studovat si vlastní zdravotnickou dokumentaci, případně si z ní činit výpisky či pořizovat fotokopie. Postup lékaře by přitom měl korespondovat s ustanovením zákona o povinnosti poučit pacienta vhodným způsobem o povaze onemocnění a potřebných výkonech (4, 6).

Zcela specifickou problematiku představuje právo pozůstalých na informace a přístup ke zdravotnické dokumentaci zesnulého. Navrhuje se stanovit, že pokud se zemřelý za svého života písemně nevyjádřil, komu mohou být informace o jeho



zdravotním stavu poskytnuty, lze osobám blízkým, pozůstalým manželům, dětem, popř. rodičům zpřístupnit zdravotnickou dokumentaci týkající se jejich zemřelého příbuzného (6).

A konečně i způsob použití informací obsažených v dokumentaci v případě, že pacient změní lékaře. V tomto případě ukládá dosavadnímu lékaři povinnost předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče. Předání těchto informací je možné buď ve formě kompletní kopie dosavadní zdravotnické dokumentace, nebo ve formě výpisu ze zdravotnické dokumentace. Originál zdravotnické dokumentace by měl zůstat u původního ošetřujícího lékaře, a to z důvodů případné kontroly ze strany zdravotní pojišťovny i z důvodů možného vyžádání ze strany orgánů činných v trestním řízení nebo soudu (6).

### ***1.1.3 Vedení, uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace***

Teprve v roce 2001 byla novelou zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, založena zákonná povinnost všech zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci, protože do té doby byla výslovně uložena povinnost řádně vést zdravotnickou dokumentaci pouze nestátním zdravotnickým zařízením prostřednictvím zákona č. 160/1992 Sb. Vedle toho, obecnou povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci zakotvovaly v minulosti jen stavovské předpisy (6).

Dosud se zřejmě z důvodů předpokládané vyšší míry věrohodnosti ve většině zdravotnických zařízení dává přednost vedení zdravotnické dokumentace v listinné formě, nicméně s ohledem na rozvoj informačních technologií zákon výslovně připouští vedení zdravotnické dokumentace i v elektronické formě. Základem je zaručený elektronický podpis. Je třeba uvést, že zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout na papír, který se opatří datem a podpisem osoby, která zápis provedla, a zařadí se do dokumentace pacienta. Každá část se považuje za samostatnou část dokumentace a musí být nejen všechny podepsány, ale také opatřeny dostatečnou identifikací pacienta. Zápisy v elektronické formě obsahující

zaručený elektronický podpis pořizovatele musí splňovat základní podmínky. Musí být podepsány zaručeným elektronickým podpisem v každé jednotlivé části dokumentace, zálohovány minimálně jedenkrát během pracovního dne na záložní médium, nejméně jedenkrát ročně jsou z nich pořízeny archivní kopie, které není možné dodatečně upravovat (např. na CD-ROM) a jejich archivní kopie musí umožnit čitelnost a přístupnost informací po celou předepsanou dobu archivace (6).

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden pravdivě, průkazně čitelně, musí být pravidelně doplňován a každý záznam musí být vždy datován a označen identifikací osoby, která jej provedla. U důležitých informací musí záznam obsahovat i čas, což se především týká času příjmu pacienta se závažným zdravotním stavem, záznamů o aplikaci léků a zejména pak záznamů o resuscitaci. Záznamy do zdravotnické dokumentace provádějí lékaři i sestry. Sanitáři běžně zápisy do dokumentace neprovádějí, ale je možné připustit, že i sanitář výjimečně provede o závažné skutečnosti do zdravotnické dokumentace záznam (5).

Opravy ve zdravotnické dokumentaci by neměly být časté. Pokud jde o způsob zápisu oprav, platí zde, že původní zápis musí zůstat čitelný s tím, že opravy se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Z toho vyplývá, že se nepřipouští ve zdravotnické dokumentaci škrtat, gumovat, přelepovat a provádět podobné opravy. Opravy v chorobopise může provádět jen osoba oprávněná, opravu ordinace provádí pouze lékař (5, 6).

Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotní péče nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí skartační lhůty vyřazena z evidence a navržena ke zničení. Vyřazování se provádí ve skartačním řízení, které se provádí jedenkrát za rok komplexně za celé zdravotnické zařízení. Bez skartačního řízení nelze zdravotnickou dokumentaci ničit. Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta. Odborný dohled nad provedením skartace ve zdravotnických zařízeních provádí skartační komise. Členy skartační komise, které jmenuje a odvolává provozovatel zdravotnického zařízení nebo jím určený vedoucí zaměstnanec tohoto zdravotnického

zařízení, jsou zdravotničtí pracovníci. Skartační znaky označují, jak se zdravotnickou dokumentací po uplynutí skartační lhůty ve skartačním řízení naloží. „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne ke zničení a „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit (7).

Pokud jde o povahu zdravotnické dokumentace, lze uvést, že je souborným dokumentem, který existuje pro všechny obyvatele České republiky, a jejím znakem je i to, že existuje ve formě listinné i elektronické souběžně na řadě míst a v podobě předem neomezeného počtu samostatných součástí. Základní rámec právní úpravy zdravotnické dokumentace je proveden v § 54 a § 55 zákona o zdravotních službách, který poměrně přesně vymezuje jak její povinný obsah, tak pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Z výše uvedeného ustanovení také vyplývá, že vyšetřovat a léčit bez řádného vedení zdravotnické dokumentace není v souladu se zákonem (6).

#### ***1.1.4 Prameny právní úpravy zdravotnické dokumentace***

Historicky nejstarší zmínka o zdravotnické dokumentaci v právním předpisu na úrovni zákona se objevila v zákoně č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který nabyl účinnosti 15. dubna 1992 (2).

Základním právním předpisem upravujícím právo člověka na ochranu osobních údajů v osobním životě, zdraví apod. je zákon č. 40/1964 Sb. a Občanský zákoník v platném znění. Z hlediska ochrany osobních údajů pacienta, povinností zdravotníků a zdravotnického zařízení je důležitý zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon č. 551/1991 Sb., o zdravotním pojištění. Zákon č. 260/2001 Sb. mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a přesně definuje zdravotnickou dokumentaci, způsob a náležitosti vedení, včetně oprávnění do ní nahlížet, podmínky zveřejňování jejího obsahu. Nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a vyhláška č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci ukládají zdravotnickým zařízením povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, určuje obsah zdravotnické dokumentace,

upravuje podmínky vedení zdravotnické dokumentace pouze na paměťových médiích výpočetní techniky, kde je nejdůležitějším předpokladem existence zaručeného elektronického podpisu osoby, která zápis provedla. Zároveň je uložena povinnost převést takovýto záznam na papírový nosič a osoba, která záznam provedla, ho opatří datem a podpisem a zařadí jej do zdravotnické dokumentace pacienta (8, 9).

Význam v ochraně osobních údajů pacienta před zneužitím má také zákoník práce a etické kodexy ve zdravotnictví. Základní normou je Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky. Některá její ustanovení stanoví, byť na obecné úrovni, principy a meze vedení a přístupu ke zdravotnické dokumentaci (2, 8).

Neméně důležitá je i mezinárodní úmluva obsahující základní principy přístupu ke zdravotnické dokumentaci. Někdy se o ní hovoří jako o bioetické konvenci, ale její plný název však zní „Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.“ Klíčový je článek 10 úmluvy, který deklaruje, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví, a že je každý oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Úmluva byla publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s. (2).

Právní úprava přístupu pacienta k dokumentaci provedená novelou zákona č. 111/2007 Sb., dává pacientovi pouze nárok na kopie, opisy či pořizování výpisů z dokumentace, nikoliv nárok na její originály. Změn však bylo více. V oblasti povinné mlčenlivosti byla doplněna možnost prolomení povinné mlčenlivosti v rámci obhajoby zdravotnického pracovníka v trestném řízení a dále došlo k některým změnám ve vymezení osob oprávněných nahlížet do zdravotnické dokumentace (2, 10).

Obsahu zdravotnické dokumentace, jejího vedení i nakládání s ní se věnují (být v několika málo ustanoveních) i jiné právní předpisy. Za všechny zde stojí za to zmínit zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a zákon č. 167/2012 Sb., o archivnictví a spisové službě (2).

Jakákoliv činnost ve společnosti byla, je a i v budoucnu nadále bude upravena řadou obecně závazných norem, které stanovují pravidla chování členů společnosti při jejich činnosti. Proto i poskytování zdravotní péče je upraveno obecně závaznými

předpisy různých právních odvětví, které stanovují práva a povinnosti poskytovatelů i konzumentů zdravotní péče. Dodržování právních předpisů je vynutitelné a jejich nedodržování je sankcionováno (11).

## **1.2 Ošetrovatelská dokumentace**

Ošetrovatelskou dokumentací rozumíme všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity. Ošetrovatelská dokumentace není vlastnictvím pacienta, i když obsahuje citlivé údaje o jeho osobě. Není také vlastnictvím toho, kdo záznamy provedl, a proto s ní nemůže zdravotnický pracovník sám o sobě volně disponovat. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace, a jejím prostřednictvím můžeme sledovat celý průběh onemocnění pacienta (12, 13, 14).

Dokumentace je také nepřetržitý záznam o tom, co se děje s každým pacientem, a je také právním podkladem, který chrání pacienta, sestru, lékaře i zařízení. Měla by být psána jasným a věcným způsobem, který odráží vývoj stavu pacienta směrem k očekávaným měřitelným výsledkům, za použití intervencí, které byly naplánovány personálem (15).

Z ošetrovatelského hlediska, dokumentace poskytuje důkaz, že pacientovi je poskytována individualizovaná péče metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je metoda poskytování péče jedinci, rodině a komunitě. Tato metoda byla a je široce akceptována sestrami od roku 1967. V 60. letech 20. století panoval názor, že ošetrovatelský proces je čtyřdílným procesem skládajícím se z hodnocení (assessment), plánování (planning), realizace (implementation) a vyhodnocení (evaluation), ale brzy po prvním popisu ošetrovatelského procesu čelní představitelé ošetrovatelství poznali, že údaje z hodnocení musí být organizovány a interpretovány ještě před tím, než sestry mohou začít plánovat, realizovat nebo vyhodnocovat plán pomoci pacientům (15, 16).

### ***1.2.1 Ošetrovatelský proces jako nedílná součást ošetrovatelské dokumentace***

Na základě těchto poznatků o využití ošetrovatelského procesu v praxi, kdy roku 1973 uveřejnila Americká Asociace Sester ošetrovatelský proces jako „Standard ošetrovatelské praxe“, který má pět fází. První fází je zhodnocení, kdy sestra nejdříve, pokud je to možné, ve spolupráci s pacientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav, to znamená, že sestaví anamnézu. Adekvátní systematické ošetrovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta je považováno za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností, kterou se sestry naučí tím, že ji opakovaně provádějí. Sestra od pacienta získává kromě objektivních informací i údaje subjektivní. Údaje získává nejen od pacienta, ale i jeho rodiny, přátel, spolupacientů nebo komunity. Objektivní informace zjistíme pozorováním nebo jejich srovnáním s normou. Subjektivní informace popisuje pacient sám a představují jeho vnímání zdravotního stavu nebo životní situace. Tyto informace získáváme použitím různých metod mezi, které můžeme zařadit nejen pozorování a rozhovor s pacientem, ale i různé testy a měřicí techniky, které byly vytvořeny k měření objektivního hodnocení aktuálního stavu a schopností pacienta např.: Stupnice Nortonové, Měřítka na bolest-vizuální škála bolesti, Glasgow Coma Scale. Všechny získané informace a údaje je nutné zaznamenávat věcně a zapisují se do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu (15).

Diagnostika je druhým krokem ošetrovatelského procesu a následuje po ukončení zhodnocení zdravotního stavu pacienta. V této fázi probíhá analýza a syntéza získaných a uspořádaných údajů s cílem určit jeho zdravotní problémy. Diagnostický proces v ošetrovatelství se liší od diagnostického procesu v lékařství v tom, že v situacích, kdy je to možné, osoba nebo osoby, jež jsou v centru ošetrovatelské péče, by měly být zapojeny jako partneři sester při posuzování a v diagnostickém procesu. Je tomu tak proto, že cílem ošetrovatelské péče je dosažení well-being (pocitu osobní pohody) a sebeaktualizace dané osoby. Prožitky a reakce lidí na zdravotní problémy a životní procesy mají pro ně specifické významy a tyto významy jsou identifikovány pomocí sester. Také se předpokládá, že sestry neuzdravují pacienty svými diagnózami a intervencemi, ti se uzdravují vlastním chováním. Takže pro dosažení změn v chování,

kteře ovlivňují zdraví, pacienti a sestry společně identifikují co možná nejpřesnější diagnózy, které mají potenciál vést ošetrovatelskou péči k dosažení pozitivních zdravotních výsledků (16, 17).

Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální (jasně se projevující) a potencionální (skryté, existuje riziko jejich vzniku). Dále můžeme diagnózy rozdělit na vysoce rizikové (pokud je pacient, rodina nebo komunita ohrožena rizikovými faktory) a zdraví podporující (popisují lidské reakce, které představují zlepšení a upevnění zdraví jednotlivce, rodiny, nebo komunity). Ošetrovatelská diagnóza se skládá ze standardního názvu a definice, z příčin a souvisejících faktorů, které vedou ke vzniku ošetrovatelské diagnózy nebo k ní mají nějaký vztah. Určením konkrétních příčin vzniku u pacienta ji individualizujeme. A z charakteristických projevů, které se mohou projevovat v různé míře. Ošetrovatelská diagnostika probíhá ve třech fázích, z nichž první fáze spočívá v analýze informací, kdy analyzujeme získané informace a určíme odlišnosti stavu zdraví od normy nebo očekávaných výsledků, které indikují problém nebo riziko rozvoje problému. Druhá fáze je identifikace problémů, kdy abnormality nebo rizika shrneme do oddělených širších problémových okruhů (tělesné problémy a psychosociální problémy). Třetí fází ošetrovatelské diagnostiky je formulace ošetrovatelských diagnóz, které musí odpovídat získaným informacím (15).

Ošetrovatelská diagnóza je jednotvárným návodem, jakým způsobem je zapotřebí k obtížím pacienta přistupovat, na co vše je nutné se u něj zaměřit a jakým způsobem je možné jeho obtíže prakticky zvládnout. Z přesné ošetrovatelské diagnózy sestra může vyvodit celou řadu účinných sesterských zásahů, což její práci výrazně zkvalitňuje. Práce sestry spočívá v dokonalém sladění její práce s potřebami pacienta za účasti jeho rodiny. Je nutné si uvědomit, že sesterské zásahy jsou především součástí lidské odpovědi na projevy pacienta, nikoli samotné choroby (17).

Mezi výhody ošetrovatelských diagnóz patří usnadnění komunikace mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu, usnadňují péči v případě, že se pacient přemístí na jinou jednotku nebo jiného zařízení, posilují ošetrovatelský proces a poskytují směr pro plánování nezávislých ošetrovatelských intervencí, pomáhají uskutečňovat komplexní péči o zdraví jednotlivce a její kontinuitu, pomáhají identifikovat zaměření

ošetřovatelských činností a tím usnadňují měření a hodnocení kvality péče, a bezpochyby slouží i jako podklad pro financování ošetřovatelské péče (15).

Cílem ošetřovatelství je „zdraví lidských bytostí“, nikdy nevíme přesně, co jiné lidské bytosti prožívají. Přesto je cílem ošetřovatelství identifikovat lidské prožitky nebo reakce pro jejich podporu. U lidských reakcí také existuje obrovské překrývání diagnostických náznaků a mnoho souvisejících faktorů, jako např. kultura, které mohou změnit perspektivu diagnózy (16).

Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování ošetřovatelské péče. Během této fáze je vytvořen individuální plán péče, který obsahuje stanovení problémů pacienta, cíl, očekávaný výsledek, ošetřovatelskou intervenci a čas nebo datum, kdy má být cíle dosaženo nebo má být problém znovu přezkoumán. Představuje řadu aktivit sestry a charakteristická je i písemná forma plánu péče. Plán péče představuje i podklad pro stanovení ceny individuální ošetřovatelské péče u každého pacienta. Plánování je důležitou fází ošetřovatelského procesu, ve které určujeme cíle, jež jsou zaměřené na pacienta, a plánujeme ošetřovatelskou strategii, která vede k dosažení plánovaných cílů. Cíl by měl být pro pacienta individuální, měřitelný a reálný vzhledem k jeho aktuální situaci. Cíl pacienta je očekávaná nebo žádoucí změna jeho zdravotního stavu po realizaci ošetřovatelských intervencí. Cíle obecně dělíme na krátkodobé (8, 12, 24 hodin) a na dlouhodobé (dny, týdny, měsíce). Očekávaný výsledek (cíl) je definován jako výsledek ošetřovatelských zásahů (intervencí) a reakce pacienta na ně, kterého bylo dosaženo ve vymezeném čase, v určité situaci a za dostupnosti určitých zdrojů. Očekávané výsledky jsou měřitelné kroky směrem ke zlepšování zdravotního stavu pacienta, k propuštění a k uzdravení. Očekávané výsledky se skládají ze subjektu (pacient – jeho puls, tělesná teplota, operační rána, apod.), chování (sloveso demonstrující chování), stanovení podmínek (za kterých pacient předvede určité chování) a kritéria (časový rámeček). Očekávané výsledky (cíle) pacienta jsou formulovány do plánu péče ke každé stanovené ošetřovatelské diagnóze jako chování pacienta, které mohou být pozorovány ve stanoveném čase, zdali jich bylo/nebylo dosaženo. Očekávané výsledky lze také formulovat pomocí slov vidím, slyším nebo pozoruji, která nás mají přesvědčit o tom, že je pacient zlepšen nebo jeho problém je



odstraněn. Na stanovení očekávaných výsledků navazuje plánování ošetrovatelských činností. Sestra ze stanovených cílů vytvoří plán ošetrovatelské péče neboli vhodné ošetrovatelské intervence, které povedou k dosažení cílů (15, 17, 18, 19).

Během čtvrté fáze ošetrovatelského procesu dochází k realizaci ošetrovatelských strategií, které byly zaznamenány v plánu ošetrovatelské péče. Jejím úkolem je dosažení naplánovaných cílů individualizované péče. Tato fáze propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden dynamický celek. Na řešení problémů pacienta a jeho rodiny se podílí multidisciplinární tým profesionálů. Samozřejmě je snaha aktivně zapojit samotného pacienta a jeho rodinu. Stupeň jeho účasti je však závislý na jeho zdravotním stavu. Pacient v bezvědomí může být těžko aktivním účastníkem na rozdíl od pacienta ambulantně ošetrovaného. Při realizaci ošetrovatelské péče se sestry řídí standardy zařízení, metodickými a závaznými pokyny, průvodci, návody a jinými předpisy. Předpokládá se opakované vyhodnocování stavu pacienta a revize plánu péče podle potřeby. Veškeré realizované činnosti a jejich výsledný efekt musí být řádně dokumentovány. Tyto záznamy slouží, mimo jiné, také jako podklady pro vyhodnocování poskytnuté péče a její efektivity (15, 17, 20).

Pátá fáze ošetrovatelského procesu je velmi významná, protože sestra provádí hodnocení účinnosti péče, jež byla poskytnuta podle individuálního plánu pacienta. Vyhodnotit znamená zjistit, zda a do jaké míry byly pacientovy cíle splněny. Sestra průběžně hodnotí svoji činnost a nepokračuje v neúčinných intervencích. Pokud jsou jednotlivé problémy pacienta vyhodnocovány v průběhu realizované péče, pak mluvíme o hodnocení průběžném. To slouží k zajištění kvality péče, dynamičnosti a efektivity péče, individuálního tempa v dosahování cílů pacientem. Na základě výsledků tohoto hodnotícího procesu je možno korigovat a aktualizovat plán ošetrovatelské péče. Naopak výstupní nebo také závěrečné hodnocení shrnuje poskytnutou péči, pokroky, kterých pacient dosáhl, ošetrovatelské problémy, které přetrvávají atd. Toto hodnocení se stává podkladem pro vypracování překladové či propouštěcí ošetrovatelské zprávy. Vyhodnocovací fáze ošetrovatelského procesu má svůj význam i v měření kvality ošetrovatelské péče, což je záměrem všech zdravotnických zařízení (15, 17, 20).

Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb pacientů. Přínos lze spatřit tedy nejen v lepší návaznosti ošetrovatelské péče a v kvalitnějším předávání informací o aktuálním stavu pacienta, ale i v možnosti pacienta podílet se na poskytované péči (14).

### ***1.2.2 Vedení ošetrovatelské dokumentace***

Záznamy do ošetrovatelské dokumentace provádějí sestry. Při jejím vedením musí sestra dodržovat právní normy a obecné zásady stanovené pro provádění záznamů. Každé zařízení musí také mít vypracován ošetrovatelský standard „vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace“, který sestra dodržuje. Ošetrovatelskou dokumentaci sestra zakládá při přijetí klienta do zařízení a pak průběžně provádí záznamy až do ukončení jeho pobytu (21).

Ošetrovatelská dokumentace zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti, které se týkají poskytování ošetrovatelské péče konkrétním pacientům. Vlastní záznam definují jako konkrétní zápis kompetentního pracovníka, tj. sestry, do ošetrovatelské dokumentace, který dokumentuje konkrétní postup, konkrétní výsledek postupu, stav pacienta či jinou závažnou skutečnost (22).

Veškerá manipulace s dokumentací se velmi úzce dotýká práv a ochrany osobních dat pacienta, a proto je velmi důležité při jejím vedení dodržovat určité zásady. Mezi tyto zásady můžeme beze sporu zařadit diskrétnost, efektivnost, transparentnost, zákonnost a samozřejmě pravdivost všech údajů zanesených do dokumentace. Důležitost dokumentace můžeme vidět také v kontinuitě a chronologickém přehledu postupu ošetrovatelské péče, která slouží nejen ke kontrole kvality a obsahu péče, ale může být také použita jako zdroj hodnověrných informací pro právní účely (21).

Všechny informace, které jsme získali, vše co jsme realizovali, je nutné dokumentovat. Pro přehlednost a rychlou orientaci je důležitá přehledná, úplná, stručná, srozumitelná, dostupná a jednotná dokumentace v rámci zdravotnického zařízení (23).

Záznam v ošetrovateľskej dokumentácii môže byť veden na záznamových nosičoch vo forme textovej, grafickej alebo audiovizuálnej. Údaje v dokumentácii musí byť vedeny v listinnej alebo v elektronickej forme. Zásad pro provádění zápisu do ošetrovateľskej dokumentace je niekoľik. Jako první můžeme uvést čitelnost, nesmazateľnosť, pravdivost a výstižnosť záznamu s použitím ustálené ošetrovateľskej terminologie. Při vyplňování záznamů musí být prokazatelně jasné, kdo údaje zaznamenal, popř. opravil a musí obsahovat čas, datum a podpis této osoby. Nedoporučuje se používat zbytečných zkratek, protože by mohlo dojít k nepochopení či záměně těchto údajů. V dokumentaci není dovoleno přelepování. Chybný záznam musí být rovně přeškrtnut a nahrazen novým, správným. Je třeba si uvědomit, že jakékoliv přelepování a nečitelné zaškrťávání ošetrovateľskou dokumentací značně zpochybňuje (15, 22, 24).

Z těchto zásad vyplývá tedy potřeba „společného jazyka“ v ošetrovateľství. Pro usnadnění vzájemné i mezioborové komunikace, urychlení změn v ošetrovateľské praxi a vedení elektronickej dokumentace, vzniká na mezinárodní úrovni standardní terminologie, tzv. mezinárodní klasifikace ošetrovateľské praxe (ICNP), která pojmenovává činnosti, které vykonávají kvalifikované všeobecné sestry, včetně ošetrovateľských diagnóz, očekávaných výsledků a ošetrovateľských intervencí (25).

Existuje mnoho důvodů pro používání standardní terminologie, ale jako základní se jeví tři. První důvod je standardní terminologie k jasnému vymezení ošetrovateľské profese. Je třeba odstranit potíže v komunikaci jak sester mezi sebou, tak i s dalšími poskytovateli zdravotní péče a s veřejností. Druhým důvodem, který vede sestry k používání standardní terminologie je nástup počítačového zpracování záznamů o pacientovi a informačních systémů ošetrovateľství, které vyjadřují jejich činnosti. Třetím důvodem k vytvoření standardní terminologie je narůstání poznatků v oboru ošetrovateľství. Standardizované ošetrovateľské terminologie, jako jsou NANDA, NIC a NOC, poskytují prostředky pro sběr ošetrovateľských údajů, které jsou systematicky analyzovány v rámci a napříč organizacemi zdravotní péče. Navíc jsou tyto údaje nezbytně důležité pro poskytování základu pro jakoukoli analýzu nákladů a přínosu pro ošetrovateľskou praxi (15, 16).

Za konkrétní záznam v dokumentaci, tj. za jeho pravdivost, čitelnost i obsah, odpovídá vždy jen sestra, která záznam provedla. Jsou-li chyby v dokumentaci systémové, tedy stejné chyby se vyskytují u více sester na stanici, pak odpovídají sestry každá za svůj chybný záznam, a staniční sestra odpovídající za chod stanice. Za systémovou chybu oddělení pak nese odpovědnost sestra vrchní (22).

Práce s ošetrovatelskou dokumentací by neměla znamenat překážky. Neměla by být činností izolovanou od samotné péče, ale měla by se stát významným pomocníkem a součástí péče o pacienty (14).

### ***1.2.3 Součásti ošetrovatelské dokumentace***

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci definuje náležitosti tří možných součástí zdravotnické dokumentace z oblasti ošetrovatelství. Tato vyhláška nepoužívá jinak rozšířený termín „ošetrovatelská dokumentace“, ale termín „dokumentace ošetrovatelské péče“. První ze součástí ošetrovatelské dokumentace, která je potřebná jako výchozí bod pro poskytování ošetrovatelské péče, je ošetrovatelská anamnéza pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení potřeb pacienta pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a pro formulaci ošetrovatelského plánu. Následuje ošetrovatelský plán, který by měl obsahovat popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta. Dále postupy poskytování ošetrovatelské péče, podle povahy postupů – datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření či jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta a v neposlední řadě hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče. Pokud se v průběhu ošetrovatelského procesu vyskytnou důvody pro změny ošetrovatelského plánu, je třeba i tyto změny zaznamenat. Třetí část ošetrovatelské dokumentace tvoří ošetrovatelská propouštěcí zpráva či doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu. Ta se vyhotovuje v případě, že je pacient předáván do další ošetrovatelské péče. Tato propouštěcí zpráva či doporučení obsahuje shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta, aktuální údaje o

poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků a záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče (2, 7).

Jako další součásti ošetrovatelské dokumentace můžeme uvést záznamy či pacientem podepsané formuláře v souvislosti s jeho přijetím do ústavní péče a seznámením s potřebnými informacemi, dále záznamy sledující konkrétní rizika u pacienta a realizaci opatření proti těmto rizikům typu dekubity, pády, výživa a bolesti. Vytvářejí se též edukační záznamy popisující priority výuky pacienta, jakých metod bylo při výuce použito a jak na ně pacient reagoval. Jako samostatná součást ošetrovatelské dokumentace může být záznam o ošetřování ran, který je veden u pacientů s kožními defekty, rozsáhlými vícečetnými defekty anebo u pacientů s dekubity. Za zmínku stojí též tzv. teplotka čili ordinační karta, do které sestry zaznamenávají tělesnou teplotu pacienta, výšku a váhu, údaje o odchodu stolice, sledování bolesti, podávání léčivých přípravků a aplikaci infúzí (2).

Při vytváření dalších potřebných součástí ošetrovatelské dokumentace nejsou zdravotnická zařízení a jejich ošetrovatelský personál nijak Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci omezováni (2).

### **1.3 Perioperační dokumentace**

Jednoznačně první sestrou, která shromažďovala a prakticky využila data, grafy a diagramy, byla první dáma ošetrovatelství Florence Nightingalová. Když této „dámě s lampou“, jak byla také přezdívána, v roce 1907 Edvard VII. udělil jako první ženě v historii vyznamenání za zásluhy, ocenil i její výjimečný podíl na zásadních změnách v tehdejší zdravotnické dokumentaci, jakkoli se tak ještě nenazývala (26).

Od té doby uplynulo více než sto let. Ruku v ruce s převratnými objevy v medicíně se ošetrovatelství vyvíjelo až do dnešní podoby, kdy se stalo samostatnou vědeckou disciplínou. Přesto se ukazuje, že místy jsme na začátku. Ošetrovatelský proces se ve

světě používá přes 40 let, u nás se tato klíčová metoda práce sester zavádí do praxe teprve v posledních zhruba patnácti letech (27).

Vstupem na půdu Evropské unie vyvstává potřeba dokumentovat práci na operačních sálech způsobem, který by popisoval jednotlivé kroky činnosti perioperačních sester co nejpřesněji, ale zároveň co nejstručněji, protože při tak dynamické činnosti, jakou práce perioperační sestry bezesporu je, jen těžko mohou trávit dlouhé minuty vyplňováním obsáhlých záznamů (28).

Perioperační péče má nezastupitelné postavení v procesu podpory a navrácení zdraví. Jejím hlavním cílem je vytvořit optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k nekomplikovanému hojení operační rány a následné rekonvalescenci pacienta. Sestry přispívají k poskytování kvalitní individualizované péče o pacienta. Nesledují pouze jeho fyzický stav, ale nazírají na něj z komplexního biopsychosociálního hlediska (29).

Samostatnou kapitolu tvoří dokumentace určená operačním sálům. Operační obory se v posledním desetiletí neuvěřitelně rozrostly a k činnosti sálové, nověji sestry pro perioperační péči, přibýly další nezastupitelné role. V práci sestry pro perioperační péči se tedy už nejedná jen o znalost tradiční, jež zahrnuje a vždy zahrnovala osvojení si anatomie, ustálených operačních postupů, péče o nástroje a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, ale také znalost moderní, která je definována náročnou rolí technika, manipulanta, znalce sofistikovaných instrumentárií a nejnovějších operačních technik. Přestože je zřejmé, že právě nezbytné převzetí nových rolí nebylo pro většinu sester jednoduché a se zavedením ošetřovatelského procesu z mnoha důvodů váhaly, je na operační sály postupně implementován. Z charakteru práce sester operačních sálů vyplývá, že jeho aplikace je zde jiná než na lůžkových odděleních. To platí především pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, jež jsou specifické a jsou determinovány riziky operačního výkonu jako takového a s ním související perioperační ošetřovatelská péče (27, 30).

Zdravotnictví je obor, kde každá chyba může být zásadní, proto jsou i nároky na zpracovávání dokumentace vyšší. To je v některých oblastech tak časově náročné, že se přibližuje době péče o pacienta. Moderní informační systémy umožňují vedení

perioperační sesterské dokumentace v elektronické podobě (viz Příloha 1) a tím i propojení s jinými programy, které jsou pro vedení této dokumentace nezbytné. Přesto, že elektronicky vedenou dokumentaci zákonné úpravy umožňují, je pro její zranitelnost v naprosté většině případů uplatňováno pravidlo o paralelním vedení v papírové podobě, takže každý elektronický dokument je vytisknut, podepsán a založen do chorobopisu. Jedná se o způsob automatizovaného zpracovávání perioperačního protokolu na pacienta po každé operaci. Tento systém zpracování perioperační dokumentace vede k zjednodušení, zefektivnění a zpřesnění práce sester, zároveň dokladuje veškeré procesy, informace jsou přenositelné, vzniklá databáze je přehledná, snadno dohledatelná a eviduje celkové náklady na léčbu pacienta. Vedení elektronické dokumentace s sebou, ale přináší i nemalá rizika. V první řadě je důležité zmínit, že ochrana osobních dat pacientů je komplikovaná a vyžaduje kvalitní a nepřetržitě aktualizovanou antivirovou ochranu každého počítače. S tím souvisí i nevratné zhroucení nemocničního informačního systému (NIS), které představuje ztrátu všech dat najednou. Avšak i zde existuje určitá ochrana v podobě zálohování dat v pravidelných intervalech. Přepisování elektronických dat lze také považovat za určité riziko, které ovšem bylo vyřešeno novelou zákona o elektronickém podpisu č.167/2012 Sb.), která říká, že každý záznam do elektronické zdravotnické dokumentace musí být opatřen uznávaným elektronickým podpisem nebo uznávanou elektronickou značkou. I přes určitá rizika, která elektronickou dokumentace bezesporu provází, je vedena stále větší snaha některé činnosti automatizovat a zavádět postupně formy elektronické dokumentace i do oblasti ošetrovatelské péče (3, 31, 32, 33).

Perioperační ošetrovatelská dokumentace by měla zajistit maximálně bezpečný průběh perioperační péče pacientovi i celému operačnímu týmu. Je třeba si s plnou odpovědností uvědomit, že teprve spojení tradičních atributů s aplikací moderních požadavků, v tomto případě monitoringu prostřednictvím dokumentace, tvoří skutečný profil perioperační sestry (27, 28).

### ***1.3.1 Pacient jako holistická bytost na operačním sále***

Holismus je idealistická teorie celistvosti. Idealistickým názorem je, že celek jako souhrn jednotlivých částí nabývá nových vyšších vlastností nezávislých na jeho částech. Holistické teorie vidí všechny živé organismy jako jednotlivé celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje součást biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Dojde – li k poruše v jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému (8, 15).

Holistická ošetrovatelská péče vyžaduje orientaci na tělo i psychiku. To znamená, že bere v úvahu jak tělesné, tak psychosociální potřeby pacienta. Sestra, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči, pohlíží na pacienta jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli na její pouhé části. Taková sestra je odhodlána pomáhat pacientům, aby dosáhli a udrželi si optimální zdraví (34).

Péče o pacienty na operačním sále je náročná a zároveň pacienty velmi málo oceňována s ohledem na jejich aktuální fyzický a psychický stav. Očekávaný operační výkon je u všech pacientů spojen s pocity úzkosti a strachu. Pacient se na operačním sále dostává nejen do neznámého prostředí, ale i do situace, kterou svým jednáním nemůže zásadně ovlivnit. Je plně odkázán na péči zdravotníků. Právě z těchto důvodů je potřeba věnovat zvýšenou pozornost jeho potřebám, potencionálním rizikům a pochybením (35).

Mimořádně důležitou roli při tlumení obav, úzkosti a strachu pacienta hraje rozhovor s lékařem. Proto je dnes samozřejmou součástí předoperační přípravy i dokonalé obeznámení pacienta s tím, co se bude dít během operace, proč se výkon provádí, jaká je jeho prognóza. Informace je vhodné pacientovi poskytovat v dostatečném časovém předstihu, nikoli těsně před výkonem, aby se na ně mohl vnitřně připravit. Předpokládá se, že na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší. Negativní jevy lze u pacienta ovlivnit správnou ošetrovatelskou péčí. Ošetrovatelské intervence pomáhají pacientům lépe se adaptovat na operační výkon. Pacient potřebuje časový prostor a je třeba, aby slovně vyjádřil svůj strach nebo úzkost. Není dobré výkon zlehčovat nebo obavy bagatelizovat. Je třeba pacientovi naslouchat, akceptovat jeho



projevy chování, a pokud jsou neadekvátní, vyhnout se jejich posuzování a pokusům je změnit (35, 36).

Velmi významnou součástí efektivní perioperační péče je haptický kontakt s pacientem. Komunikace dotykem je realizována hmatem a stimulací nervových receptorů v kůži. Přestože je haptický kontakt v perioperačním období doporučován, zejména za účelem zklidnění pacienta a psychické podpory, je třeba zdůraznit, že mezi pacienty existují dotykové rozdíly. Proto bychom se haptickému kontaktu při poskytování perioperační ošetrovatelské péče neměli vyhýbat, ale zároveň pacienta dotyky ani nepřesytit. Pacient od ošetrovatelského personálu očekává zájem o svoji osobu a ten lze projevit očním kontaktem, dotykem ruky, úsměvem či laskavým slovem (35, 37).

### ***1.3.2 Prevence pochybení jako součást perioperační dokumentace***

Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje jednak závažný problém pro veřejné zdraví a jednak vysokou hospodářskou zátěž pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Řadě nežádoucích příhod u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů se dá zabránit, neboť většina z nich je zjevně způsobena systémovými faktory. Výkony na nesprávném místě těla, včetně nesprávné strany, nesprávného orgánu, nesprávného místa, nesprávného implantátu a nesprávné osoby, nejsou časté, avšak ani tak vzácné. Operace na nesprávné straně je vždy závažnou chybou, která může pacienta doživotně hendikepovat. Tyto případy jsou většinou důsledkem nesprávné komunikace a také nedostupných nebo nesprávných informací. Hlavním faktorem přispívajícím k pochybení je okolnost, že přístupy k předoperačnímu rutinnímu kontrolnímu postupu postrádají standardizovaný předoperační proces a pravděpodobně i určitý stupeň automatismu (automatická kontrola bez přemýšlení) ze strany personálu. Proto se touto problematikou začalo zabývat Ministerstvo zdravotnictví České republiky, a v rámci Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotní péče sestavilo bezpečnostní cíle (38, 39, 40).

Jedním z cílů tohoto plánu je právě prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení při chirurgických výkonech. Tento cíl zdravotnickým zařízením ukládá používat standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajištění účasti pacienta na označování místa operačního výkonu. Zároveň vede zdravotnická zařízení k používání a dokumentování předoperační bezpečnostní procedury bezprostředně před zahájením operačního výkonu. Předoperační bezpečnostní proces je soubor opatření vykonávaných zdravotnickým personálem, vytvořený k zamezení záměny stran u diagnostických a terapeutických procedur u párových orgánů nebo jiných zaměnitelných částí (40, 41).

Prvotním dokumentem perioperační péče je tzv. verifikační protokol (viz Příloha 2), který zamezuje možné záměně pacienta, výkonu, strany či orgánu. Po řádné kontrole těchto důležitých údajů je protokol na operačním sále vyplněn a podepsán operátorem a anesteziologem. Pacient tento dokument podepisuje den před operačním výkonem. Důkladná identifikace samozřejmě probíhá ještě před příjezdem pacienta na operační sál, verifikační protokol slouží pouze k ověření dříve zjištěného (29).

Jedná se o třístupňovou kontrolu s účastí a vzájemným propojením operačního oboru, anesteziologické odbornosti a s účastí perioperační sestry, která do Perioperačního listu zapisuje stranu výkonu. První stupeň kontroly začíná při přijetí pacienta k hospitalizaci. Na základě prostudované zdravotnické dokumentace lékař zaznamená do verifikačního protokolu, na jaké straně bude proveden operační výkon. V předoperačním období nastává druhý stupeň kontroly. Lékař za spolupráce s pacientem označí oblast operované strany vodou neodstranitelnou barvou. Místo operačního výkonu je označen křížkem. Celý tento bezpečnostní proces je ukončen třetím stupněm kontroly. Lékař ověřuje správnost informací u pacienta i v dokumentaci a shodu potvrdí svým podpisem do verifikačního protokolu. Poté na operačním sále probíhá „Timeout“, který se realizuje těsně před započítáním zákroku a účastní se ho celý tým s využitím aktivní komunikace (42).

Také Světová zdravotnická organizace (WHO) se již dlouho zabývá prevencí pochybení při operačních výkonech. Jedním z nejrůznějších projektů WHO je i program Safe Surgery Saves Lives (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy) zabývající se

bezpečím pacientů. Výsledkem je dokument, jehož účelem je eliminovat možná pochybení tím, že na ně v pravou chvíli upozorní operační tým. Tak vznikl Surgical Save Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), který navrhla World Alliance for Patient Safety po konzultaci s chirurgy, anesteziology, sestrami, experty na bezpečnost pacientů a pacienty samotnými (viz Příloha 3). Jedná se o doporučený postup bezpečnostního procesu na operačních sálech, jenž minimalizuje rizika chirurgických výkonů vedoucích ke komplikacím a vznikající na základě pochybení členů operačního týmu. Tento jednoduchý postup v pravou chvíli upozorní operační tým, na co je třeba zaměřit pozornost. Za provedení Checklistu musí být odpovědná jedna osoba. Checklist koordinátor je často cirkulující perioperační sestra, ale může to být i jakýkoliv lékař, který se operace účastní. V každé fázi koordinátor pomocí Checklistu potvrdí, že operační tým dokončil uvedené úkoly před tím, než může pokračovat. To není jen cvičení v "zaškrtnutí" kolonek, ale zapojuje celý chirurgický tým do společného dialogu, otevření kanálů komunikace, a poskytuje příležitost k objasnění otázek, a doladění nejasností, před skutečným začátkem operace. Tento jemný, ale důležitý nástroj požaduje, aby každý člen týmu byl odpovědný v procesu zajištění bezpečnosti pacienta (43, 44).

Checklist se skládá se ze tří kroků, které jsou aplikovány při třech kritických momentech v průběhu operačního výkonu. Tyto kroky jsou před podáním anestezie, před kožním řezem a naposledy transportem pacienta z operačního sálu. První krok Checklistu začíná před podáním anestezie kontrolou identity pacienta, místa operačního výkonu včetně označení, typ operace, souhlas pacienta s výkonem, funkčnost anesteziologického přístroje a pulzního oxymetru. Další dotazy jsou směřovány na známé alergie pacienta, překážky v dýchacích cestách a eventuální objednávku krve k operaci. U druhého kroku před kožním řezem uvedou všichni členové týmu své jméno a úlohu. Chirurg, anesteziolog a asistující perioperační sestra ústně potvrdí identitu pacienta, místo a typ operačního výkonu. Operatér ústně sdělí týmu předpokládanou délku výkonu a krevní ztrátu, formuluje další požadavky na rentgenové snímky, implantáty, drény, apod. Stejně tak i anesteziolog vyjádří předpokládaná rizika a potvrdí podání ATB. Asistující perioperační sestra potvrdí sterilitu nástrojů a kompletnost

pomůcek. Před ukončením operačního výkonu je realizován třetí krok Checklistu, kdy operační skupina znovu potvrdí typ výkonu, početní souhlas všech nástrojů a materiálu, odebrané biologické vzorky a jejich označení, jakékoli potíže s vybavením sálu a pooperační ordinace. Celá procedura netrvá déle než dvě minuty a její postup není nutno zdlouhavě zaznamenávat do dokumentace (43).

Použití WHO Surgical Safety Checklist prokazatelně vede k lepšímu dodržování základních norem chirurgické péče v různých nemocnicích po celém světě. Zatímco vztah mezi dodržováním norem a snížením komplikací je pravděpodobně multifaktoriální, zlepšení bezpečnosti a spolehlivosti chirurgické péče může vést nejen k záchraně života, ale především podporuje důvěru v systém zdravotní péče (44).

### ***1.3.3 Ošetrovatelský proces v perioperačním období***

Součástí snahy o zlepšení poskytované péče je zavádění ošetrovatelského procesu do každodenního zdravotnického provozu. Práce perioperační sestry je velice odlišná od činnosti sestry u lůžka pacienta nejen svou náplní, ale i minimálním kontaktem sestry s pacientem. Perioperační sestra pacienta často vidí až na operačním sále. Nezná ho většinou osobně, zná však přesně jeho diagnózu i postup chirurgického výkonu, který ho čeká. Postupně je však ošetrovatelský proces implementován i do prostředí operačního sálu, protože i zde by měla sestra umět adekvátně reagovat na změny potřeb pacientů a saturovat je (45, 46).

Ošetrovatelský proces lze chápat jako sérii vzájemně propojených ošetrovatelských činností, které sestra provádí ve prospěch pacienta, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Ošetrovatelský proces zahrnuje posouzení, diagnostiku, plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. Sestra definuje cíle, stanoví priority, určuje potřebnou péči na základě identifikace potřeb pacienta a mobilizuje zdroje k jejímu zajištění. Zpětná vazba získaná hodnocením efektu poskytnuté péče umožňuje měnit péči podle momentálních potřeb a situace. S uplatňováním ošetrovatelského procesu souvisí také respektování perioperačního období, které je rozděleno na období předoperační, peroperační a pooperační (30, 35).

Předoperační fáze je individuálně dlouhá. Záleží na tom, o jaký výkon se jedná, zda jde o výkon akutní nebo plánovaný. Pacient se fyzicky i psychicky připravuje na operaci a je srozumitelně seznámen s operačním výkonem a jeho riziky. Toto je také období pro edukační programy, které pacientům poskytují sestry z operačních sálů (47).

Edukace pacientů perioperačním sestrami ve zdravotnických zařízeních však není běžnou praxí, a proto nejčastějším zdrojem informací o pacientovi je pro perioperační sestry operační program, který informuje nejen o pacientově diagnóze, ale i operačním výkonu, který mu bude proveden. Po transportu pacienta na operační sál je anesteziologickou a perioperační sestrou ověřena totožnost pacienta, možné alergie, typ výkonu a podepsané souhlasy s operací, anestezií a stranový protokol. V tomto období se vyskytují ošetřovatelské diagnózy týkající se strachu, úzkosti, nedostatečné znalosti (35).

Peroperační fáze začíná uložením pacienta na operační stůl a končí překladem na pooperační oddělení. V průběhu této fáze sestra dbá o bezpečí pacienta, brání jeho prochladnutí, sleduje jej a vede příslušnou dokumentaci. Perioperační ošetřovatelská dokumentace obsahuje všechny informace týkající se operace, tzn. identifikační data, účastníky operace, diagnózu, anestezii, polohu, použití přístrojové techniky, druhy dezinfekce, invazivní vstupy, RTG, odebrané preparáty, použité implantáty, drenáže, léky, indikátory sterilizace, použitý mulový materiál. Takto zpracovaná ošetřovatelská dokumentace se stává součástí chorobopisu. Zde je přístupná ošetřovatelskému personálu, čímž by měla být zachována kontinuita ošetřovatelské péče. V této fázi se setkáváme s ošetřovatelskými diagnózami týkajícími se bezpečnosti pacienta, narušené integrity kůže, krvácení, riziky související s operačním výkonem (35, 47).

V pooperační fázi je pacient vyváděn z anestezie a péči o něj obstarává povětšinou anesteziologická sestra. Po stabilizaci stavu pacienta je překládán na připravené lůžko a odvážen na pooperační oddělení. Ošetřovatelské diagnózy v pooperačním období se týkají bolesti, rizika aspirace, rizika infekce, rizika pádu, snížení pohyblivosti, poruchy spánku, krvácení apod. (35).

Pokud se zastavíme u druhé fáze ošetřovatelského procesu, tedy u stanovení ošetřovatelské diagnózy, pak by se dalo ve stručnosti říci, že stanovení ošetřovatelské

diagnózy na operačním sále není ničím jiným než stanovením rizika. Přítomnost ošetrovatelských diagnóz je úzce spojena s individualitou každého pacienta, souvisí s jeho fyzickým a psychickým stavem, typem a druhem operace. Výskyt ošetrovatelských problémů je také ovlivněn věkem, prognózou, pohlavím, přidruženými onemocněními a mnoha dalšími faktory (30, 48).

Ošetrovatelská praxe představuje nemalou složku zdravotní péče. Přesto mnohdy zůstává podhodnocena a v podstatě neviditelná, protože jen málo dat může doložit vliv sester na péči o pacienty. Cílem, jak pomoci perioperačním sestřím dosáhnout uznání za jejich jedinečné znalosti, dovednosti a poskytování perioperační péče, bylo vytvoření homogenního strukturovaného názvosloví pro perioperační ošetrovatelskou dokumentaci. A proto v roce 1993 Asociace registrovaných perioperačních sester (AORN) začala pracovat na vytvoření datové sady představující perioperační ošetrovatelskou praxi. Výsledný Perioperační ošetrovatelský slovník (Perioperative Nursing Data Set = PNDS) získal v roce 1999 uznání i od Americké asociace sester (viz Příloha 4). PNDS představuje standardizovaný ošetrovatelský slovník, který perioperačním sestřím nabízí jasný, přesný a univerzální jazyk pro podobné klinické problémy a stanoví konzistentní přístup k popisu klinických výsledků. PNDS popisuje jak problémy pacienta, které sestry identifikují, tak zásahy, které sestry poskytují, zdroje potřebné pro poskytování péče a dosažené výsledky. Je složen z 93 ošetrovatelských diagnóz, 151 ošetrovatelských intervencí a 38 dosažených výsledků pacienta. Konceptní rámec PNDS obsahuje čtyři domény péče zaměřené na pacienta. Každá doména tvoří kvadrant v perioperačním modelu péče o pacienta (Perioperative Patient Focused Model). Tyto domény jsou pro pacienta zásadní a představují jeho obavy, problémy a rizika (viz Příloha 5). První doménou modelu perioperační péče o pacienta je bezpečnost, která souvisí s prevencí zranění v souvislosti s polohováním na operačním stole. Fyziologické reakce jsou druhou doménou tohoto modelu zaměřující se na fyzickou, biochemickou a funkční odpověď organismu na chirurgický výkon. Předposlední doménu autoři definují jako behaviorální reakci. Ta se zaměřuje na reakce pacienta a jeho rodiny na informace o perioperačním procesu, zahrnuje také práva pacientů a etické úvahy. Systém zdravotní péče je poslední doménou, a tedy čtvrtou.

Reprezentuje systém poskytování perioperační péče a odráží prvky nezbytné pro kompetentní a efektivní péči o pacienta. Každá doména je spojena s dosaženými výsledky pacienta, platnými ošetrovatelskými diagnózami a ošetrovatelskými intervencemi. Takto modifikovaný ošetrovatelský proces je aplikován především ve Spojených Státech Amerických, ale postupně je implementován i do některých států Evropy (49, 50).

Další z ústředních myšlenek aplikace ošetrovatelského procesu na operační sál bylo, mimo jiné, přijetí indikátoru zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Jeho aplikace je modifikována, protože vyplývá z charakteru práce perioperační sestry a je jím přímo determinovaná. Vedení perioperační dokumentace je jedním z indikátorů kvality na operačním sále, který je zdrojem dat pro měření a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče. Indikátory kvality jsou tedy měřitelná kritéria, která ve srovnání s určitými standardy ukazují, jak bylo těchto standardů dosaženo. Je tedy nezbytné trvale mapovat práci s pacientem a všemi dostupnými prostředky předcházet vzniku nežádoucích příhod (30, 51).

Ošetrovatelský proces na operačním sále tedy nemusí být nutně chápán jako nucený teoretický koncept, ale jako mapa práce s pacientem, která má zajistit v co nejvyšší míře jeho bezpečnost (30).

#### ***1.3.4 Právní úprava perioperační dokumentace***

Perioperační dokumentace jakožto součást zdravotnické dokumentace je velmi důležitá v procesu poskytování zdravotní péče. Slouží především jako pracovní nástroj, doklad, důkaz o správnosti léčebného postupu. Vedení zdravotnické dokumentace je základní povinností poskytovatele zdravotní péče, která je daná platnou legislativou a ve které jsou stanoveny nepodkročitelné podmínky jejího vedení (33).

Z přehledu pramenů právní úpravy zdravotnické dokumentace nesmí být zapomenuto na právní předpis postavený z pohledu právní síly nejvýše. Tímto dokumentem je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti

v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině a zcela konkrétně se dotýká otázek zdravotnické dokumentace. Tato mezinárodní úmluva obsahuje základní principy přístupu ke zdravotnické dokumentaci. V rámci sledované problematiky je klíčový článek 10 úmluvy, který deklaruje, že každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Vedle toho též zdůrazňuje, že každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Tato úmluva byla přijata členskými státy Rady Evropy dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu a v České republice vstoupila v platnost 1. října 2001 pod č. 97/2001 Sb. m. s. (2).

Významným právním předpisem regulujícím poskytování zdravotní péče je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se o komplexně pojatou právní regulaci zdravotnické dokumentace. Tento zákon kromě povinnosti vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci vymezuje také osoby oprávněné do zdravotnické dokumentace nahlížet a jejich právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie zdravotnické dokumentace v nezbytném rozsahu. Mimo jiné také §55 tohoto zákona umožňuje vedení zdravotnické dokumentace pouze v elektronické podobě, ale jen za předpokladu splnění stanovených podmínek. Jednou z těchto zákonem stanovených podmínek je i tvorba bezpečnostních kopií datových souborů nejméně jednou za pracovní týden. Pro vedení elektronické dokumentace tento paragraf ukládá celkem devět podmínek a stanovuje požadavky na informační systém, technické prostředky, tvorbu, uložení a uchovávání kopií na nosičích dat (52).

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci své první tři paragrafy zaměřuje na správné označení jednotlivých listů zdravotnické dokumentace, které by vždy měly obsahovat jak identifikační údaje pacienta, tak poskytovatele zdravotních služeb. V návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta obsahuje zdravotnická dokumentace další důležité záznamy a závěry vztahující se k poskytnuté péči. V příloze jedna této vyhlášky je stanoven minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace. Těmito samostatnými částmi je myšlena propouštěcí zpráva, písemný souhlas s poskytováním zdravotních služeb, záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb, záznam o souhlasu s poskytováním informací, lékařský



posudek, dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby, dokumentace ošetrovatelské péče, pitevní protokol, žádanky, výpisy ze zdravotnické dokumentace a záznam o dříve vysloveném přání. Příloha dvě stanoví zásady pro uchování zdravotnické dokumentace a postup při jejím vyřazování a zničení po uplynutí doby uchovávání. Vyřazování dokumentace se podle článku jedna této přílohy může uskutečnit po posouzení potřebnosti ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jedenkrát za 3 roky komplexně za celého poskytovatele. Článek tři stanovuje vyřazovací znaky, které vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení po uplynutí doby jejího uchovávání. Délka uchovávání zdravotnické dokumentace nebo jejích částí je podle přílohy 3 stanovena na 40 let od poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta a to v případě poskytnuté zdravotní péče na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení (7).

V případě zdravotnických prostředků určuje další povinnost záznamu do zdravotnické dokumentace vyhláška č. 11/2005 Sb., kterou se stanoví druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh. Tato vyhláška přikazuje, aby do zdravotnické dokumentace byly zapsány určité zdravotnické prostředky použité u konkrétního pacienta při poskytování zdravotní péče (53).

Obsahu zdravotnické dokumentace, jejího vedení a nakládání s ní se věnují i jiné právní předpisy. Za všechny zde stojí zmínit zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, který v § 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů (2).

Zdravotnická dokumentace obsahuje důležité údaje, které je třeba v zájmu pacienta i poskytovatelů zdravotní péče zachovávat po stanovenou dobu tak, aby s nimi bylo v případě potřeby možné pracovat. Zákon č. 167/2012 Sb., o archivnictví a spisové službě, upravuje ukládání písemností. Písemností ve smyslu zákona se rozumí každý písemný, obrazový, zvukový nebo jiný záznam. Archivovat se musí tedy chorobopis, ambulantní karty a jejich obsah, RTG snímky, záznamy EKG, EMG, EEG, záznamy

z výpočetní techniky i záznamy provedené přístroji. Operační knihy se trvale uschovávají ve Státním archivu (12).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle výzkumného šetření***

Cíl 1: Zmapovat stav současné perioperační dokumentace ve vybraných nemocničních zařízeních.

Cíl 2: Zjistit z jakých částí se skládá perioperační dokumentace.

Cíl 3: Zjistit názor sester na využití perioperační dokumentace.

Cíl 4: Vytvoření perioperační dokumentace.

### ***2.2 Hypotézy***

H 1. Na operačních sálech mají perioperační dokumentaci.

H 2. Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou.

### ***2.3 Výzkumné otázky***

VO 1. Používají na operačních sálech perioperační dokumentaci?

VO 2. Z jakých částí se skládá perioperační dokumentace?

VO 3. Odpovídá perioperační dokumentace platné legislativě?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika**

Pro diplomovou práci a dosažení stanovených cílů bylo použito kvantitativně kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno metodou dotazování, technikou dotazníků (viz Příloha 6). Dotazník byl sestaven na základě informací z literatury, odborných časopisů a vlastních zkušeností. Dotazník byl určen pro perioperační sestry, které pracují na operačních sálech různých oborů. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. Dotazník pro perioperační sestry zahrnoval v úvodu průvodní dopis, a dále obsahoval 26 otázek, které byly uzavřené a polootevřené.

K testování H 2 byly použity odpovědi na otázky 9, 10. V otázce 9 byly sloučeny kategorie odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“ a „ne“ a „nevím“ z důvodu malé četnosti odpovědí v jednotlivých kategoriích. V testech byly vždy jen dvě kategorie odpovědí, „ano“ a „ne“. Byla stanovena hraniční hodnota zastoupení odpovědí „ano“ 75 %. Daná otázka byla započítána ve prospěch hypotézy, pokud byl výskyt „správné“ odpovědi „ano“ 75 % nebo více. Četnosti odpovědí byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Pokud byla dosažena hladina významnosti větší než 0,05 (5 %), znamená to, že počet správných odpovědí odpovídal poměru 75 % : 25 %, a tudíž potvrzuje naši hypotézu. Pokud byla dosažena hladina významnosti menší než 0,05 (5 %), zjištěný poměr byl odlišný od předpokládaného poměru 75 % : 25 %. Výsledky odpovědí z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007.

Pro kvalitativní výzkum byla použita sekundární analýza dat získaných z perioperačních dokumentací. Sběr perioperačních dokumentací byl prováděn prostřednictvím internetu a osobním kontaktem s hlavními sestrami. K oslovení byl použit průvodní dopis, který byl hlavním sestram rozeslán, po telefonickém kontaktu, do emailové schránky. Dopisy byly rozeslány do 5 zdravotnických zařízení po celé

České republice. Perioperační dokumentaci však byly ochotny poskytnout pouze dvě dotázaná zdravotnická zařízení.

Celkem se tedy podařilo pro srovnávací analýzu získat 6 formulářů perioperační dokumentace, z různých dostupných zdrojů. Byl vytvořen nestandardizovaný záznamový arch ke srovnání dokumentací (viz Příloha 7). Jednotlivé části archu byly vytvořeny na základě položek objevujících se v perioperačních dokumentacích a povinnosti uvádět zákonem stanovené údaje. Pro srovnávání jednotlivých perioperačních dokumentací byla zdravotnická zařízení označena přiděleným písmenem a tím zůstala zachována anonymita jednotlivých nemocničních zařízení. Srovnávací analýza byla zaměřena na jednotlivé oblasti a strukturu perioperační dokumentace. Výsledky výzkumu byly zpracovány do tabulek a schémat podle záznamového archu v programu Microsoft Word 2007. Výzkum probíhal v měsících duben až květen 2012.

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

Výzkumný vzorek pro sběr dat kvantitativního šetření tvořily perioperační sestry pracující na operačních sálech různých oborů. Dotazníky byly rozdány na operační sály do nemocnic v pěti krajích České republiky, a to do Nemocnice Na Homolce Praha, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, Nemocnice Tábor, Nemocnice Pelhřimov a Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně.

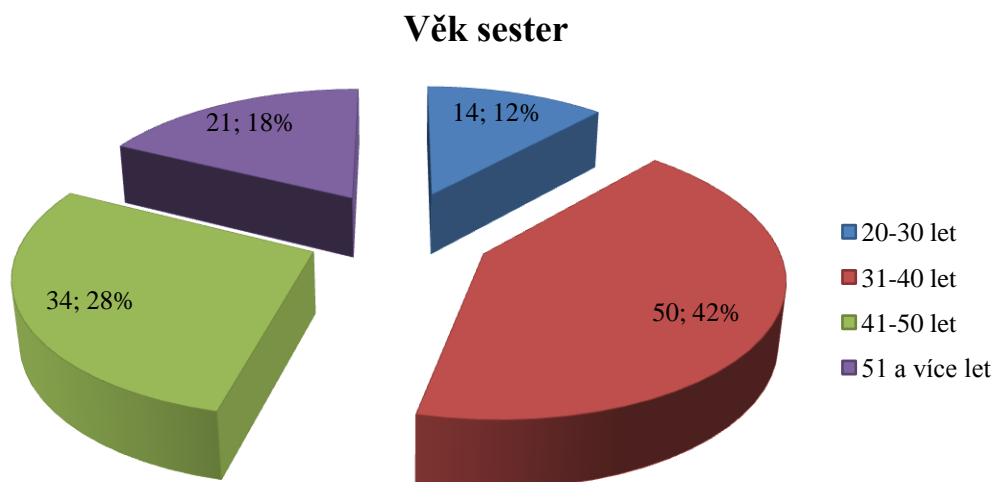
Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků perioperačním sestrám v pěti krajích České republiky. Návratnost dotazníků od sester byla 120 dotazníků, přičemž 1 dotazník musel být pro neúplnost vyplnění vyřazen. Výzkumný soubor pro zpracování dat tvořil 119 respondentů (100 %). Návratnost byla tedy 95 %.

Výzkumný vzorek pro kvalitativní šetření byl soubor 6 perioperačních dokumentací z kraje Středočeského, Libereckého, Moravského, Jihočeského a Prahy. Byl vytvořen nestandardizovaný záznamový arch ke srovnání dokumentací. Jednotlivé části archu byly vytvořeny na základě položek objevujících se v perioperačních dokumentacích a povinnosti uvádět zákonem stanovené údaje.

## 4. Výsledky

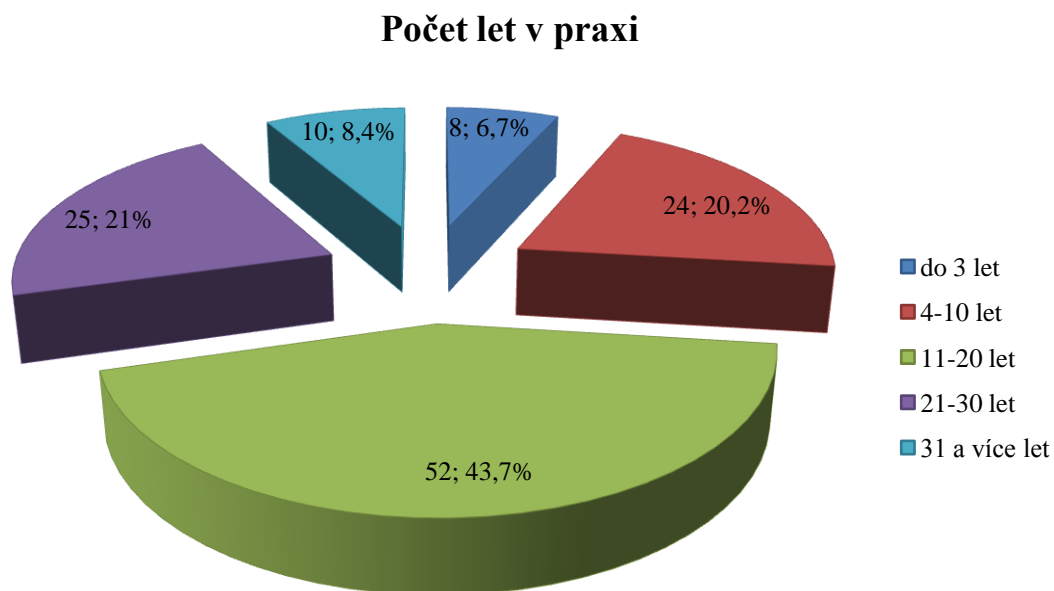
### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

**Graf 1 Věk perioperačních sester**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) bylo 14 perioperačních sester (11,8 %) ve věku 20-30 let, 50 perioperačních sester (42 %) ve věku 31 – 40 let, 34 perioperačních sester (28,6 %) ve věku 41 – 50 let a 21 perioperačních sester (17,6 %) ve věku 51 a více let.

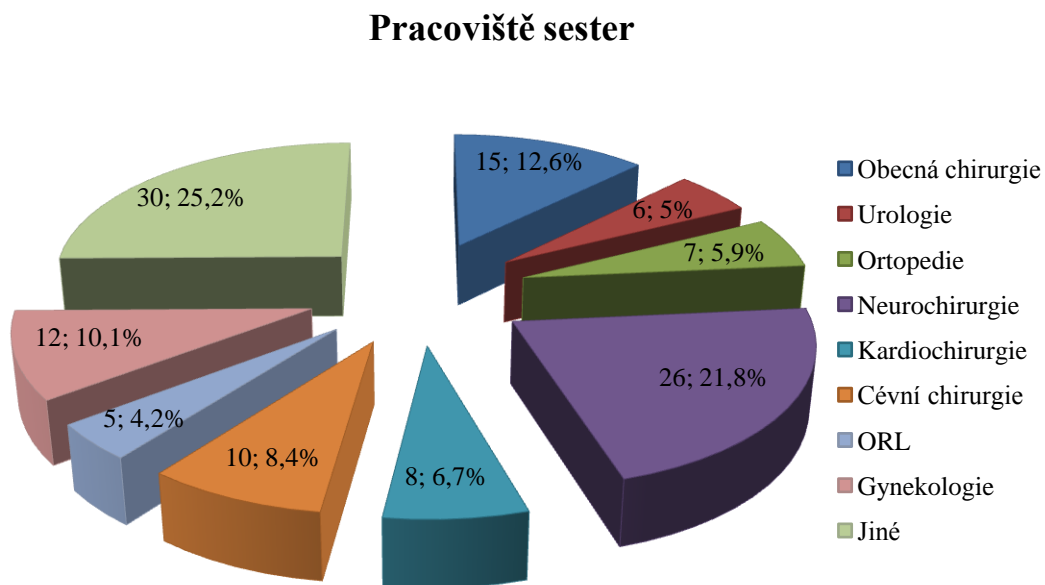
**Graf 2 Počet let v praxi**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 8 perioperačních sester (6,7 %) svou praxi do 3 let, 24 perioperačních sester (20,2 %) vykonává svou profesi 4 – 10 let, 52 perioperačních sester (43,7 %) označilo jako délku své praxe 11 – 20 let, 25 perioperačních sester (21 %) uvedlo 21 – 30 let praxe a 10 perioperačních sester (8,4 %) svou profesi vykonává více než 31 let.

Nejvíce zastoupená skupina v počtu 52 perioperačních sester označilo délku své praxe mezi 11 – 20 lety. Naopak nejmenší skupinu s praxí do 3 let tvořilo 8 perioperačních sester.

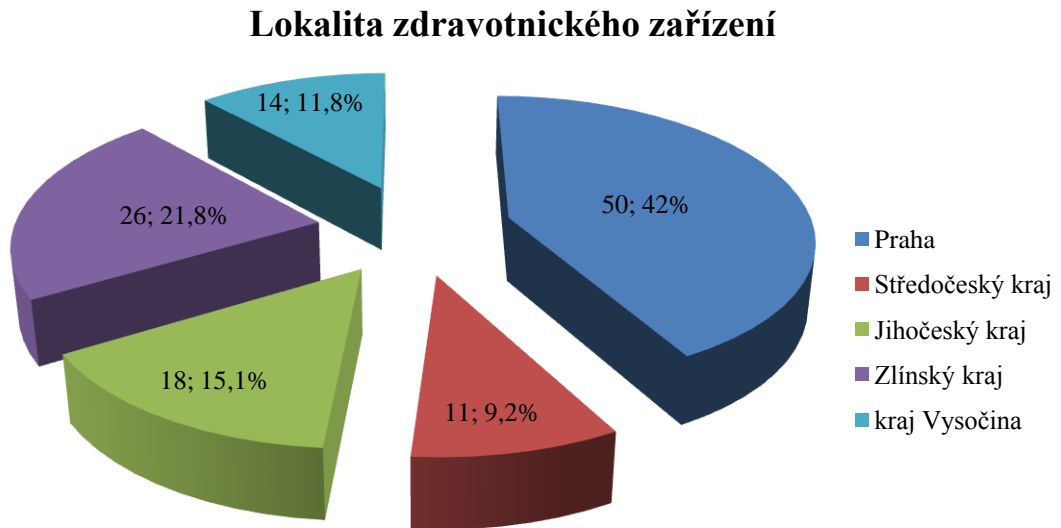
**Graf 3 Pracoviště sester**



Ze 119 perioperačních sester (100 %) pracuje na operačních sálech obecné chirurgie 15 perioperačních sester (12,6 %), 6 perioperačních sester (5 %) uvedlo urologické operační sály, 7 perioperačních sester (6 %) pracovalo na ortopedických sálech, neurochirurgické operační sály označilo 26 perioperačních sester (21,8 %), páté v pořadí byly kardiochirurgické sály s počtem 8 perioperačních sester (6,7 %), sály cévní chirurgie byly zastoupeny počtem 10 perioperačních sester (8,4 %), 5 perioperačních sester (4,2 %) pracovalo na ORL, 12 perioperačních sester (10,1 %) jako své pracoviště označilo operační sál gynekologického oddělení a 30 perioperačních sester (25,2 %) uvedlo v oblasti jiné práci na centrálních operačních sálech.



**Graf 4 Lokalita zdravotnického zařízení**

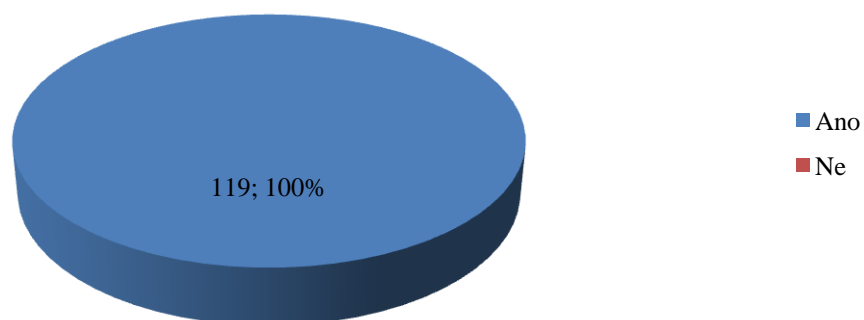


Z celkově dotázaných 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo Prahu jako místo výkonu své profese 50 perioperačních sester (42 %). Ve Středočeském kraji pracovalo 11 perioperačních sester (9,2 %), Jihočeský kraj uvedlo 18 dotázaných perioperačních sester (15,1 %), 26 perioperačních sester označilo kraj Zlínský a kraj Vysočina byl zastoupen počtem 14 perioperačních sester (11,9 %).

**Graf 5 Existence perioperační dokumentace**

**Existence perioperační dokumentace**

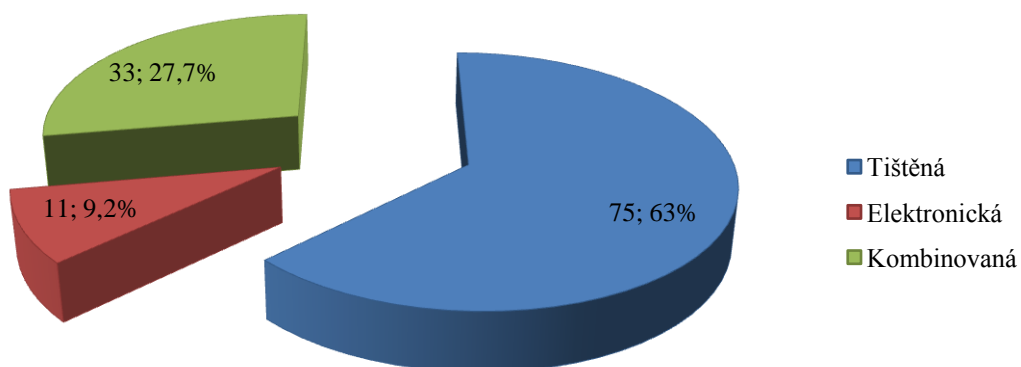
0; 0%



119 dotázaných perioperačních sester (100 %) při výkonu profese používalo na svém pracovišti perioperační dokumentaci.

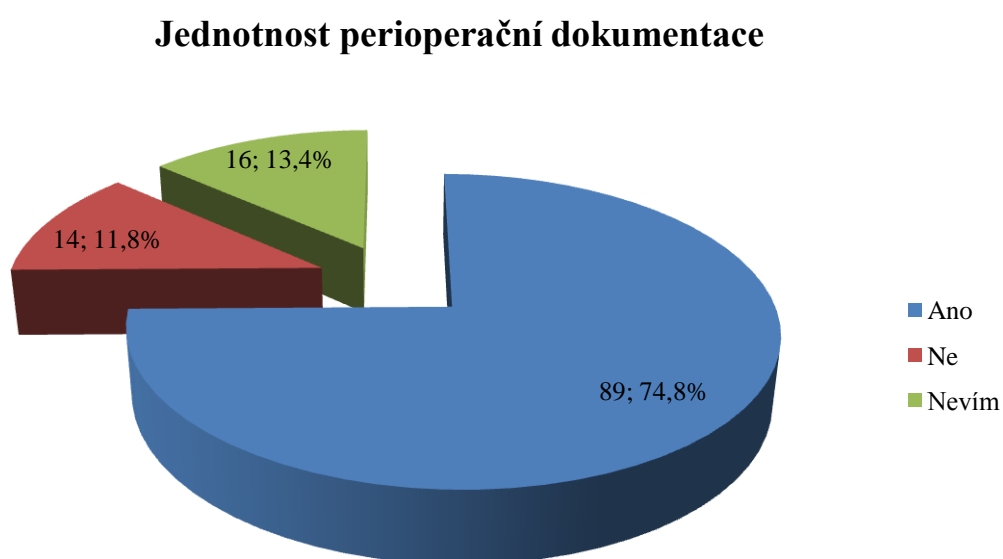
**Graf 6 Forma perioperační dokumentace**

**Forma dokumentace**



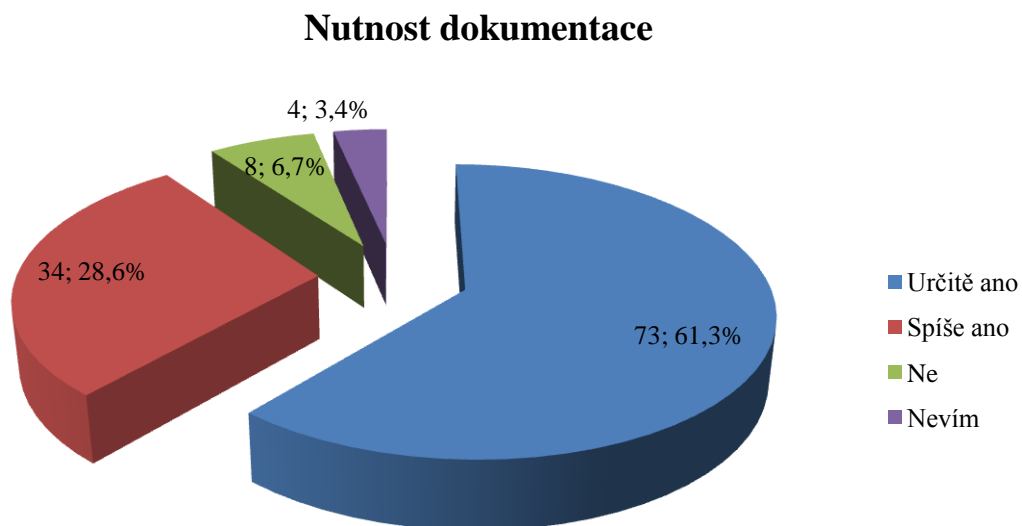
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) tištěnou formu perioperační dokumentace používalo 75 perioperačních sester (63 %), 11 perioperačních sester (9,3 %) mělo perioperační dokumentaci pouze v elektronické podobě a kombinovanou formu perioperační dokumentace uvedlo 33 perioperačních sester (27,7 %).

**Graf 7 Jednotnost perioperační dokumentace v rámci nemocnice**



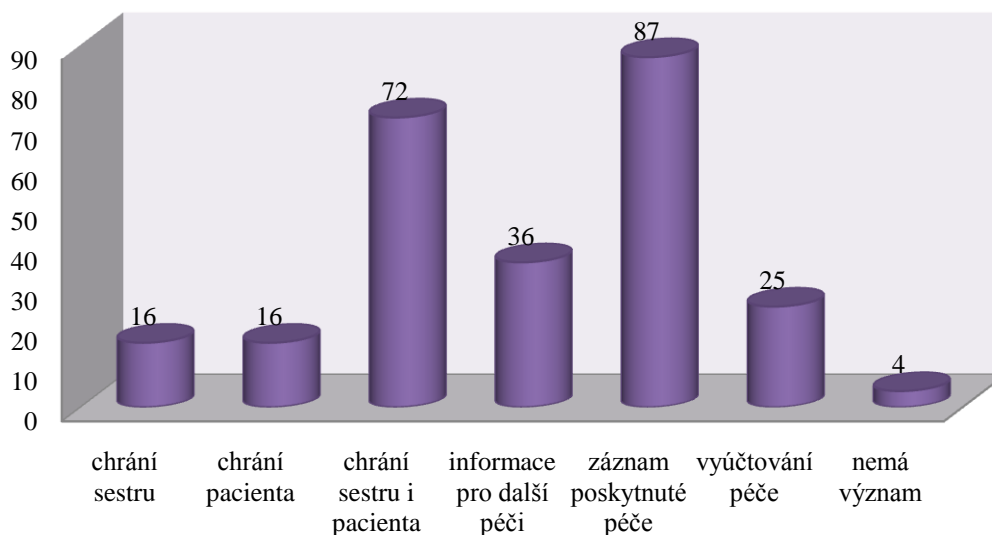
Z dotázaných 119 perioperačních sester (100 %) bylo 89 perioperačních sester (74,8 %) přesvědčeno o jednotnosti perioperační dokumentace v rámci jejich nemocnice. 14 perioperačních sester (11,8 %) bylo opačného názoru a 16 perioperačních sester (13,4 %) si nebylo jisté, zda nějaká jednotnost v rámci nemocnice existuje.

**Graf 8 Nutnost používání perioperační dokumentace**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) nutnost vedení perioperační dokumentace potvrdilo 73 perioperačních sester (61,3 %) v odpovědi určitě ano a 34 perioperačních sester (28,6 %) v odpovědi spíše ano. 4 perioperační sestry (3,4 %) nevěděly, zda je vedení perioperační dokumentace nutné a perioperační dokumentaci nepovažovalo za nutnou 8 perioperačních sester (6,7 %).

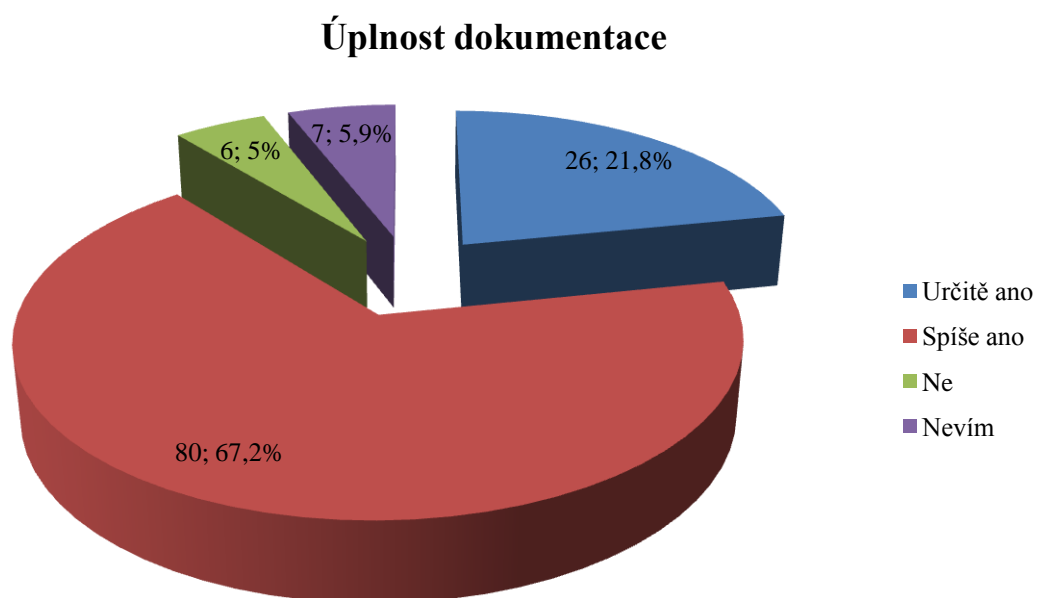
**Graf 9 Význam perioperační dokumentace**



■ **Význam perioperační dokumentace**

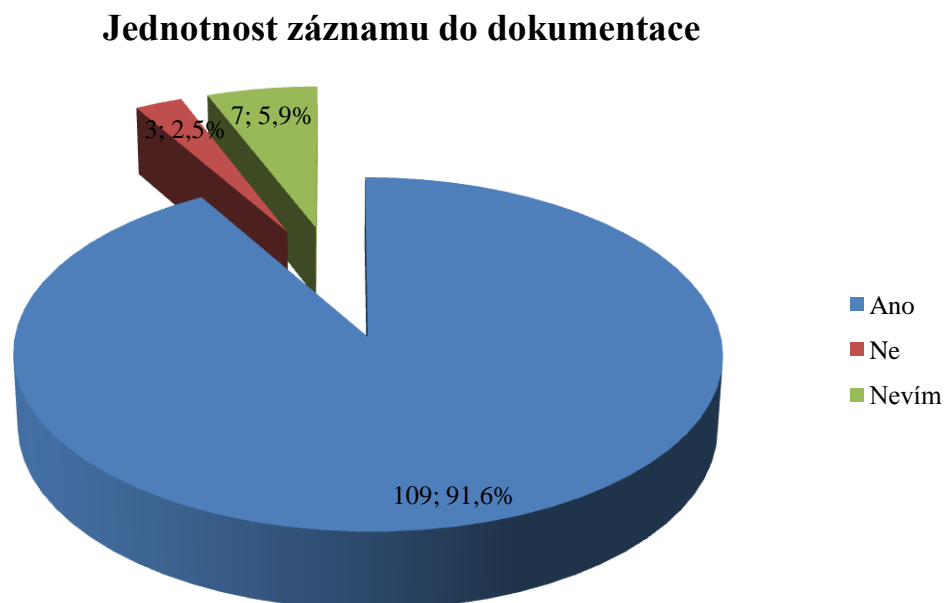
Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku, jaký význam má perioperační dokumentace. Perioperační sestry zde měly možnost uvést více odpovědí, celkem bylo označeno 256 odpovědí (100 %). Nejčastěji perioperační sestry vnímaly perioperační dokumentaci jako záznam informací o poskytnuté péči, kterou označily 87 krát (34 %). 72 krát (28,1 %) označily odpověď, že perioperační dokumentace chrání sestru i pacienta, 36 krát (14,1 %) označily odpověď, že perioperační dokumentace poskytuje informace pro další péči. Odpověď, že perioperační dokumentace slouží jako dokument pro vyúčtování péče, vybraly perioperační sestry 25 krát (9,8 %). Odpověď chrání pouze sestru, označily perioperační sestry 16 krát (6,2 %) a 16 krát (6,2 %) označily odpověď, že perioperační dokumentace chrání pouze pacienta. Že perioperační dokumentace nemá žádný význam, uvedly perioperační sestry 4 krát (1,6 %).

**Graf 10 Úplnost perioperační dokumentace**



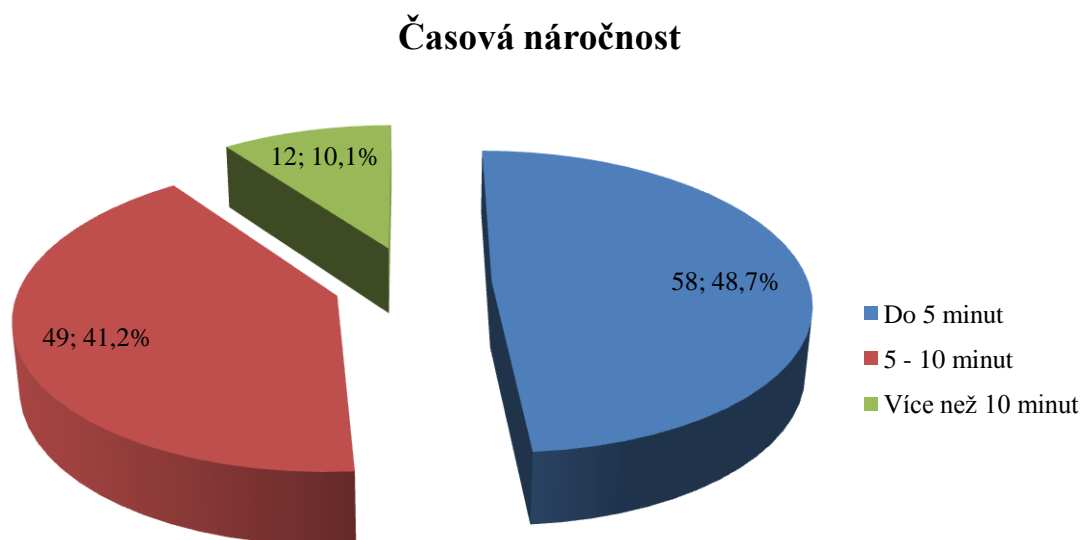
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) bylo 26 perioperačních sester (21,9 %) přesvědčeno, že perioperační dokumentace obsahuje všechny nezbytné údaje. 80 perioperačních sester (67,2 %) na tuto otázku odpovědělo spíše ano a 7 perioperačních sester (5,9 %) nevědělo, jestli všechny údaje uvedené v perioperační dokumentaci, jsou nezbytné. 6 perioperačních sester (5 %) bylo přesvědčeno o neúplnosti perioperační dokumentace.

**Graf 11 Jednotný záznam do perioperační dokumentace**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) jednotně zaznamenávalo informace do perioperační dokumentace 109 perioperačních sester (91,6 %). 3 perioperační sestry (2,5 %) se domnívaly, že informace do perioperační dokumentace nejsou zaznamenávány jednotně a 7 perioperačních sester (5,9 %) nevědělo, jestli existuje nějaká jednotnost v záznamu informací do perioperační dokumentace v jejich nemocnici.

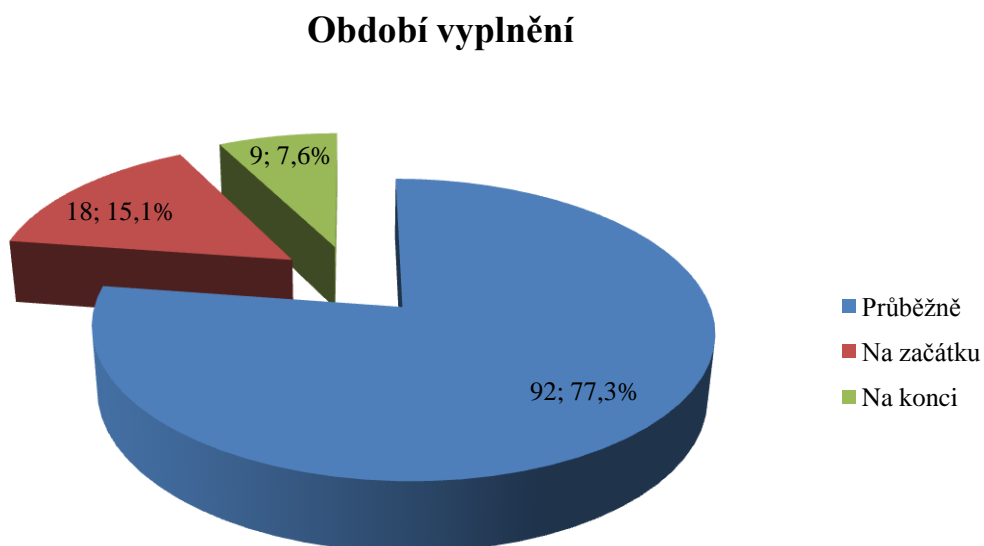
**Graf 12 Časová náročnost záznamu do perioperační dokumentace**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo vyplnění perioperační dokumentace do 5 minut 58 perioperačních sester (48,7 %). 49 perioperačních sester (41,2 %) uvedlo, že vyplnění perioperační dokumentace jim zabere 5 – 10 minut a 12 perioperačních sester (10,1 %) trávilo nad vyplněním perioperační dokumentace více než 10 minut.

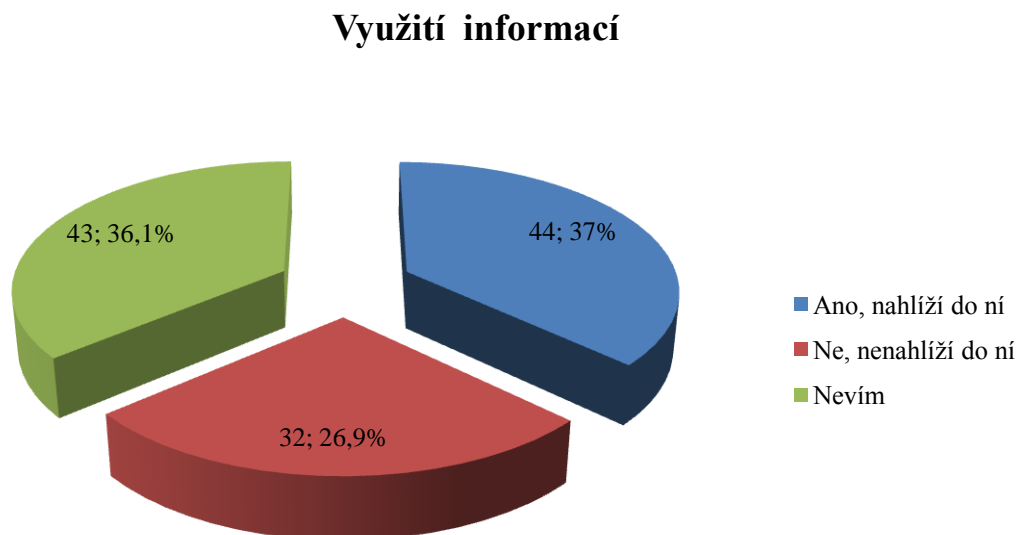


**Graf 13 Období vyplňování perioperační dokumentace**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) vyplňovalo perioperační dokumentaci průběžně během operačního výkonu 92 perioperačních sester (77,3 %). 18 perioperačních sester (15,1 %) vyplnilo perioperační dokumentaci v úvodu operačního výkonu a 9 perioperačních sester (7,6 %) vyplnilo perioperační dokumentaci na konci operačního výkonu.

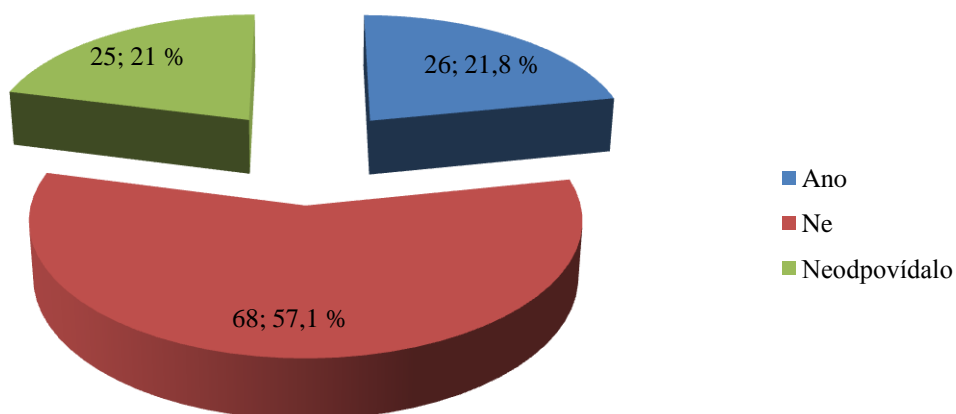
**Graf 14 Využití informací z perioperační dokumentace po operačním výkonu**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) bylo přesvědčeno 44 perioperačních sester (37 %) o tom, že je po operačním výkonu perioperační dokumentace využívána i jinými zdravotníky. 32 perioperačních sester (26,9 %) bylo názoru, že se perioperační dokumentace na operačním sále založí a už se do ní nikdo nedívá a 43 perioperačních sester (36,1 %) o tom vůbec nepřemýšlelo.

**Graf 15 Zpracování perioperační dokumentace podle ošetrovatelského modelu**

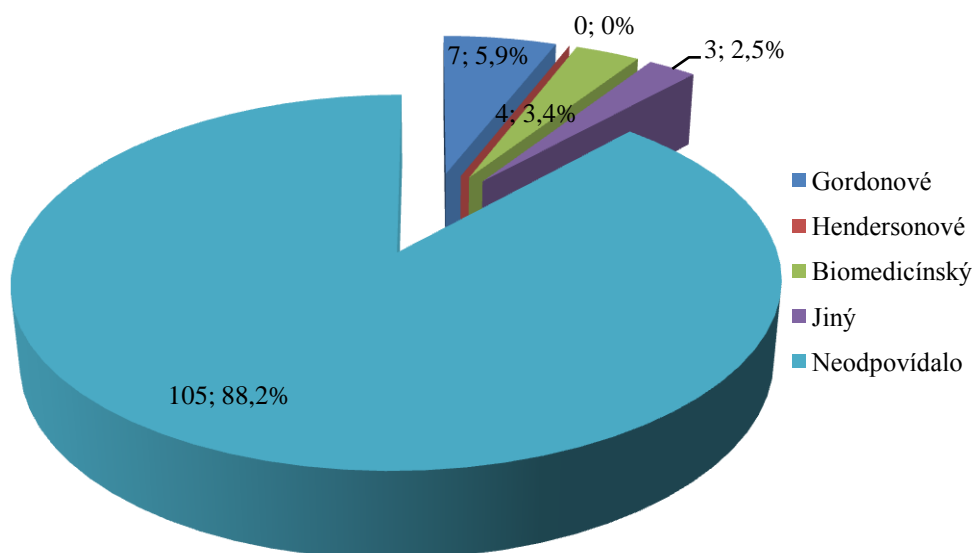
### Ošetrovatelský model v dokumentaci



Z celkově dotázaných 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 26 perioperačních sester (21,9 %), že jejich perioperační dokumentace byla zpracována podle ošetrovatelského modelu. 68 perioperačních sester (57,1 %) bylo názoru, že ošetrovatelský model v jejich perioperační dokumentaci nebyl aplikován a 25 perioperačních sester (21 %) na tuto otázku neodpovídalo.

**Graf 16 Ošetrovatelský model aplikován v perioperační dokumentaci**

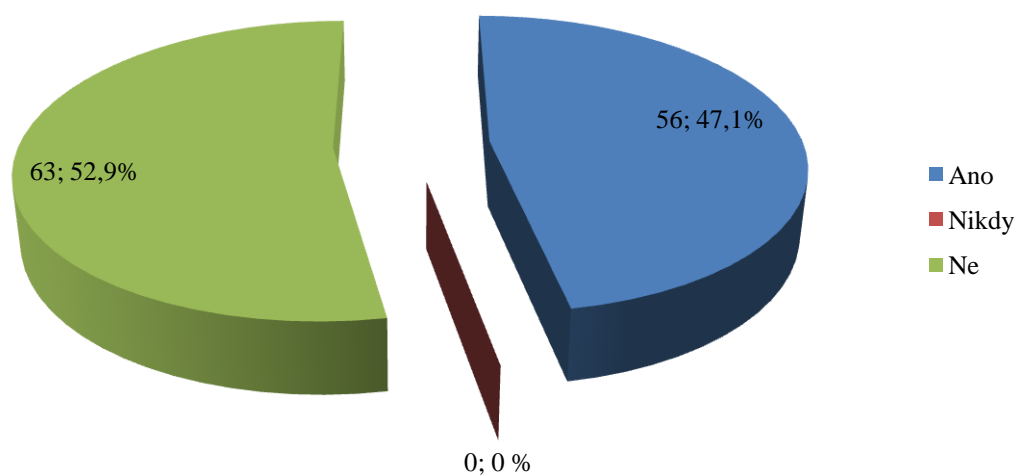
### Typ ošetrovatelského modelu



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 7 perioperačních sester (5,9 %) aplikaci modelu Gordonové v jejich perioperační dokumentaci. Model Hendersonové neuvedla žádná z dotázaných perioperačních sester (0 %). 4 perioperační sestry (3,4 %) uvedly, že jejich dokumentace vychází z biomedicínského modelu a 3 perioperační sestry (2,5 %) popsaly jiný ošetrovatelský model, který byl výchozím pro jejich perioperační dokumentaci. Jednalo se o model Slámová – Tomečková, který uváděly některé perioperační sestry z operačních sálů v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. 105 perioperačních sester (88,2 %) na tuto otázku neodpovídalo.

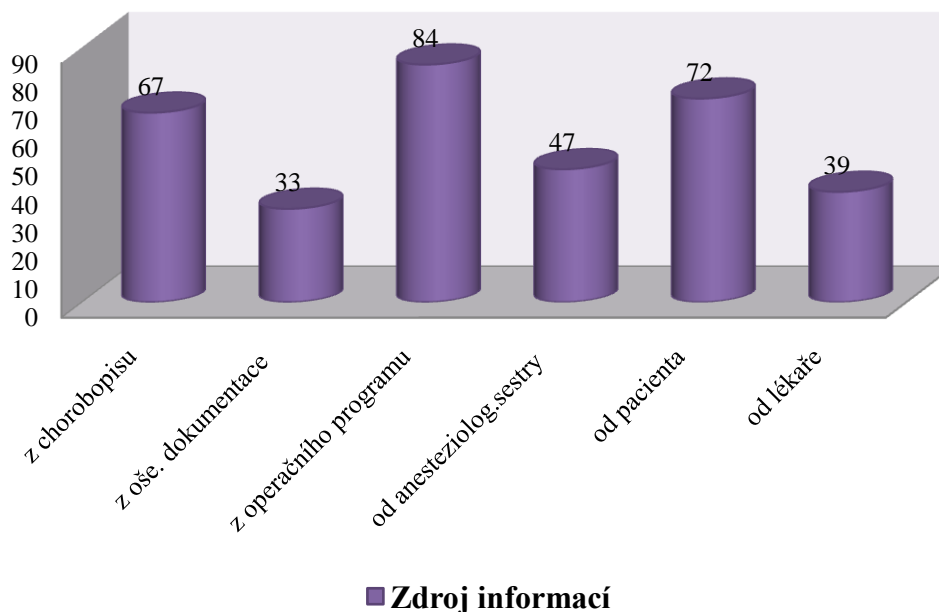
**Graf 17 Aplikace metody ošetrovatelského procesu na operačním sále**

**Ošetrovatelský proces na operačním sále**



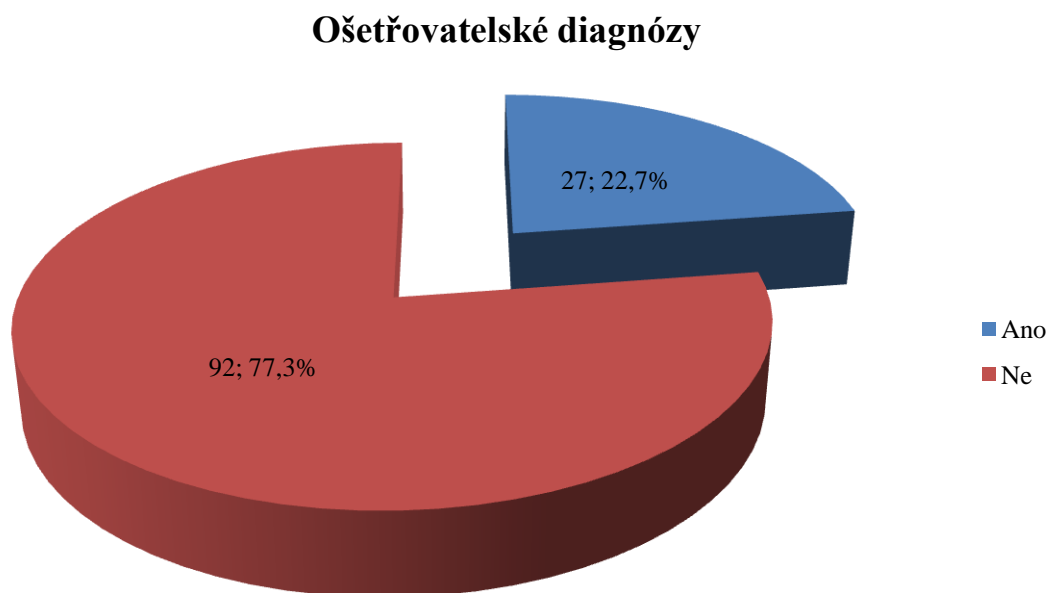
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 56 perioperačních sester (47,1 %), že při poskytování perioperační péče používalo metodu ošetrovatelského procesu. 63 perioperačních sester (52,9 %) metodu ošetrovatelského procesu při výkonu své profese nepoužívalo.

**Graf 18 Zdroj informací o pacientovi**



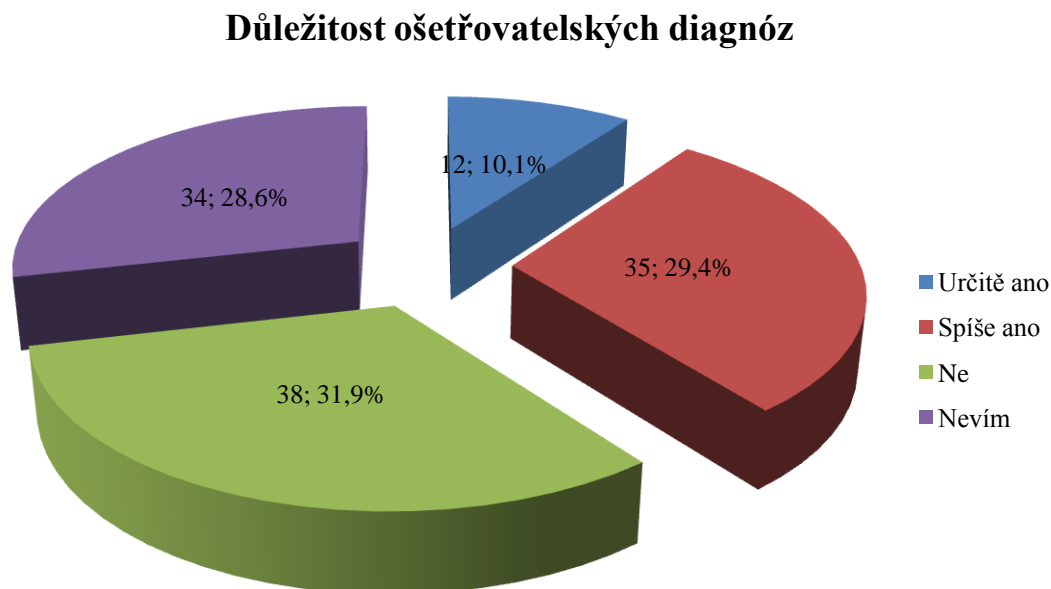
Graf znázorňuje četnost odpovědí, odkud perioperační sestry nejčastěji získávají informace o pacientovi. Perioperační sestry zde měly možnost uvést více odpovědí, celkem bylo označeno 342 odpovědí (100 %). 84 krát (24,6 %) označily odpověď, že informace získaly z operačního programu, 72 krát (21,1 %) označily odpověď, že informace perioperačním sestřím poskytl pacient, 67 krát (19,6 %) označily odpověď, že informace získaly z chorobopisu pacienta, 47 krát (13,7 %) označily odpověď, že informace perioperačním sestřím podala anesteziologická sestra, 39 krát (11,4 %) označily odpověď, že informace perioperačním sestřím poskytl lékař a 33 krát (9,6 %) označily odpověď, že informace perioperační sestry získávaly z ošetrovatelské dokumentace.

**Graf 19 Ošetrovatelské diagnózy v perioperační dokumentaci**



Z celkového počtu dotázaných 119 perioperačních sester (100%) odpovědělo 27 perioperačních sester (22,7%), že ošetrovatelské diagnózy jsou součástí jejich perioperační dokumentace. 92 perioperačních sester (77,3%) přítomnost ošetrovatelských diagnóz v jejich perioperační dokumentaci nepotvrdilo.

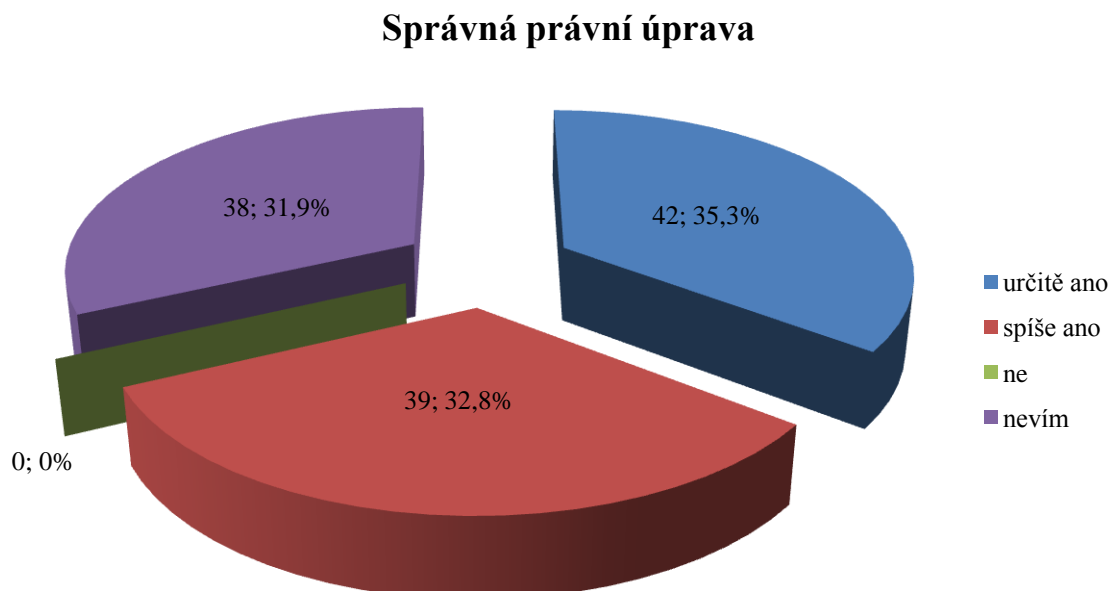
**Graf 20 Důležitost ošetrovatelských diagnózy v perioperační péči**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) považovalo 12 perioperačních sester (10,1 %) tvorbu ošetrovatelských diagnóz v perioperační péči za důležitou a 35 perioperačních sester (29,4 %) odpovědělo, že tvorba ošetrovatelských diagnóz je pro perioperační péči přínosná. 34 perioperačních sester (28,6 %) se k této otázce názorově nevyjádřilo a 38 perioperačních sester (31,9 %) si myslelo, že tvorba ošetrovatelských diagnóz v perioperační péči není důležitá.

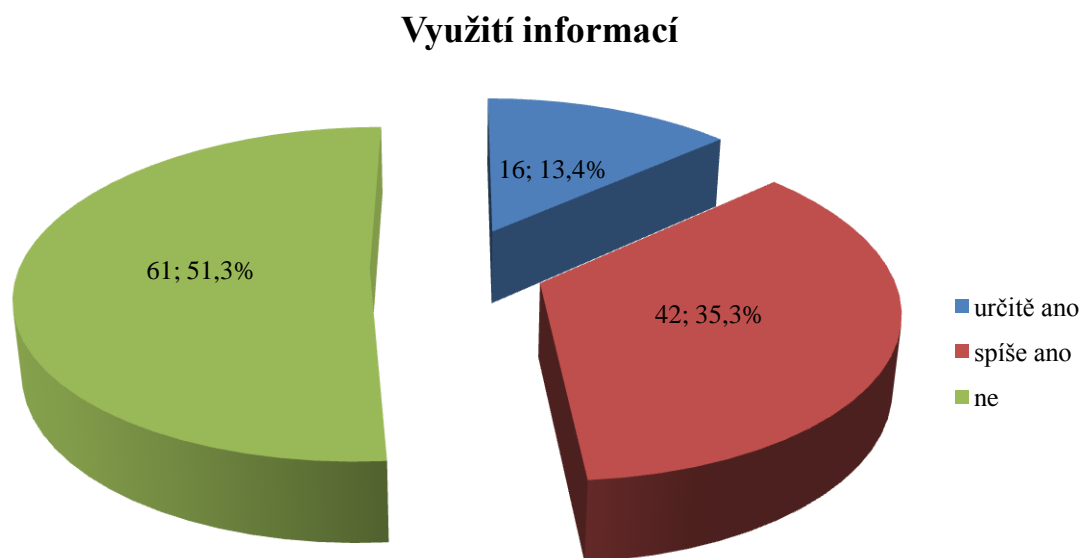


**Graf 21 Správná právní úprava perioperační dokumentace**



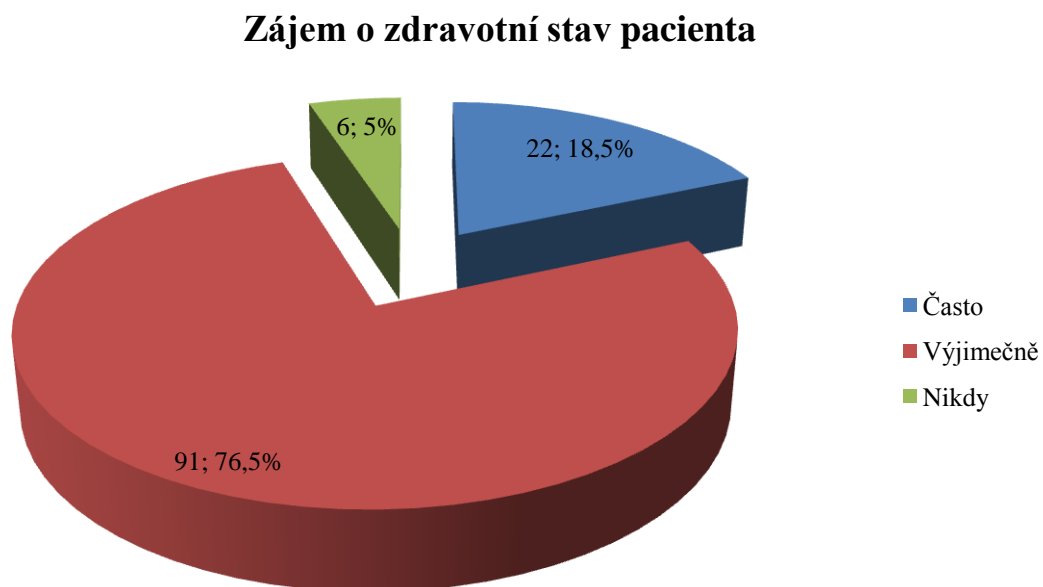
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) bylo přesvědčeno 42 perioperačních sester (35,3 %), že perioperační dokumentace určitě odpovídá platné legislativě. 39 perioperačních sester (32,8 %) odpovědělo, že jejich perioperační dokumentace platné legislativě spíše odpovídá. 38 perioperačních sester (31,9 %) nevědělo, jestli jejich perioperační dokumentace odpovídá legislativě, protože platnou legislativu neznaly.

**Graf 22 Využití informací z ošetrovatelské dokumentace**



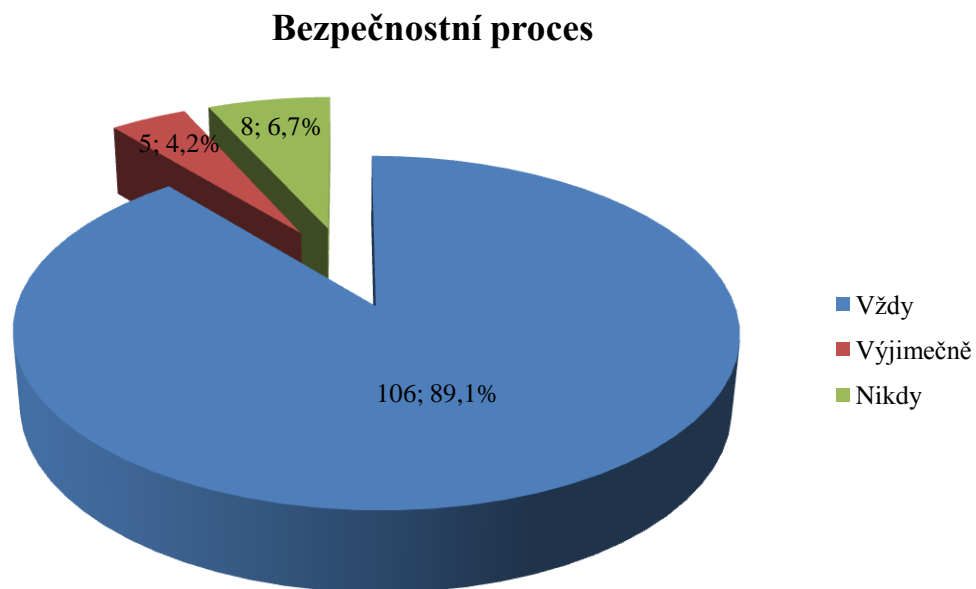
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 16 perioperačních sester (13,4 %), že do ošetrovatelské dokumentace nahlédne vždy a zjištěné informace následně využily v perioperační dokumentaci. 42 perioperačních sester (35,3 %) využilo informace z ošetrovatelské dokumentace jen tehdy, pokud potřebné informace nenalezly někde jinde a 61 perioperačních sester (51,3 %) uvedlo, že informace z ošetrovatelské dokumentace nepotřebují.

**Graf 23 Zájem o zdravotní stav pacienta po operaci**



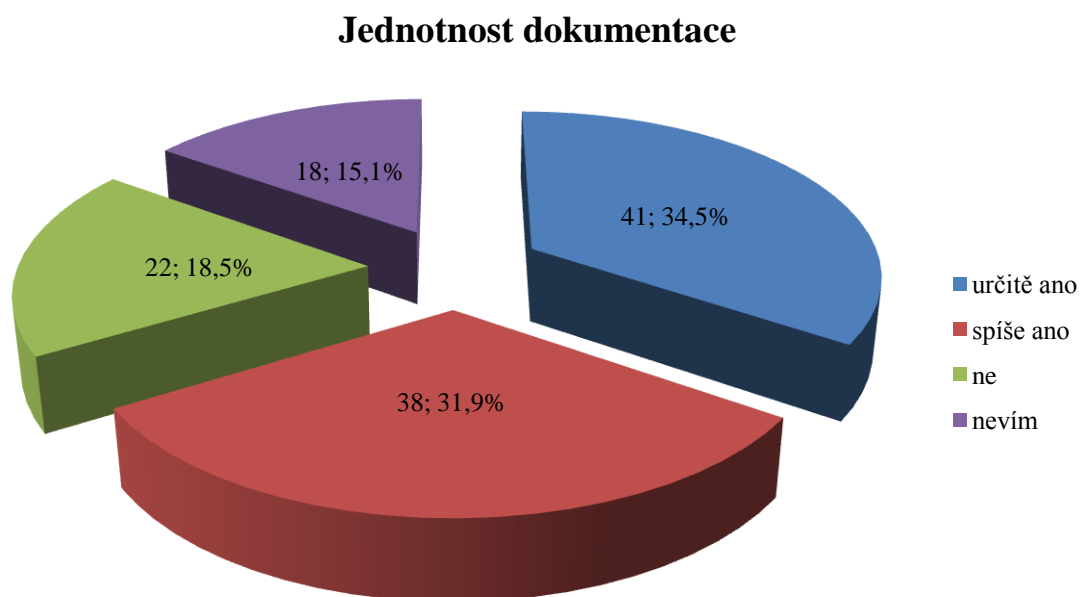
Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) se často o zdravotní stav pacienta po operaci zajímalo 22 perioperačních sester (18,5 %), 91 perioperačních sester (76,5 %) se zajímalo o zdravotní stav pacienta po operaci výjimečně a 6 perioperačních sester (5 %) zdravotní stav pacienta po operaci nezajímal vůbec.

**Graf 24 Bezpečnostní proces v perioperační dokumentaci**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) uvedlo 106 perioperačních sester (89,1 %), že bezpečnostní proces je součástí jejich perioperační dokumentace, 5 perioperačních sester (4,2 %) aplikovalo bezpečnostní proces v perioperační péči výjimečně a 8 perioperačních sester (6,7 %) bezpečnostní proces nikdy neaplikovalo.

**Graf 25 Jednotnost perioperační dokumentace v rámci ČR**



Z celkového počtu 119 perioperačních sester (100 %) bylo přesvědčeno 41 perioperačních sester (34,5 %) o jednotnosti perioperační dokumentace v rámci celé ČR, která by usnadnila orientaci nejen v dokumentaci, ale i v poskytnuté péči. 38 perioperačních sester (31,9 %) odpovědělo spíše ano, protože návaznost péče je důležitým faktorem při poskytování péče. 22 perioperačních sester (18,5 %) uvedlo, že v tom nevidí žádné výhody a 18 perioperačních sester (15,1 %) o jednotnosti perioperační dokumentace v rámci ČR nepřemýšlelo.

#### 4.2 Statistické testování získaných dat

K testování hypotézy byly použity odpovědi na otázky 9, 10. V otázce 9 byly sloučeny kategorie odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“ a „ne“ a „nevím“ z důvodu malé četnosti odpovědí v jednotlivých kategoriích. V testech byly vždy jen dvě kategorie odpovědí, „ano“ a „ne“.

Pro zhodnocení hypotézy „*Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou*“ byla stanovena hraniční hodnota zastoupení odpovědí „ano“ 75 %. Daná otázka byla započítána ve prospěch hypotézy, pokud byl výskyt „správné“ odpovědi „ano“ 75 % nebo více. Četnosti odpovědí byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Očekávané četnosti u všech odpovědí tedy byly stanoveny v poměru 75% „ano“ (z celkového počtu 119 odpovědí to je 89 odpovědí) a 25 % „ne“ (z celkového počtu 119 odpovědí to je 30 odpovědí).

Pro porovnání četnosti odpovědí na otázku 10, byla stanovena bodová hranice, která mapovala přínos perioperační dokumentace pro sestry na operačním sále. Pro testování naší hypotézy se jednalo o 2 bodovou hranici, která znamená to, že perioperační sestry odpověděly „ano“ na 2 z možných 6 odpovědí. Získaný počet odpovědí na otázky „ano“ a „ne“ byl porovnáván s očekávanými četnosti a testován pomocí chí kvadrát testu.

Pokud byla dosažena hladina významnosti větší než 0,05 (5 %), znamená to, že počet správných odpovědí odpovídal poměru 75 % : 25 %, a tudíž potvrzuje naši hypotézu. Pokud byla dosažená hladina významnosti menší než 0,05 (5 %), zjištěný poměr byl odlišný od předpokládaného poměru 75 % : 25 %.

#### 4.2.1 Výsledky statistického testování

**Tabulka 1 Nutnost používání perioperační dokumentace (statistický test)**

	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	procenta	procenta	četnosti
Ano / Spíše ano	<b>107</b>	<b>90 %</b>	<b>75 %</b>	<b>89</b>
Ne / Nevím	<b>12</b>	<b>10 %</b>	<b>25 %</b>	<b>30</b>
Celkem	<b>119</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>119</b>
<b>Chí kvadrát test</b>	<b>0,0001</b>			

V tabulce 1 jsou uvedeny pozorované a očekávané četnosti odpovědí u testované otázky 9. Zjištěná četnost odpovědí „ano“ a „ne“ se lišila od poměru 75 % : 25 % , dosažená hladina významnosti byla menší než 0,05 (5 %), což znamená že pozorované četnosti odpovědí „ano“ a „ne“ se významně lišily od testovaného poměru 75 % : 25 %. Zjištěný rozdíl byl způsoben větším než 75 % zastoupením odpovědi „ano“. Tyto odpovědi tedy podporují stanovenou hypotézu.

**Tabulka 2 Význam perioperační dokumentace**

	Četnosti	Procenta z odpovědí	Procenta z respondentů
Chrání sestru	<b>16</b>	<b>6,2 %</b>	<b>13,4 %</b>
Chrání pacienta	<b>16</b>	<b>6,2 %</b>	<b>13,4 %</b>
Chrání sestru i pacienta	<b>72</b>	<b>28,1 %</b>	<b>60,5 %</b>
Informace pro další péči	<b>36</b>	<b>14,1 %</b>	<b>30,3 %</b>
Záznam o poskytnuté péči	<b>87</b>	<b>34 %</b>	<b>73,1 %</b>
Doklad pro vyúčtování péče	<b>25</b>	<b>9,8 %</b>	<b>21 %</b>
Nemá význam	<b>4</b>	<b>1,6 %</b>	<b>3,4 %</b>
Celkem	<b>256</b>	<b>100 %</b>	

Tabulka 2 ukazuje sledované četnosti sedmi možných odpovědí na otázku 10. Z tabulky je patrné, že nejčastěji uváděným významem perioperační dokumentace byl záznam informací o poskytnuté péči, který uvedlo 73,1 % perioperačních sester z celkového počtu 119 respondentů (100 %).

**Tabulka 3 Význam perioperační dokumentace (četnosti odpovědí)**

	Počet respondentů	Procenta
0 odpovědí	<b>4</b>	<b>3,3 %</b>
1 odpověď	<b>19</b>	<b>16 %</b>
2 odpovědi	<b>58</b>	<b>48,7 %</b>
3 odpovědi	<b>24</b>	<b>20,2 %</b>
4 odpovědi	<b>14</b>	<b>11,8 %</b>
Celkem	<b>119</b>	<b>100 %</b>

V tabulce 3 jsou uvedeny sledované četnosti možností odpovědi na otázku 10 u jednotlivých respondentů. 58 perioperačních sester (48,7 %) označilo 2 odpovědi z 6 možností významu perioperační dokumentace. 3 možnosti odpovědi uvedlo 24 perioperačních sester (20,2 %) a 1 možnost odpovědi 19 perioperačních sester (16 %). 14 perioperačních sester (11,8 %) souhlasilo s významem perioperační dokumentace u 4 z 6 možností odpovědi a 4 perioperační sestry (3,3 %) u otázky 10 neoznačily žádnou možnost.



**Tabulka 4 Statistický test otázky 10**

Přínosnost dokumentace	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	procenta	procenta	četnosti
Ano (2 a více bodů)	<b>96</b>	<b>80,7 %</b>	<b>75 %</b>	<b>89</b>
Ne (do 2 bodů)	<b>23</b>	<b>19,3 %</b>	<b>25 %</b>	<b>30</b>
Celkem	<b>119</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>119</b>
<b>Chí kvadrát test</b>	<b>0,153</b>			

Tabulka 4 obsahuje pozorované četnosti odpovědí na otázku 10, kdy každé odpovědi „ano“ byl přiřazen 1 bod a odpovědi „ne“ 0 bodů. Přínosnost dokumentace byla stanovena na hranici 2 bodů. Znamená to tedy, že 96 dotázaných perioperačních sester (80,7 %) označilo v dotazníku 2 a více možností odpovědi u otázky 10. 23 perioperačních sester (19,3 %) uvedlo 1 nebo žádnou možnost odpovědi u otázky 10. Zjištěná četnost odpovědí „ano“ a „ne“ se nelišila od poměru 75 % : 25 % - dosažená hladina významnosti je větší než 0,05 (5 %). Znamená to, že platí nulová hypotéza: zastoupení odpovědi „ano“ je 75 %. Tato varianta byla tedy rovnou započítána ve prospěch stanovené hypotézy.

### ***4.3 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření***

#### ***4.3.1 Porovnávání perioperačních dokumentací***

Výsledky jsou zpracovány podle jednotlivých oblastí v záznamovém archu (viz Příloha 7). Zdravotnickým zařízením byla přidělena písmena, čímž byla zachována jejich anonymita.

## **1. Položka v záznamovém archu Vzor dokumentace**

Většina ošetrovatelských dokumentací je zpracována podle určitého vzoru, kterým je nejčastěji ošetrovatelský model. Ten umožňuje celkové zhodnocení pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánu péče konkrétním způsobem. Perioperační dokumentace je v tomto ohledu výjimkou. Pro perioperační péči v České republice zatím není jednotně uznávaný ošetrovatelský model, který by specifickou péčí na operačních sálech vystihoval. Proto jsou perioperační dokumentace vytvářeny především jednotlivými odděleními konkrétních zdravotnických zařízení tak, aby spíše popisovala jednotlivé kroky práce perioperačních sester, a to v závislosti na charakteru prováděných chirurgických výkonů. Při hodnocení získaných perioperačních dokumentací se tento názor potvrdil. Ošetrovatelskými modely se neinspirovalo žádné z 6 hodnocených zdravotnických zařízení.

## **2. Položka v záznamovém archu Oblast identifikačních údajů**

Identifikační údaje v perioperační dokumentaci patří do druhé hodnocené oblasti. Tuto problematiku přesně definuje Vyhláška č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci. Tato vyhláška stanovuje identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou jméno, adresa a název poskytovatele, název oddělení a eventuelně identifikační číslo poskytovatele. Mezi identifikační údaje pacienta řadí jméno a příjmení, rodné číslo a adresu trvalého pobytu. Nezbytnou součástí jsou také jména a příjmení osob, která nejen péči poskytují, ale i provádí zápis do perioperační dokumentace. Na základě těchto skutečností byla sestavena tabulka, která odráží aktuální stav perioperačních dokumentací v oblasti identifikačních údajů.

**Tabulka 5 Oblast identifikačních údajů**

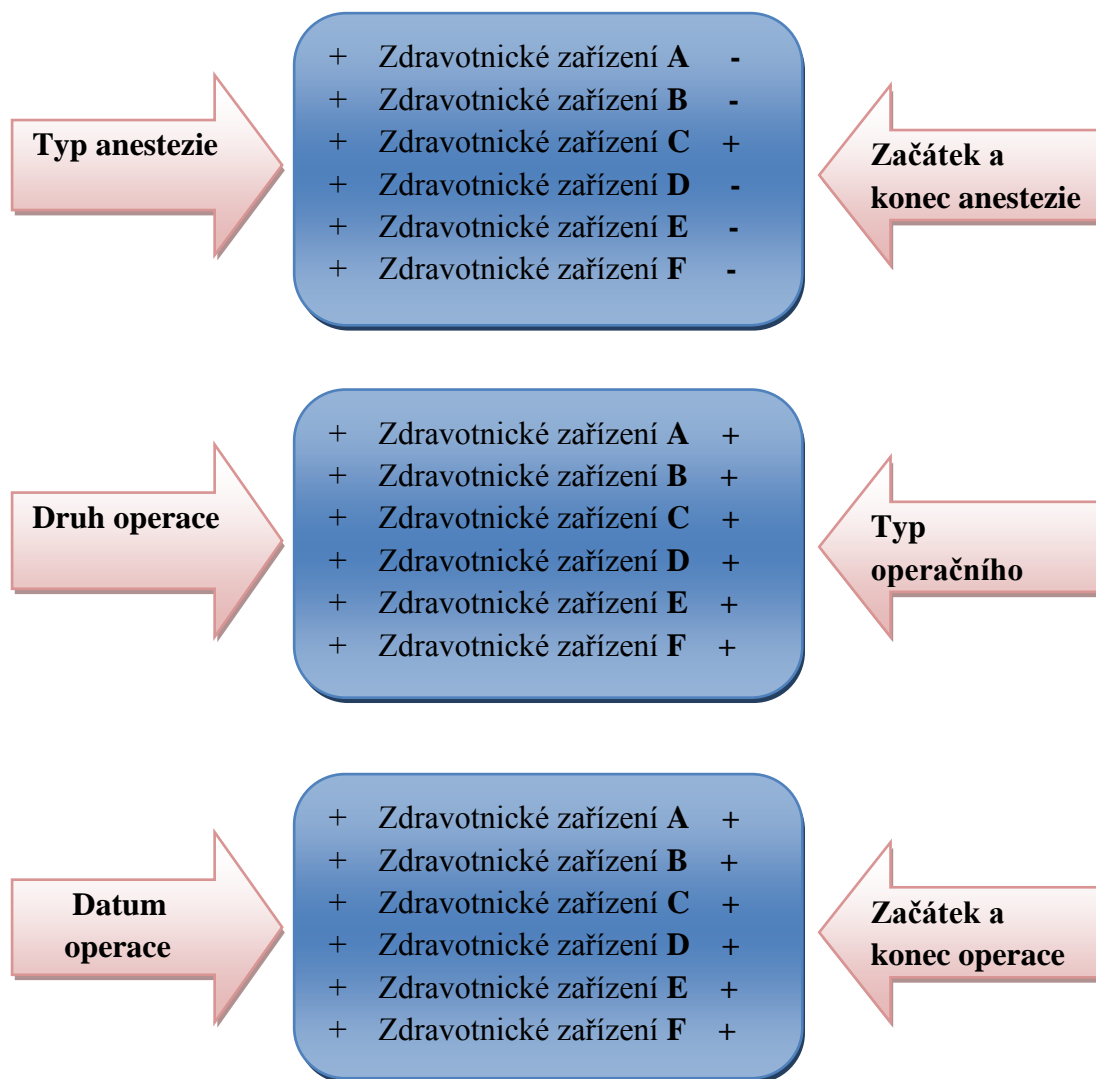
Zdravotnické zařízení	A.	B.	C.	D.	E.	F.
Logo nemocnice	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
Adresa nemocnice	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Název oddělení	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Identifikační údaje pacienta	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Jméno operátora	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Jméno asistujícího lékaře	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Jméno perioperační sestry - asistující	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Jméno perioperační sestry - cirkulující	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Jméno anesteziologa	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
Jméno sanitáře	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>

Všechna zdravotnická zařízení v oblasti identifikačních údajů perioperační dokumentace shodně uvádějí název oddělení, kompletní identifikaci pacienta včetně rodného čísla a čísla pojišťovny, jméno operátora, asistující perioperační sestry a cirkulující perioperační sestry. Logo nemocnice na své perioperační dokumentaci uvádí 3 z 6 zdravotnických zařízení a adresu neuvádí pouze zdravotnické zařízení B. Rozdílný názor je i na záznam jména asistujících lékařů, anesteziologa a sanitáře. Jméno asistentů je zaznamenáváno pouze u zdravotnického zařízení A a E, jméno anesteziologa najdeme pouze u zdravotnického zařízení B a jméno sanitáře uvádí perioperační sestry do dokumentace ve zdravotnickém zařízení A, C, E a F.

### 3. Položka v záznamovém archu Oblast operačního výkonu

Oblast operačního výkonu je rozpracována do 6 položek a jejich zhodnocení ukazuje schéma 1.

Schéma 1 Oblast operačního výkonu



(legenda: + obsahuje údaj, - neobsahuje údaj)

Schéma popisuje jednotlivé položky vycházející ze záznamového archu, které se týkají operačního výkonu. Všechna zdravotnická zařízení v perioperačních dokumentacích shodně uvádí typ anestezie, druh a typ operačního výkonu, datum a čas operace.

Rozdílnost vidíme u zaznamenávání času anestezie, kterou ve své perioperační dokumentaci uvádí pouze zdravotnické zařízení C.

#### 4. Položka v záznamovém archu Oblast před zahájením operace

V této oblasti je 14 položek, které se objevovaly v jednotlivých perioperačních dokumentacích.

**Tabulka 6 Oblast před zahájením operačního výkonu**

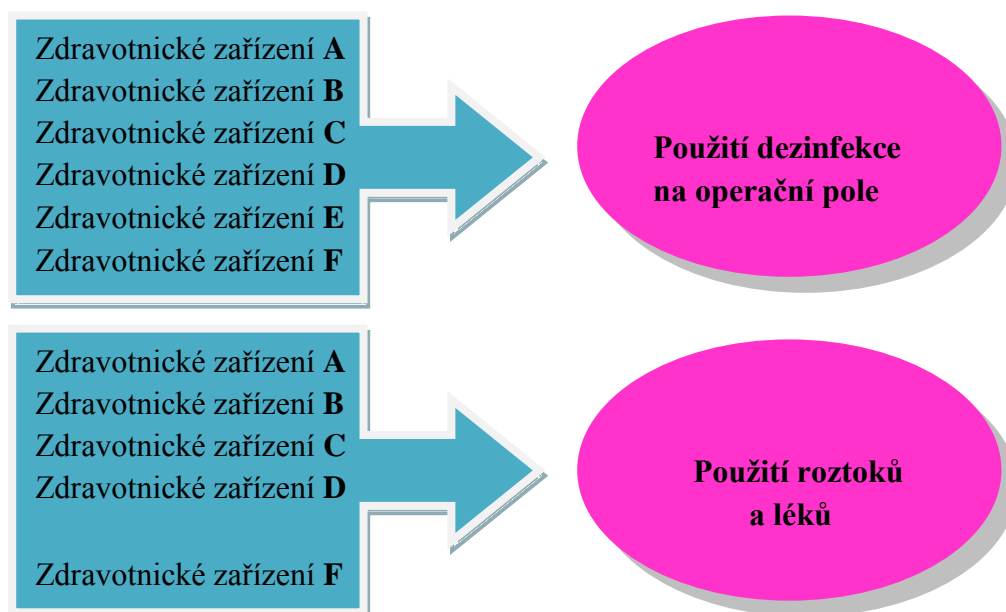
Zdravotnické zařízení	A.	B.	C.	D.	E.	F.
Poloha pacienta na op. stole	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Termoregulace pacienta na operačním sále	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Stav pacienta (ambulantní, hospitalizovaný)	NE	NE	NE	ANO	NE	NE
Oholení pacienta na op. sále	NE	NE	NE	ANO	NE	NE
Stav kůže před a po operaci	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE
Zavedení permanentního močového katétru na op. sále	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Zavedení nasogastrické sondy	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO
Označení kožního řezu	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
Bezpečnostní proces	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
Použití incizní fólie	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO
Použití turniketu	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO
Použití elektrokoagulace	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Místo přiložení neutrální elektrody	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Zavedení pneumoperitonea	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE

První položkou v této tabulce je poloha pacienta na operačním stole. Tuto položku zaznamenávají všechna zdravotnická zařízení, ale typy poloh se liší podle charakteru operačních výkonů, které se na daných odděleních provádí. Termoregulaci pacienta, zavedení permanentního močového katétru a použití elektrokoagulace uvádí všechna zdravotnická zařízení jednotně. Také přiložení neutrální elektrody je položka, která se objevuje ve všech hodnocených perioperačních dokumentacích. U této položky se objevuje nejednotnost v záznamu místa přiložení neutrální elektrody. Ta je dána preferencí určité lokality, která vyplývá z charakteru prováděných operačních výkonů. Položku bezpečnostní proces a označení místa kožního řezu uvádí ve své perioperační dokumentaci pouze zdravotnické zařízení B. Ostatní hodnocené položky se v perioperačních dokumentacích objevují v závislosti na typu oddělení a operačních výkonech.

#### **5. položka záznamového archu Oblast použitých materiálů a přístrojů**

Tato položka byla pro hodnocení vybrána záměrně pro její úzké propojení s platnou legislativou. Jednotlivé položky jsou rozpracovány v následujícím schématu.

#### **Schéma 2 Oblast použitých materiálů a přístrojů**



Pokračování Schéma 2 ze strany 77.

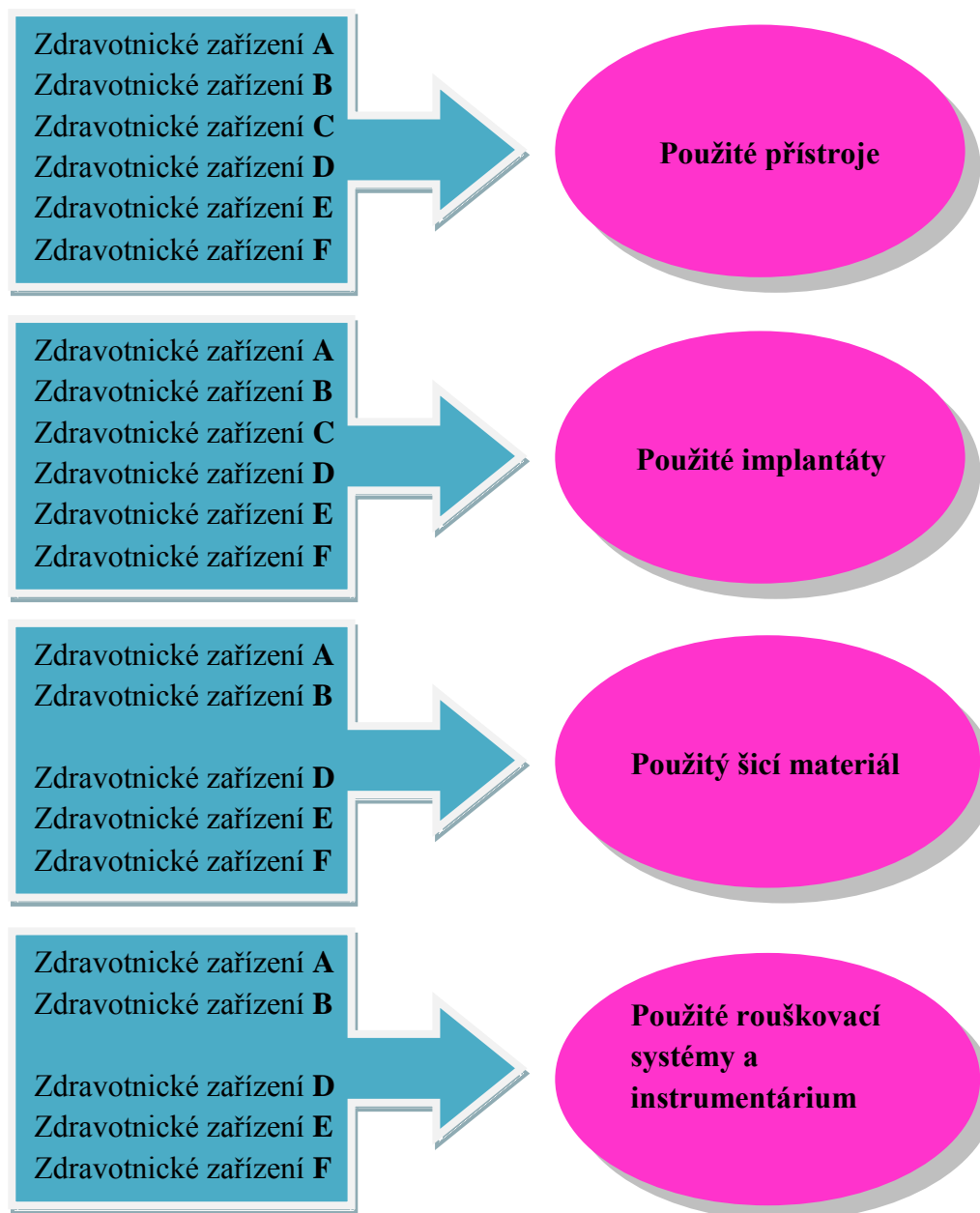


Schéma popisuje výsledky hodnocení perioperačních dokumentací v oblasti použitých materiálů, léčiv, implantátů a přístrojů. Zdravotnické zařízení C ve své perioperační dokumentaci ze všech uvedených položek neuvádí použití šicího materiálu, instrumentária a rouškovacích systémů. Zdravotnické zařízení E uvádí v perioperační dokumentaci všechny uvedené položky s výjimkou použití roztoků a léků. Zdravotnická zařízení A, B, D, F obsahují v perioperační dokumentaci všechny hodnocené položky.

## 6. položka v záznamovém archu Oblast využití ošetrovatelského procesu

Součástí ošetrovatelské péče o pacienta je vytvoření plánu péče, který je nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace. Péče o pacienta v operačním traktu je náročná, a proto i zde je nutné věnovat pozornost potřebám pacienta a potencionálním rizikům a pochybením. Proto další hodnocenou oblastí je ošetrovatelský proces, který umožní nejen stanovit aktuální a potencionální rizika, navrhnout správné intervence, ale i stanovit očekávané výsledky.

**Tabulka 7 Oblast využití ošetrovatelského procesu**

Zdravotnické zařízení	A.	B.	C.	D.	E.	F.
<b>1. fáze: Zhodnocení</b>						
- stav kůže	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE
- alergie	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE
- permanentní močový katétr	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
- nasogastrická sonda	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO
<b>2. fáze: Diagnostika</b>						
Ošetrovatelské diagnózy	NE	NE	NE	NE	NE	NE
<b>3. fáze: Plánování</b>						
Ošetrovatelské intervence:						
- ochrana kůže	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
- dodržování aseptických postupů	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
- zajištění bezpečnosti pacienta	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
- termoregulace	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
Očekávané výsledky:	NE	NE	NE	NE	NE	NE
<b>5. fáze: Vyhodnocení</b>						
- mimořádné události na op. sále	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE
- stav kůže po operaci	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE
- početní souhlas nástrojů a materiálu po operaci	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO



Tabulka prezentuje využití jednotlivých fází ošetrovatelského procesu při práci perioperačních sester ve vytypovaných zdravotnických zařízeních. K fázím ošetrovatelského procesu byly přiřazeny odpovídající položky z perioperačních dokumentací. Všechny porovnávané perioperační dokumentace obsahovaly některé ze sledovaných položek. Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče v perioperačních dokumentacích chybí u všech sledovaných perioperačních dokumentací.

#### **Položka záznamového archu číslo 7: Oblast závěru operačního výkonu**

Tato oblast perioperačních dokumentací je zaměřena na úkony související se závěrečnou fází operačního výkonu. Bylo stanoveno 8 položek, které se objevovaly u hodnocených perioperačních dokumentací.

**Tabulka 8 Oblast závěru operačního výkonu**

Zdravotnické zařízení	A.	B.	C.	D.	E.	F.
Odběr biologického materiálu	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Drenáže	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Tamponáda	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
Mimořádné události	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Souhlas počtu nástrojů a materiálu	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>
Krytí operační rány	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Přiložení krčního límce	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>	<b>NE</b>
Podpis asistující a cirkulující perioperační sestry	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>	<b>ANO</b>

Jak ukazuje tabulka, všechna zdravotnická zařízení, jejichž perioperační dokumentace byly porovnávány, shodně uvádějí položku odběr biologického materiálu, drenáže,

mimořádné události, souhlas počtu nástrojů a materiálu a samozřejmě podpis asistující a cirkulující perioperační sestry. V ostatních položkách se objevuje určitý rozpor, který vyplývá z typu oddělení a charakteru prováděných operačních výkonů.

## 5. Diskuze

V současné době je neustále vyvíjen tlak na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalita péče může být hodnocena pouze na základě měřitelných ukazatelů, mezi které vedení perioperační ošetrovatelské dokumentace bezesporu patří. Diplomová práce je zaměřena na vedení perioperační dokumentace v rámci ČR. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat stav současné perioperační dokumentace ve vybraných nemocničních zařízeních, zjistit z jakých částí se skládá perioperační dokumentace, a jaký názor mají sestry na využití perioperační dokumentace.

Dotazník pro perioperační sestry obsahoval celkem 26 otázek, které byly uzavřené nebo polootevřené a odrážely názor perioperačních sester. První tři identifikační otázky nám perioperační sestry rozdělily podle věku, délky praxe a pracoviště. Dotazník vyplnilo celkem 119 (100 %) perioperačních sester. Z prvního grafu je patrné, že nejvíce zastoupená věková kategorie perioperačních sester byla 31- 40 let (42 %), následovaná věkovou kategorií 41 – 50 let (28,6 %). Třetí nejpočetnější věková kategorie byla 51 a více let (17,6 %). Nejmenší zastoupení měla první uvedená věková kategorie 20 – 30 let (11,8 %). Ze 119 (100 %) dotázaných perioperačních sester bylo nejvíce s délkou praxe mezi 11 a 20 lety (43,7 %) a nejmenší skupinu tvořily perioperační sestry s délkou praxe do 3 let (6,7 %). Můžeme se tedy domnívat, že věk perioperačních sester a jejich délka praxe odpovídá současnému systému vzdělávání v oboru všeobecná sestra, protože jak uvádí Jedličková (2012), kvalifikační požadavek na perioperační sestry je ukončené kvalifikační zdravotnické vzdělání všeobecného směru, které v současné době získávají na lékařských fakultách nebo na vysokých školách neuniverzitního typu absolvováním 3letých bakalářských programů ošetrovatelství. Dále se doporučuje nejméně tříletá praxe u lůžka (54).

Graf 3 ukazuje preferenci typu operačních sálů u perioperačních sester. Nejčastěji perioperační sestry uváděly Centrální operační sály (25,2 %), následovaly operační sály neurochirurgie (21,8 %), téměř totožně byly uváděny operační sály obecné chirurgie (12,6 %), gynekologie (10,1 %) a cévní chirurgie (8,4 %), kardiochirurgie (6,7 %), ortopedie (6 %) a urologie (5 %). Nejméně perioperační sestry uváděly operační sály ORL, které uvedlo 5 perioperačních sester (4,2 %). Duda (2000) uvádí, že v dřívějších

letech převládal při stavbě nemocnic pavilónový systém, kdy jednotlivá oddělení byla umístěna v samostatných budovách a každý operační obor měl v návaznosti na lůžkovou část vybudován i vlastní operační trakt. S rozvojem medicíny byl postupně tento typ výstavby nahrazován systémem centralizovaným, kde centrální operační sály byly umístěny v jedné centrální budově, kde byl zajišťován operační provoz pro všechny operační obory v nemocnici, což nám výše uvedené potvrdilo (55).

Jedním z cílů práce bylo zjistit názor sester na využití perioperační dokumentace, kdy středem zájmu bylo zjistit nejen její samotné využití, ale také od koho či kde získávají informace o pacientovi potřebné pro perioperační péči. Jarošová (2012) uvádí, že využívání jednotného ošetrovatelského jazyka vede k lepší komunikaci mezi ošetrovatelskými profesionály dalšími poskytovateli zdravotní péče, jasné a srozumitelné formulaci ošetrovatelských diagnóz a intervencí, systematictějšímu sběru dat pro hodnocení výsledků ošetrovatelské péče, zpřehlednění administrace péče a nepochybně vede i k využívání elektronického dokumentování poskytované péče. Když to nemůžeme pojmenovat, nemůžeme to kontrolovat, praktikovat, vyučovat, financovat nebo zveřejňovat (54).

Názor perioperačních sester na využití informací z perioperační dokumentace po operačním výkonu není zcela jednoznačný, jak ukazuje graf 14. Ze 119 dotázaných perioperačních sester bylo 44 sester (37 %) přesvědčeno o tom, že je perioperační dokumentace využívána i jinými zdravotníky. 32 perioperačních sester (26,9 %) bylo názoru, že se dokumentace na operačním sále založí a už se do ní nikdo nedívá a 43 perioperačních sester (36,1 %) o využití perioperační dokumentace vůbec nepřemýšlelo. Jako zdroj informací o pacientovi (graf 18) perioperační sestry nejčastěji uvedly operační program (84 krát). Druhým nejčastějším zdrojem informací je sám pacient (72 krát), informace získané z chorobopisu pacienta perioperační sestry označily 67 krát. 47 krát podala informace perioperačním sestřám anesteziologická sestra a 39 krát lékař. Informace z ošetrovatelské dokumentace perioperační sestry označily 33krát. Z výsledků se lze domnívat, že informace zaznamenané v perioperační dokumentaci nejsou využívány v následné ošetrovatelské péči v dostatečném rozsahu. Na druhé straně je nutné zmínit, že ani ošetrovatelská dokumentace není perioperačními sestrami

vyhledávána jako nejdůležitější zdroj informací o pacientovi. Perioperační sestry (35,3 %) také uváděly, že pokud potřebné informace nenalezly u výše zmíněných zdrojů, tak ošetrovatelskou dokumentaci, jako zdroj informací, využily. Naopak 51,3 % perioperačních sester uvedlo, že informace z ošetrovatelské dokumentace nepotřebovalo a pouze 16 perioperačních sester (13,4 %) do ošetrovatelské dokumentace nahlédlo vždy a zjištěné informace následně využily v perioperační péči (graf 22). Podle mého názoru souvisí tento výsledek jak s odlišnou péčí o pacienta, tak s rozdílným zpracováním ošetrovatelské a perioperační dokumentace. Zatímco ošetrovatelská dokumentace obsahuje celkové zhodnocení aktuálních i potencionálních problémů a plán péče, perioperační dokumentace spíše mapuje jednotlivé kroky práce perioperačních sester. Souhlasím s tvrzením, že ošetrovatelská dokumentace slouží nejen jako zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné, jejich výsledcích, ale také jako chronologický přehled poskytované péče, což uvádí Plevová (2011) (56). Domnívám se tedy, že perioperační dokumentace postrádá základní prvky z oblasti ošetrovatelského procesu, který by byl propojením péče perioperační s péčí pooperační. Graf 17 odráží názor perioperačních sester na využití ošetrovatelského procesu na operačním sále. 63 perioperačních sester (52,9 %) metodu ošetrovatelského procesu při péči o pacienta nepoužívalo a 56 perioperačních sester (47,1 %) uvedlo, že pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Z výsledku je jasné, že více jak polovina dotázaných perioperačních sester metodou ošetrovatelského procesu nepracuje. Otázkou však je, zda perioperační sestry ví, co ošetrovatelský proces je, a jak je v praxi aplikován. Touto problematikou se zabývala Bubníková (2006) ve svém výzkumu na téma Ošetrovatelský proces na sále, ve kterém se jí nepotvrdila hypotéza, že všechny perioperační sestry znají metodiku ošetrovatelského procesu (45). Je překvapivé, že se tato skutečnost nepotvrdila ani o sedm let později. Plevová (2011) ve své knize přitom uvádí, že povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu byla zakotvena i do legislativních norem České republiky, konkrétně do Koncepce ošetrovatelství (56).

Zjišťovali jsme i to, jaký mají perioperační sestry názor na přítomnost ošetrovatelských diagnóz v perioperační dokumentaci (graf 19, 20). Ošetrovatelské

diagnózy nejsou součástí perioperační dokumentace u 92 perioperačních sester (77,3 %) a 27 perioperačních sester (22,7 %) přítomnost ošetrovatelských diagnóz v perioperační dokumentaci potvrdilo. Překvapující bylo i zjištění, že 38 perioperačních sester (31,9%) tvorbu ošetrovatelských diagnóz v perioperační dokumentaci nepovažovalo za důležitou a 34 perioperačních sester (28,6 %) se k této problematice nevyjádřilo. 47 perioperačních sester (49,5 %) bylo názoru, že by ošetrovatelské diagnózy neměly v perioperační dokumentaci chybět. Z výsledku je patrné, že pokud perioperační sestry nebudou nepoužívat metodiku ošetrovatelského procesu, tak přítomnost ošetrovatelských diagnóz v perioperační dokumentaci nebudou chápat jako přínos.

Graf 5 nám prezentuje používání perioperační dokumentace ve vytypovaných zdravotnických zařízeních. Výsledkem bylo zjištění, že perioperační dokumentaci používalo 119 perioperačních sester (100 %). Tento výsledek byl pro nás potěšující, protože ještě před osmi lety byla situace na operačních sálech zcela odlišná. Perioperační sestry dokumentaci nevedly, ačkoli jim tuto skutečnost ukládal zákon. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že se situace v oblasti mapování práce perioperačních sester zlepšila a používání sesterské dokumentace na operačních sálech se stala nezbytnou součástí péče o pacienta. Z výše uvedeného vyplývá, že *HI na operačních sálech mají perioperační dokumentaci, se potvrdila*. Tuto skutečnost nám potvrdil i kvalitativní výzkum, který byl zaměřen na zpracování dat z perioperačních dokumentací. Na základě této skutečnosti můžeme na první výzkumnou otázku „*Používají na operačních sálech perioperační dokumentaci?*“ odpovědět takto: Vedení perioperační dokumentace je povinností všech zdravotnických zařízení, která je zakotvena v platné legislativě. Ačkoliv její zpracování není jednotné, protože jednotlivá oddělení preferují ve své perioperační dokumentaci odlišné údaje, má perioperační dokumentace svůj nezastupitelný význam v perioperační péči.

Dalším hodnoceným prvkem, který nás zajímal, byla forma používané perioperační dokumentace. Jak ukazuje graf 6, tištěnou formu perioperační dokumentace používalo 75 perioperačních sester (63 %), 11 perioperačních sester (9,3 %) používá perioperační dokumentaci pouze v elektronické podobě a kombinovanou formu perioperační dokumentace uvedlo 33 perioperačních sester (27,7 %). Vzhledem k tomu, že ještě do

nedávna mohla být zdravotnická dokumentace vedena pouze v tištěné podobě, není tento výsledek nijak překvapivý. Hammer (2011) ve svém článku uvádí hlavní přínosy elektronické dokumentace na operačních sálech. Tento systém, z uživatelského pohledu zjednodušuje, zefektivňuje a zpřesňuje práci perioperačních sester a z pohledu ekonomického managementu zpracovává ekonomické informace a statistiky. Jedná se primárně o informace spotřeby a rozúčtování nákladů na pacienta, operační tým, středisko (31).

V této práci jsme sledovali i další aspekt, kterým byl význam perioperační dokumentace. Jak ukazuje graf 9, nejčastěji perioperační sestry vnímaly perioperační dokumentaci jako záznam o poskytnuté péči, kterou označily 87 krát. Právní význam perioperační dokumentace uvedly perioperační sestry třemi možnými variantami. 78 krát uvedly, že chrání sestru i pacienta, shodně 18 krát označily, že chrání pouze sestru a chrání pouze pacienta. Třetím nejčastěji uváděným významem bylo, že poskytuje informace pro další péči, kterou označily 38 krát. Dokument pro vyúčtování péče byl významem, který perioperační sestry vybraly 24 krát. Překvapivé bylo, že se objevil i názor, který perioperační dokumentaci vidí zcela bezvýznamnou. Tato odpověď byla uvedena 4 krát.

Hypotéza byla definována takto: „*Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou*“. K testování hypotézy byly použity odpovědi na otázky 9 a 10. V otázce 9 byly sloučeny odpovědi „určitě ano“ a „spíše ano“ a „ne“ a „nevím“ z důvodu malé četnosti. Z celkového počtu 119 hodnocených odpovědí u otázky 9 byla 107 x zjištěna odpověď „ano“ a 12 x odpověď „ne“. Dosažená hladina významnosti byla 0,0001, což znamená že pozorované četnosti odpovědí „ano“ a „ne“ se významně lišily od testovaného poměru 75 % : 25 %. Zjištěný rozdíl byl způsoben větším než 75 % zastoupením odpovědi „ano“. U otázky 10 byla stanovena bodová hranice, která vyjadřuje dostatečnou přínosnost perioperační dokumentace pro sestry. Tyto odpovědi byly následně rozděleny do kategorií „ano“ a „ne“. V testech byly tedy uváděny vždy jen dvě kategorie odpovědí „ano“ a „ne“. Z celkového počtu 119 hodnocených odpovědí u otázky 10 byla 96 x zjištěna odpověď „ano“ a 23x odpověď „ne“. Nulová hypotéza byla vyjádřena jako celkový počet 119 odpovědí rozdělený na 75 %

zastoupení „ano“ tzn. 89 odpovědí a 25 % zastoupení „ne“ tzn. 30 odpovědí. Platnost stanovené hypotézy byla testována pomocí chí kvadrát testu. Dosažená hladina významnosti 0,153 (15,3 %) vypovídá o malém rozdílu u srovnávaných četností pozorovaných 96 : 23 a očekávaných 89 : 30. Nulová hypotéza platí, zastoupení odpovědi „ano“ je 75 %. Podařilo se tedy prokázat hypotézu „*Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou*“, protože je podporována nadpoloviční většinou (stanovených 75 %) všech odpovědí.

Pro kvalitativní výzkum byla zvolena sekundární analýza dat získaných z perioperačních dokumentací. Pro srovnávací analýzu se podařilo získat 6 formulářů perioperační dokumentace a výsledky byly zpracovány v tabulkách a schématech podle jednotlivých oblastí v perioperačních dokumentacích.

Práce měla za cíl zjistit z jakých částí se perioperační dokumentace skládá. V kvalitativním výzkumu jsme jednotlivé údaje v perioperačních dokumentacích rozdělily do šesti oblastí. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 5, 6, 7, 8 a schématech 1, 2. První sledovanou oblastí v perioperačních dokumentacích byly identifikační údaje (tabulka 5). Tuto problematiku přesně definuje vyhláška č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci, která přesně vymezuje povinné identifikační údaje pro zdravotnické zařízení, pacienta i pro vykonavatele péče. Výsledky ukázaly, že všechna zdravotnická zařízení v oblasti identifikačních údajů perioperační dokumentace shodně uvádějí název oddělení, kompletní identifikaci pacienta, jméno operátora, asistující a cirkulující perioperační sestry. Adresa zdravotnického zařízení, jako povinný údaj, chybí pouze u jedné z analyzovaných perioperačních dokumentací. Rozdílnost se v této oblasti objevila při uvádění jmen asistujících lékařů, anesteziologa a sanitáře. Jména asistujících lékařů uvádí ve své perioperační dokumentaci pouze 2 z 6 zdravotnických zařízení. Jméno anesteziologa obsahovala pouze jedna perioperační dokumentace a jméno sanitáře nebylo součástí dvou perioperačních dokumentací. Domnívám se, že by tyto údaje v perioperační dokumentaci neměly chybět, protože se jedná o týmovou spolupráci a každá ze zmíněných osob, se na péči o pacienta na operačním sále, podílí. Wendsche (2012) uvádí, že kvalita péče poskytovaná pacientům je založena na profesionálním přístupu, který je na jedné straně charakterizován zaměřením na



pacienta a na druhé straně zaměřen na mezioborovou spolupráci s ostatními spolupracovníky a členy zdravotnického týmu (35).

Druhá sledovaná oblast perioperačních dokumentací byla zaměřena na operační výkon ve smyslu jeho typu, druhu, časového rozsahu, délky a typu anestezie. Perioperační dokumentace jednotlivých zdravotnických zařízení byla v této oblasti jednotná, jak ukazuje schéma 1. Výjimku tvořila pouze jedna perioperační dokumentace, ve které perioperační sestry navíc zaznamenávaly i začátek a konec anestezie. Podle mého názoru tato položka do perioperační dokumentace nepatří. Jedná se o údaj, který anesteziolog uvádí ve svém anesteziologickém záznamu, a proto není nutné tyto informace duplicitně uvádět i v perioperační dokumentaci.

Větší rozporuplnost v záznamech do perioperační dokumentace se objevily v oblasti před zahájením operačního výkonu (tabulka 6). Jednotlivé položky byly vybrány na základě četnosti použití v jednotlivých sledovaných perioperačních dokumentacích. V perioperačních dokumentacích se jednotně objevoval záznam o termoregulaci pacienta, zavedení permanentního močového katétru na operačním sále, použití elektrokoagulace, poloze pacienta na operačním stole a přiložení neutrální elektrody. Ačkoliv se jednalo o údaje, které obsahovaly všechny perioperační dokumentace, rozdílnost byla u uváděných typů operačních poloh a míst přiložení neutrální elektrody. Kromě již zmíněných odlišností perioperační dokumentace obsahovaly i další položky, které se nevyskytovaly jednotně. Jak ukazuje tabulka 6, jedná se o údaje o zavedení nasogastrické sondy nebo pneumoperitonea, použití turniketu, oholení pacienta na operačním sále či použití incizní fólie při operačním výkonu. Podle mého názoru tento výsledek souvisí se specifickým zaměřením jednotlivých operačních sálů a charakterem prováděných operačních výkonů, což se nepochybně odráží i v perioperační dokumentaci. Alarmujícím zjištěním je, že označení místa kožního řezu a provedení bezpečnostního procesu uvádí ve své perioperační dokumentaci pouze jedno ze sledovaných zdravotnických zařízení. Touto problematikou se zabývá i Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotní péče. Jedním z cílů tohoto plánu je právě prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení při chirurgických výkonech. Tento cíl

zdravotnickým zařízením ukládá používat standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajištění účasti pacienta na označování místa operačního výkonu. Zároveň vede zdravotnická zařízení k používání a dokumentování předoperační bezpečnostní procedury bezprostředně před zahájením operačního výkonu (40).

Vyhláška č. 11/2005 Sb., kterou se stanoví druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh příkazuje, aby do zdravotnické dokumentace byly zapsány určité zdravotnické prostředky použité u konkrétního pacienta při poskytování zdravotní péče (53). Proto další sledovanou oblastí v perioperačních dokumentacích byla evidence používaných materiálů, léčiv, implantátů a přístrojů. Schéma 2 nám demonstruje jednotnost záznamu u třech hodnocených položek, kterými bylo použití dezinfekce, implantátů a přístrojové techniky. Použitý šicí materiál, rouškovací systémy, instrumentárium a použití roztoků a léků ve své perioperační dokumentaci neuvádí 1 z 6 zdravotnických zařízení. Z výsledků lze tedy usuzovat, že zdravotnická zařízení perioperační dokumentaci upravují podle měnící se legislativy.

Zjišťovali jsme, zda je v perioperačních dokumentacích mapován ošetřovatelský proces. Jedná se o pátou sledovanou oblast perioperačních dokumentací v kvalitativním šetření. Jak prezentuje tabulka 7, fáze ošetřovatelského procesu se do práce perioperačních sester promítaly, ale ošetřovatelské diagnózy a plány péče v perioperačních dokumentacích chyběly u všech vytypovaných zdravotnických zařízení. Souvislost vidíme s kvantitativním výzkumem (graf 17), která ukazuje, že 56 dotázaných perioperačních sester (47,1 %) metodu ošetřovatelského procesu při poskytování perioperační péče využívá. Souhlasím se závěry Bubníkové (2006), která ve svém výzkumu uvádí, že se jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu se do práce perioperačních sester promítají a metodika ošetřovatelského procesu se na operační sály postupně zavádí, postup však není jednotný (45).

Poslední sledovaná oblast perioperačních dokumentací byla zaměřena na úkony související se závěrečnou fází operačního výkonu. Jak ukazuje tabulka 8, všechna zdravotnická zařízení, jejichž perioperační dokumentace byly porovnávány, shodně uváděly položku odběr biologického materiálu, drenáže, mimořádné události, souhlas

počtu nástrojů a materiálu a podpis asistující perioperační sestry a cirkulující perioperační sestry. U položek tamponáda, krytí operační rány a přiložení krčního límce se objevuje rozpor, který je nepochybně dán specifickým zaměřením konkrétního pracoviště. Na základě výše uvedených výsledků můžeme na druhou výzkumnou otázku „*Z jakých částí se skládá perioperační dokumentace?*“ odpovědět takto: V perioperačních dokumentacích vidíme oblasti, které obsahují údaje zákonem povinné a údaje odpovídající specifickým zaměřením pracoviště. Protože v perioperačních dokumentacích oblast ošetrovatelského procesu není dostatečně mapována, stal se tento nedostatek určitým podnětem pro vytvoření modelové perioperační dokumentace, která by jednotlivé oblasti dokumentace sjednotila (viz Příloha 8).

Práce měla také za cíl zjistit, zda perioperační dokumentace odpovídá platné legislativě. Názor dotázaných 119 perioperačních sester ukazuje graf 21. Ačkoliv převážná část dotázaných perioperačních sester (68,1 %) zastávalo názor správné právní úpravy jejich perioperační dokumentace, 38 perioperačních sester (31,9 %) přiznalo, že platnou legislativu nezná, a proto neví, zda jejich perioperační dokumentace odpovídá správné právní úpravě. Na základě výše uvedeného můžeme na třetí výzkumnou otázku „*Odpovídá perioperační dokumentace platné legislativě?*“ odpovědět takto: Zpracování sledovaných perioperačních dokumentací není zcela v souladu s platnou legislativou. Ačkoliv převážná většina perioperačních dokumentací povinné údaje obsahuje, plán ošetrovatelské péče, jako údaj pro ošetrovatelskou péči nejdůležitější, chybí ve všech analyzovaných perioperačních dokumentacích.

## 6. Závěr

Diplomová práce s názvem Perioperační dokumentace v ČR byla zaměřena na stav současné perioperační dokumentace ve vybraných zdravotnických zařízeních. V práci byly stanoveny čtyři cíle.

Prvním cílem bylo zmapovat stav současné perioperační dokumentace ve vybraných zdravotnických zařízeních. Odpovědí na tento cíl bylo především splnění ostatních stanovených cílů. Druhý cíl si kladl za úkol zjistit, z jakých částí se skládá perioperační dokumentace. Jednotlivé údaje v perioperačních dokumentacích byly rozděleny do šesti oblastí. Rozdílnost dat v perioperačních dokumentacích u vybraných zdravotnických zařízení je dána především specifickým zaměřením pracoviště, naopak určitou jednotnost můžeme vidět u položek, které vychází z platné legislativy. Třetím cílem bylo zjistit, jaký mají sestry názor na využití perioperační dokumentace. Sestry na operačních sálech považují vedení perioperační dokumentace za nutné a její přínos spatřují nejen v oblasti léčebné. Výzkumné šetření však ukázalo, že perioperační sestry nejsou zcela přesvědčeny o tom, zda ostatní zdravotničtí pracovníci informace z perioperační dokumentace v následné péči využívají. Posledním cílem bylo vytvoření modelové perioperační dokumentace. Hlavním podnětem pro její zpracování byla určitá nejednotnost údajů v perioperační dokumentaci a především chybějící fáze ošetrovatelského procesu.

Empirickou část diplomové práce tvořilo kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření. Kvantitativní výzkum byl prováděn metodou dotazování pomocí dotazníků, které byly rozdány perioperačním sestrám ve vybraných zdravotnických zařízeních v kraji Středočeském, Jihočeském, Zlínském, Vysočina a Praha. V tomto šetření byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza 1 zněla: „*Na operačních sálech mají perioperační dokumentaci.*“ Tato hypotéza se nám potvrdila. Sestry podle výzkumného šetření jednotně uváděly používání perioperační dokumentace. Hypotéza 2 zněla: „*Sestry považují perioperační dokumentaci za přínosnou.*“ Hypotéza byla potvrzena. Analýza odpovědí perioperačních sester ukázala, že perioperační dokumentace je přínosem nejen v oblasti léčebné, ale také právní, ekonomické a informační.

V části kvalitativního výzkumu byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1. *Používají na operačních sálech perioperační dokumentaci?* 2. *Z jakých částí se skládá perioperační dokumentace?* 3. *Odpovídá perioperační dokumentace platné legislativě?* Pro sběr dat byla zvolena srovnávací analýza perioperačních dokumentací z různých zdravotnických zařízení. Soubor tvořilo 6 perioperačních dokumentací z kraje Středočeského, Libereckého, Moravského, Jihočeského a Prahy. Výsledky šetření byly následně analyzovány a zaneseny do tabulek a schémat. Z výsledků je patrné, že sestry na operačním sále používají perioperační dokumentaci, která je rozdělena na několik částí. Ty obsahují údaje zákonem povinné a data související se specifickým zaměřením konkrétního pracoviště. Šetřením bylo zjištěno, že zpracování sledovaných perioperačních dokumentací není zcela v souladu s platnou legislativou. Ačkoliv převážná většina perioperačních dokumentací povinné údaje obsahuje, ošetrovatelský proces, jako údaj pro ošetrovatelskou péči nejdůležitější, byl mapován nedostatečně u všech analyzovaných perioperačních dokumentací. Tento nedostatek byl podnětem pro vytvoření modelové perioperační dokumentace, kde by se jednotlivé části sjednotily a doplnily.

Výsledky výzkumného šetření by mohly být podnětem pro zpracování jednotného modelu perioperační dokumentace, jehož využitelnost spatřujeme ve zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Jedním z cílů této práce bylo vytvoření perioperační dokumentace, která by byla aplikovatelná v praxi. Vytvořená dokumentace byla konzultována s Mgr. Machálkovou z oddělení kvality v nemocnici Na Homolce v Praze, která tuto perioperační dokumentaci označila za přínos, který by vedl ke zlepšení v oblasti ošetrovatelského procesu právě v perioperační péči. V souvislosti s výsledky práce by bylo také vhodné, ve spolupráci se středním managementem, uspořádat školicí akce pro perioperační sestry. Tyto školicí akce by měly za úkol současným perioperačním sestřím přiblížit metodiku ošetrovatelského procesu a možnosti jeho aplikace v perioperační péči. Práce by mohla sloužit i jako informační materiál pro studenty zdravotnického směru.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. 1. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
2. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. Praha: Grada, 2010. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
3. ŠPINAR, J., a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. Praha: Grada, 2008. 255 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
4. TOMEK, V. Ošetrovatelská dokumentace. *Florence*. 2007, 5, s. 238. ISSN 1801-464X.
5. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. 1. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
6. BRŮHA, D. Obsah a způsob vedení zdravotnické dokumentace a právo nahlížet do ní. [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/03\\_2004/index.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/03_2004/index.html).
7. VYHLÁŠKA č. 98/2012 Sb., O ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI. [online]. [cit. 2012-05-16]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=77217&recShow=8&nr=98~2F2012&rpp=15#parCnt>.
8. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

9. ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. Praha: Grada, 2005. 264 s. ISBN 80-247-0931-7.
10. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. Praha: Grada, 2008. 182 s. ISBN 978-80-247-2658-8.
11. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
12. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
13. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství Základní terminologie*. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
14. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl Systémový přístup*. 1. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
16. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy Definice & klasifikace 2009 – 2011*. 1. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
17. TÓTHOVÁ, V., a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. Praha: Grada, 2008. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

19. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
20. ŠPIDUROVÁ, L., a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
21. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
22. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
23. SEDLÁŘOVÁ, P., a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Praha: Grada, 2008. 245 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
24. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
25. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 82 s. ISBN 80-7013-327-9.
26. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2010. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
27. CHOUROVÁ, L. Zkušenosti s operační sestřerskou dokumentací. *Sestra*. 2006, 6, s. 52. ISSN 1210-0404.
28. WICHSOVÁ, J. Perioperační ošetrovatelská dokumentace. *Sestra*. 2008, 1, s. 6. ISSN 1210-0404.



29. KOVÁČÍKOVÁ, J., JANEČKOVÁ, K. Ošetrovatelská dokumentace. *Sestra*. 2009, 7-8, s. 61. ISSN 1210-0404.
30. CHOUROVÁ, L. Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Sestra*. 2011, 2, s. 36. ISSN 1210-0404.
31. HAMMER, J. Evidence přístrojů na pacienta – jen pomyslný krok k sestřerské dokumentaci. *Braunoviny*. 2011, 5, s. 9-11. ISSN 1801-0342.
32. ZÁKON č. 227/2000 Sb., O ELEKTRONICKÉM PODPISU. [ online ]. [ cit. 2013-02-01 ]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/zakon-c-227-2000-sb-o-elektronickem-podpisu.aspx>.
33. JEDLIČKOVÁ, J., a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
34. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 80-7013-457-7
35. WENDSCHE, P., POKORNÁ, A., ŠTEFKOVÁ, I. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. Praha: Galén, 2012. 111 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
36. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
37. IVANOVÁ, K., ŠPIDUROVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

38. ÚŘEDNÍ VĚSTNÍK EVROPSKÉ UNIE 2009/C 151/ 01. [online]. [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.mzcr/kvalitaodbornik/soubor.ashx?souborID=10446>.
39. PREVENCE ZÁMĚNY ORGÁNU, STRANY VÝKONU ČI PACIENTA. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/KnihaBezpeciOdbornik/obsah/prevence-zameny-organustrany-vykonu-ci-pacienta\\_2378\\_20.html](http://mzcr.cz/KnihaBezpeciOdbornik/obsah/prevence-zameny-organustrany-vykonu-ci-pacienta_2378_20.html).
40. AKČNÍ PLÁN KVALITY A BEZPEČNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO OBDOBÍ 2010-2012 [online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-pece-na-obdobi\\_3444\\_1513\\_1.html](http://www.mzcr/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-pece-na-obdobi_3444_1513_1.html).
41. FILIPOVÁ, M., POKORNÁ, R. Předoperační bezpečnostní proces – úskalí implementace. *Sestra*. 2011, 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
42. CETLOVÁ, L. Zavedení stranového protokolu do praxe v Nemocnici Havlíčkův Brod. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, 3, s. 2. ISSN 1801-1349.
43. WICHSOVÁ, J. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*. 2010, 2, s. 43. ISSN 1210-0404.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009 Safe surgery saves lives*. Geneva: WHO Press, 2009. 20 s. ISBN 978 92 4 159859 0.
45. BUBNÍKOVÁ, H., TÓTHOVÁ, V. Ošetrovatelský proces na sále. *Sestra*. 2006, 12, s. 6. ISSN 1210-0404.

46. SRPOVÁ, T., TREŠLOVÁ, M. Výzkum v ošetrovatelství na operačním sále. *Sestra*. 2005, 5, s. 7. ISSN 1210-0404.
47. JANOUSHKOVÁ, M. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. 2008, 1, s. 5. ISSN 1210-0404.
48. REINDLOVÁ, V, Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Florence*. 2007, 2, s. 76. ISSN 1801-464X.
49. GIARRIZZO- WILSON, S. Defining perioperative practice. [ online ]. [ cit. 2013-02-02 ]. Dostupné z: <http://nursing.advanceweb.com/Article/Defining-Perioperative-Practice.aspx>.
50. AORN. Perioperative nursing data set source information. [ online ]. [ cit. 2013-02-02 ]. Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/PNDS/>.
51. BALKOVÁ, H., ZIBRINOVÁ, M. Indikátory kvality na operačním sále. *Sestra*. 2012, 4, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
52. ZÁKON č. 372/2011 Sb., O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH. [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>.
53. VYHLÁŠKA č.11/2005 Sb., kterou se stanoví druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh. [ online ]. [ cit. 2012-01-21 ]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=59175&nr=11~2F2005&rpp=15#local-content>.

54. JAROŠOVÁ, D., a kol. *Využitelnost ošetrovatelských klasifikací NANDA International a NIC v domácí péči*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2012. 127 s. ISBN 978-80-7464-000-1.

55. DUDA, M., a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. Praha: Grada, 2000. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.

56. PLEVOVÁ, I., a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

## **8. Klíčová slova**

perioperační sestra

pacient

dokumentace

ošetřovatelství

perioperační péče

ošetřovatelský proces

holismus

operační sál

bezpečnost

## **9. Přílohy**

### **Seznam příloh**

Příloha 1 – Elektronická podoba perioperační dokumentace

Příloha 2 – Verifikační protokol

Příloha 3 – Surgical Safety Checklist

Příloha 4 – Perioperative Nursing Data Set ( PNDS )

Příloha 5 – Schéma: Perioperative Patient- Focused Model

Příloha 6 – Dotazník pro perioperační sestry

Příloha 7 – Záznamový arch pro hodnocení perioperačních dokumentací

Příloha 8 – Modelová sesterská perioperační dokumentace

# Příloha 1

## Elektronická podoba perioperační dokumentace

**Náklady na operaci**

Pacient: muž 61, 14702 pacient      Narození: 1990  
 Datum op.: 24.3.2011      SM: 58 č.1  
 Typ op.: 40 - záčatí  
 Žád. odd.: 2522 Dětské odd. - gastroenter. amb.  
 Oper. odd.: 3640 Centrální sály  
 Operátor: Dominac Katerina MUDr.

**Kontejnery:**

název	kóds	množství	Kč
<b>celkem za kontejnery:</b> 0,00			

**Operační materiály:**

id	název	VZP	kóds	množství	Kč
C	Čepelka	1 0001955	4,00	1,0000	4,00
RS	Rukavice ster.	2 0000908	7,25	4,0000	26,25
KV	Kepčák		26,33	1,0000	26,33
C40	Čistící 40 ml		5,60	1,0000	5,60
S30	Sřídka ing. Luer - 20 ml		1,70	1,0000	1,70
RD10/55	Redon drén 10/56 obj		20,20	1,0000	20,20
ZPVC	Zátěra PVC - jednorázová		2,20	2,0000	4,40
FR1000	FR 1000 ml - vak		26,05	1,0000	26,05
NE	Neubříni elektroda		22,00	1,0000	22,00
<b>celkem za operační materiály:</b>				159,42	

**PZT:**

id	název	VZP	kóds	množství	Kč
<b>celkem za PZT:</b> 0,00					

**Stonizovatelné položky:**

id	název	VZP	kóds	množství	Kč
KDA	Křepelice plizma		29,66	1,0000	29,66
GS	Gumová saka	2 0002094	10,68	1,0000	10,68
U	Učtyl		19,16	2,0000	38,32
J-	Jehlekn	3 0000008	24,02	1,0000	24,02
L2M	Lavor + 2 ruky		258,33	1,0000	258,33
OC	Obinadlo Ph.orp		11,00	1,0000	11,00
<b>celkem za stonizovatelné položky:</b>				374,00	

**Přístroje:**

název	id	prilicje	6AV
Operaci stol č.1	5487-9854545		070000000010
Pevné světl	05455/0-455120		07000000000314
Craveno 1	897984-94948		07000000000018
Laparo větl 1	845-948		07000000000065
Mobilní světl	45455789-9975451		07000000000027
<b>Celkem:</b> 533,52			

**Náklady - sestavy / 14702 pacient**

Operační materiály	PZT	Stonizovatelné položky	Kontejnery	Přístroje		
<b>Mázev přístroje:</b>	<b>LAN</b>	<b>Číslo přístroje</b>	<b>Poslední kontrola / typ přístroje č.2</b>	<b>ÚTK link</b>		
Dětský stol č.1	070000000010	5487-9854545	19.3.2011 0:00:00	Operaci stl	38	90
Pevné světl	070000000014	05455/0-455120	24.3.2011 0:00:00	Světl	96	90
Craveno 1	070000000018	897984-94948	24.3.2011 0:00:00	Craveno	96	90
Laparo větl 1	070000000065	845-948	24.3.2011 0:00:00	Laparo větl	50	90
Mobilní světl	070000000027	45455789-9975451	19.3.2011 0:00:00	Dětský stl	47	90

**Držátko skalpelových cepelků č.3 < 397112910003 >**

název	číslo art.	má být [ks]	min. [ks]
Držátko skalpelových cepelků č.3	397112910003	1	1
Držátko skalpelových cepelků č.4	397112910004	1	1
Máček na rany hupp dromobly	397118880000	2	2
Jehle: hloub. spový 165mm, vložka 1K	397132060010	2	2
Jehle: mikro svor. s sříděním	032090030	1	1
Jehle: M&W s vložkou fundikulou 110mm	48 438-13	1	1
Jehle: Anódy: Olsen-Hogge fundikulou 14cm	397132910050	1	1
Jehle: hloub. 65x115mm	0	1	1
Jehle podvaz. Deschamps = 3 klapk pr	032080120	1	1

Zdroj: Braunoviny 5/2011

## Příloha 2

### Verifikační protokol

PID pacienta:

Název oddělení:

--	--

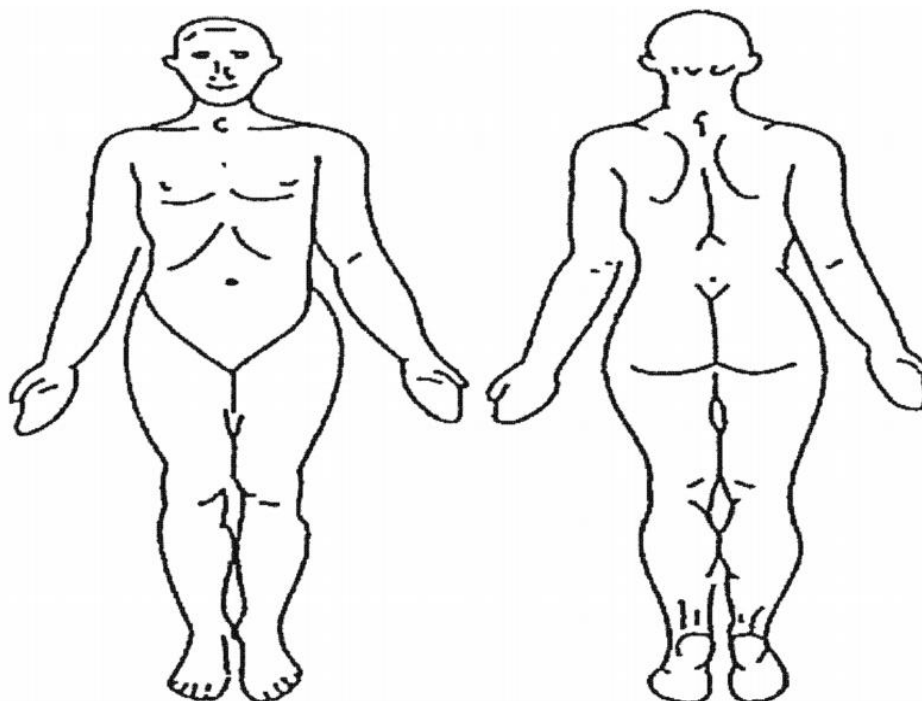
### VERIFIKAČNÍ PROTOKOL

pro potvrzení operované strany, orgánu či patologické struktury

Plánovaný výkon:

--

Strana	Pravá	Levá	Datum	Podpis
Lékař				
Pacient				
Sestra				
Anesteziolog				




Zdroj: dokument Nemocnice Na Homolce




## Příloha 3

### Surgical Safety Checklist

 <b>SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)</b>		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p><b>SIGN IN</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PATIENT HAS CONFIRMED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTITY</li> <li>• SITE</li> <li>• PROCEDURE</li> <li>• CONSENT</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>SITE MARKED/NOT APPLICABLE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING</b></p> <p><b>DOES PATIENT HAVE A:</b></p> <p><b>KNOWN ALLERGY?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><b>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE</p> <p><b>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED</p>	<p><b>TIME OUT</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PATIENT</li> <li>• SITE</li> <li>• PROCEDURE</li> </ul> <p><b>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?</b></p> <p><b>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</b></p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</p> <p><b>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</b></p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</p>	<p><b>SIGN OUT</b></p> <p><b>NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT</b></p>

Zdroj: WHO 2009

 <b>Blue Safety Checklist™ Surgical Safety</b>		
1 Sign In (Before induction of anaesthesia)	2 Time Out (Before skin incision)	3 Sign Out (Before patient leaves operating room)
<p><input type="radio"/> <b>Patient has confirmed:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identity</li> <li>• Site</li> <li>• Procedure</li> <li>• Consent</li> </ul> <p><input type="radio"/> <b>Site marked/not applicable</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Anaesthesia safety check completed</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Pulse oximeter on patient and functioning</b></p> <p><b>Does patient have a known allergy?</b></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><b>Difficult airway/aspiration risk?</b></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes, and equipment /assistance available</p> <p><b>Risk of &gt;500ml blood loss (7ml/kg in children)?</b></p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Yes, and adequate intravenous access and fluids planned</p>	<p><input type="radio"/> <b>Confirm all team members have introduced themselves by name and role</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Surgeon, anaesthesia professional and nurse verbally confirm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient</li> <li>• Site</li> <li>• Procedure</li> </ul> <p><b>Anticipated critical events</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Surgeon reviews:</b> What are the critical or unexpected steps, operative duration, anticipated blood loss?</p> <p><input type="radio"/> <b>Anaesthesia team reviews:</b> Are there any patient-specific concerns?</p> <p><input type="radio"/> <b>Nursing team reviews:</b> Has sterility (including indicator results) been confirmed? Are there equipment issues or any concerns?</p> <p><b>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</b></p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> Not applicable</p> <p><b>Is essential imaging displayed?</b></p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> Not applicable</p>	<p><b>Nurse verbally confirms with the team:</b></p> <p><input type="radio"/> <b>The name of the procedure recorded</b></p> <p><input type="radio"/> <b>That instrument, sponge and needle counts are correct (or not applicable)</b></p> <p><input type="radio"/> <b>How the specimen is labelled (including patient name)</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Whether there are any equipment problems to be addressed</b></p> <p><input type="radio"/> <b>Surgeon, anaesthesia professional and nurse review the key concerns for recovery and management of this patient</b></p>

Based on the WHO Surgical Safety Checklist. URL: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008. All rights reserved. More information can be found at: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/using\\_checklist/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/using_checklist/en/index.html)

11-09-09

Zdroj: WHO 2009

## Příloha 4

### Perioperative Nursing Data Set (PNDS)

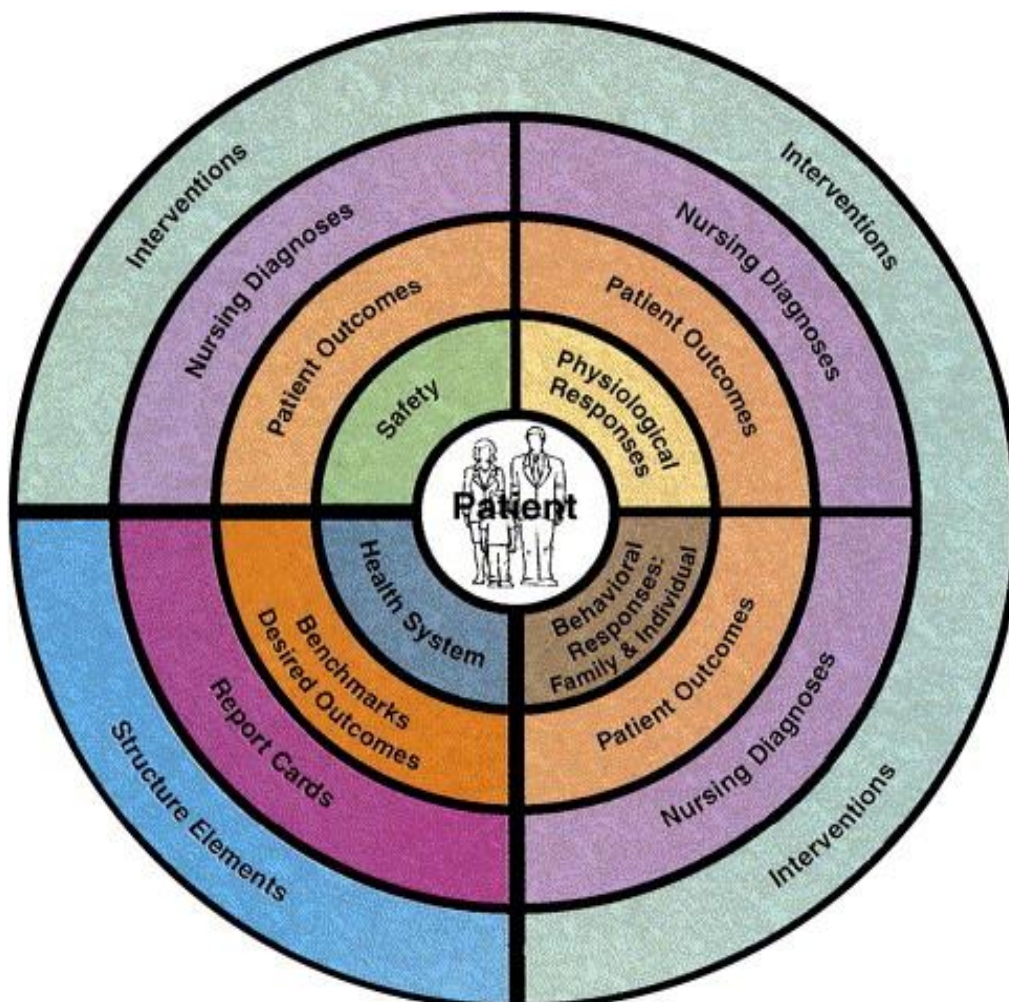
#### PNDS Nursing Care Plan: Intraoperative

Nursing Diagnosis	Interventions/Activities	Interim Outcome Statement	Outcome Statement
Risk for infection	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implements aseptic technique.</li> <li>Classifies surgical wound.</li> <li>Assesses susceptibility for infection.</li> <li>Performs skin preparations.</li> <li>Protects from cross-contamination.</li> <li>Monitors for signs and symptoms of infection.</li> <li>Minimizes the length of invasive procedure planning care.</li> <li>Administers prescribed prophylactic treatments.</li> <li>Initiates traffic control.</li> <li>Administers care to invasive device sites.</li> <li>Administers care to wound sites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surgery is performed using aseptic technique and in a manner to prevent cross-contamination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The patient is free of signs and symptoms of infection.</li> </ul>
Risk for impaired skin integrity related to positioning, immobilization, pressure, and/or shearing forces	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifies physical alterations that may affect procedure-specific positioning.</li> <li>Positions the patient.</li> <li>Implements protective measures to prevent skin or tissue injury due to thermal, chemical, or mechanical sources.</li> <li>Evaluates for signs and symptoms of injury to skin and tissue.</li> <li>Uses supplies and equipment within safe parameters.</li> <li>Evaluates for signs and symptoms of injury as a result of positioning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skin remains smooth, intact, non-red-dened, non-irritated, and free of bruising, other than surgical incision.</li> <li>Function, sensation, motion, and respiratory status will be maintained or improved from baseline assessment.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The patient is free of signs and symptoms of physical injury.</li> <li>The patient is free from signs and symptoms of injury related to positioning.</li> </ul>
Risk of injury related to surgical environment, extraneous objects and equipment (laser, electrical and use of x-rays/radiation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implements protective measures to prevent injury due to electrical sources.</li> <li>Implements protective measures to prevent injury due to laser sources.</li> <li>Implements protective measures to prevent injury due to radiation sources.</li> <li>Records devices implanted during invasive procedure.</li> <li>Performs required counts.</li> <li>Evaluates for signs and symptoms of laser, electrical, and radiation injury.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skin remains smooth, intact, non-red-dened, non-irritated and free of bruising.</li> <li>Sensation, motions, and function will be maintained or improved from baseline.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The patient is free from signs and symptoms of laser, electrical, and radiation injury.</li> </ul>
Risk of hypothermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implements thermoregulation measures.</li> <li>Monitors body temperature.</li> <li>Evaluates response to thermoregulation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Core body temperature will remain within expected range.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The patient is at or returning to normothermia at the conclusion of the immediate postoperative period.</li> </ul>

Zdroj: <http://www.docstoc.com/docs/20028432/PNDS-Nursing-Care-Plan-Intraoperative>

**Příloha 5**

***Schéma: Perioperative Patient - Focused Model***



*Zdroj: Perioperative Patient - Focused Model. (Reprinted with permission from AORN, Perioperative Nursing Data Set. 2nd edition. AORN 2002.)*

## **Příloha 6**

### ***Dotazník pro perioperační sestry***

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Michaela Kohoutová a studuji druhý ročník navazujícího magisterského studijního programu v ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma **Perioperační dokumentace v ČR**. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je určen pro perioperační sestry pracující na operačních sálech.

Vybrané odpovědi prosím zakřížkujte. Získané údaje budou anonymní. Výsledky budou použity ke zpracování mé diplomové práce. Zaškrtněte prosím vždy tu odpověď, která je Vám nejbližší a vyplňte i volné řádky. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Bc. Michaela Kohoutová

1. Věk

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

2. Kolik let vykonáváte profesi perioperační sestry?

- a) 0 – 3 roky
- b) 4 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) 31 a více let

3. Na kterém operačním sále pracujete?

- |                     |                    |                |
|---------------------|--------------------|----------------|
| a) obecná chirurgie | d) neurochirurgie  | g) ORL         |
| b) urologie         | e) kardiochirurgie | h) gynekologie |
| c) ortopedie        | f) cévní chirurgie | ch) jiné.....  |
- ( doplňte prosím jaké )

4. Ve kterém kraji pracujete?

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| a) Praha              | c) Jihočeském kraji |
| b) Středočeském kraji | d) Zlínském kraji   |

5. Používáte na Vašem pracovišti perioperační dokumentaci?

- |        |       |
|--------|-------|
| a) ano | b) ne |
|--------|-------|

6. Jakou formu perioperační dokumentace používáte na Vašem pracovišti?

- a) tištěnou
- b) elektronickou
- c) kombinovanou ( tištěná + elektronické )

7. Jak se nazývá dokumentace používaná na Vašem operačním sále?

- a) perioperační list
- b) perioperační záznam
- c) perioperační ošetrovatelská dokumentace
- d) jiný název

8. Je perioperační dokumentace jednotná v rámci zdravotnického zařízení, ve kterém pracujete?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

9. Považujete perioperační dokumentaci za nutnou?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne

10. Jaký má podle Vás perioperační dokumentace význam?

- a) chrání sestru
- b) chrání pacienta
- c) chrání sestru i pacienta
- d) poskytuje informace pro další péči
- e) je to záznam informací o poskytnuté péči
- f) slouží jako dokument pro vyúčtování péče
- g) nemá význam

*Pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je.*

11. Obsahuje podle Vašeho názoru perioperační dokumentace všechny nezbytné údaje?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne

12. Jsou informace do perioperační dokumentace zaznamenávány jednotně v rámci Vašeho pracoviště?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Kolik času Vám zabere vyplnění perioperační dokumentace?

- a) do 5minut
- b) 5 – 10minut
- c) více než 10 minut

14. Kdy vyplňujete perioperační dokumentaci?

- a) průběžně během operačního výkonu
- b) na začátku operačního výkonu
- c) na konci operačního výkonu

15. Je podle Vašeho názoru perioperační dokumentace využívána po operačním výkonu i jinými zdravotnickými pracovníky?

- a) ano, nahlíží do ní
- b) ne, perioperační dokumentace se na sále založí a už se do ní nikdo nedívá
- c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

16. Je perioperační dokumentace zpracována podle některého ošetrovatelského modelu?

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste na tuto otázku odpověděl/a jinak, než ano, pokračujte otázkou č. 18*

17. Podle jakého modelu je perioperační dokumentace zpracována?

- a) model Gordonové
  - b) model Hendersonové
  - c) biomedicínský model
  - d) jiný .....
- ( prosím doplňte Váš model )

18. Používáte metodu ošetrovatelského procesu v perioperační péči na Vašem pracovišti?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdy

19. Odkud nejčastěji získáváte informace o pacientovi?

- a) z chorobopisu
- b) z ošetrovatelské dokumentace
- c) z operačního programu
- d) od anesteziologické sestry
- e) od pacienta
- f) od lékaře

20. Jsou součástí perioperační dokumentace ošetrovatelské diagnózy?

- a) ano
- b) ne

21. Považujete tvorbu ošetrovatelských diagnóz v perioperační péči za důležitou?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne

22. Odpovídá perioperační dokumentace platné legislativě ČR?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) nevím, neznám legislativu

23. Využíváte v perioperační dokumentaci informace získané z ošetrovatelské dokumentace?

- a) určitě ano, do ošetrovatelské dokumentace nahlédnu vždy
- b) spíše ano, pokud potřebné informace nenaleznu jinde
- c) ne, nepotřebuji informace z ošetrovatelské dokumentace

24. Zajímáte se o zdravotní stav nemocného po operaci?

- a) běžně
- b) výjimečně
- c) nikdy

25. Je bezpečnostní proces součástí perioperační dokumentace?

- a) vždy
- b) výjimečně
- c) nikdy



26. Myslíte si, že by měla být perioperační dokumentace jednotná v rámci celé ČR?

a) určitě ano, usnadní to orientaci nejen v dokumentaci, ale i v poskytnuté péči

b) spíše ano, návaznost péče je důležitým faktorem při poskytování péče

c) ne, nevidím v tom žádné výhody

d) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním dotazníku.

## Příloha 7

### Záznamový arch hodnocení perioperačních dokumentací

<b>1. Vzor dokumentace</b>				
<b>2. Oblast identifikačních údajů:</b>				
	Logo nemocnice:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Adresa nemocnice:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Název oddělení:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno a příjmení pacienta:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno operátora:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno asistentů:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno instrumentářky:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno obíhající sestry:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno anesteziologa:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Jméno sanitáře:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>3. Oblast operačního výkonu:</b>				
	Typ anestezie:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Začátek a konec anestezie:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Druh operačního výkonu:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Typ operačního výkonu:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Datum operačního výkonu:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
	Začátek a konec operace:		<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>4. Oblast před zahájením operace:</b>				
	Poloha pacienta:			
		Na zádech:	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
		Na bříše:	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
		Gynekologická:	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
		Na boku:	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
		V polosedě:	<b>ANO</b>	<b>NE</b>

		Trendelenburgova	ANO	NE
		Na extenčním stole:	ANO	NE
		Tříbodová fixace:	ANO	NE
		Jiná:	ANO	NE
	Termoregulace P na OS:		ANO	NE
	Typ pacienta:			
		Hospitalizovaný:	ANO	NE
		Ambulantní:	ANO	NE
	Oholení pacienta na OS:		ANO	NE
	Stav kůže před a po operaci:		ANO	NE
	Zavedení PMK na OS		ANO	NE
	Zavedení žaludeční sondy:		ANO	NE
	Označení kožního řezu:		ANO	NE
	Bezpečnostní proces:		ANO	NE
	Použití incizní fólie:		ANO	NE
	Použití turniketu:		ANO	NE
	Použití elektrokoagulace:			
		Monopolární:	ANO	NE
		Bipolární:	ANO	NE
		Harmonický skalpel:	ANO	NE
	Přiložení neutrální elektrody:			
		Záda:	ANO	NE
		Hýždě:	ANO	NE
		LHK:	ANO	NE
		PHK:	ANO	NE
		LDK:	ANO	NE
		PDK:	ANO	NE
	Pneumoperitoneum:		ANO	NE
5. <i>Oblast použitých materiálů a přístrojů:</i>				
	Použití dezinfekce:			
		Cutasept :	ANO	NE
		Jodisol:	ANO	NE
		Betadin:a	ANO	NE
		Jodonal:	ANO	NE

		Braunol:	ANO	NE
		Skinsept:	ANO	NE
		Jiné:	ANO	NE
	Léky aplikované do operační rány:			
		ATB:	ANO	NE
		Adrenalin:	ANO	NE
		Heparin:	ANO	NE
		Sanorin:	ANO	NE
		Framykoin:	ANO	NE
		Garamycin pěna:	ANO	NE
	Použité roztoky:			
		Ringerův roztok:	ANO	NE
		Fyziologický roztok:	ANO	NE
		Peroxid vodíků:	ANO	NE
		Kontrastní látka:	ANO	NE
		40% Glukóza:	ANO	NE
		F1/1 + Heparin:	ANO	NE
		R1/1 + Betadina:	ANO	NE
		Ohřev roztoků:	ANO	NE
	Použitá hemostatika:			
		Spongostan:	ANO	NE
		Surgicel:	ANO	NE
		Kostní vosk:	ANO	NE
		Tachosil:	ANO	NE
		Tissucol:	ANO	NE
		Jiné:	ANO	NE
	Použité přístroje:		ANO	NE
	Použité implantáty:		ANO	NE
	Použitý šicí materiál:		ANO	NE
	Použité rouškovací systémy a instrumentárium:		ANO	NE
6. <i>Oblast ošetrovatelského procesu:</i>				
	Anamnéza:		ANO	NE
	Oš. diagnóza:		ANO	NE
	Oš. intervence:		ANO	NE
	Očekávané výsledky:		ANO	NE
	Edukace pacienta:		ANO	NE

7. Oblast závěru operačního výkonu:				
	Odběr biologického materiálu:			
		Histologické vyš.:	ANO	NE
		Rychlá histologie:	ANO	NE
		Cytologie:	ANO	NE
		Bakteriologie:	ANO	NE
		Anaeroby:	ANO	NE
		Amputát:	ANO	NE
		Odběr štěpů:	ANO	NE
		Jiné:	ANO	NE
	Drenáže:			
		Redonova:	ANO	NE
		Břišní:	ANO	NE
		Hrudní:	ANO	NE
		Komorová:	ANO	NE
		Lumbální:	ANO	NE
		Rukavicová:	ANO	NE
		Trvalé sání:	ANO	NE
		Laváž:	ANO	NE
		Jiná:	ANO	NE
	Tamponáda:		ANO	NE
	Mimořádné události:		ANO	NE
	Souhlas počtu nástrojů a materiálu:			
		Nástroje souhlasí:	ANO	NE
		Čtverce souhlasí:	ANO	NE
		Roušky souhlasí:	ANO	NE
		Poznámka:	ANO	NE
	Krytí operační rány:			
		Náplast:	ANO	NE
		Hydrofilní obinadlo:	ANO	NE
		Elastické obinadlo:	ANO	NE
		Sádrová dlaha:	ANO	NE
		Jiné:	ANO	NE
	Přiložení krčního límce:		ANO	NE
	Podpis instrumentářky a obíhající sestry:		ANO	NE

## Příloha 8

### Modelová sesterská perioperační dokumentace

**PID štítek**

#### Identifikační údaje nemocnice

Logo nemocnice:

Název nemocnice:

Adresa nemocnice:

Název oddělení:

### SESTERSKÁ PERIOPERAČNÍ DOKUMENTACE

Provedený operační výkon:

Datum operace:

Začátek operace:

Plánovaný výkon

Akutní výkon

Jméno operátora:

Konec operace:

Jméno anesteziologa:

Jméno instrumentářky:

Jméno 1 asistenta:

Jméno anesteziologické sestry:

Jméno obíhající sestry:

Jméno 2 asistenta:

Jméno sanitáře:

### Doména BEZPEČNOST

#### Bezpečnostní proces

- proběhl před operací
- proběhl po začátku operace
- neproběhl
- označení místa kožního řezu

#### Typ anestezie

- celková
- místní
- jiná

#### Alergie

- ne
- ano (název alergenu)

#### Poloha pacienta

- na zádech
- na levém boku
- na pravém boku
- na břiše
- gynekologická
- trendelenburg
- v polosedě
- jiná

#### Antiseptika

- Cutasept
- Braunol
- Betadina
- Jodonal
- Skinsept
- Jiná

### Elektrokoagulace

Monopolární

Bipolární

### Umístění neutrální elektrody

Záda

Hýždě

Dolní končetina

Horní končetina

Pravá

Pravá

Levá

Levá

### Typ neutrální elektrody

Jednorázová

Víceražová

### Souhlas počtů

Nástroje souhlasí:

Ano  Ne

Břišní roušky souhlasí:

Ano  Ne

Poznámka:

## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Ošetrovatelské intervence</b>	<b>Očekávané výsledky</b>
1. Riziko infekce související s operačním výkonem a porušením kožní a tkáňové integrity.	<input type="checkbox"/> Monitoruj známky infekce. <input type="checkbox"/> Dodržuj zásady asepsy. <input type="checkbox"/> Klasifikuj chirurgickou ránu. <input type="checkbox"/> Zkontroluj správnost zarouškování.	<input type="checkbox"/> Pacient bez známek infekce.
2. Riziko poranění související s chirurgickým výkonem a zařízením (elektrokoagulace, RTG, apod.)	<input type="checkbox"/> Zznamenej přístroje použité u operace. <input type="checkbox"/> Zkontroluj zaschnutí desinfekce op. pole. <input type="checkbox"/> Zkontroluj přiložení neutrální elektrody. <input type="checkbox"/> Zkontroluj uzemnění operačního stolu. <input type="checkbox"/> Použij u pacienta pomůcky proti otlakům.	<input type="checkbox"/> Pacient bez známek popálení.
3. Riziko záměny pacienta nebo operované strany v souvislosti s operačním výkonem na párových orgánech.	<input type="checkbox"/> Zeptej se pacienta na identifikační údaje. <input type="checkbox"/> Zkontroluj identifikační údaje pacienta s chorobopisem. <input type="checkbox"/> Proveď bezpečnostní proces před operací. <input type="checkbox"/> Zkontroluj označení místa kožního řezu s verifikačním protokolem.	<input type="checkbox"/> Nedojde k záměně pacienta ani operované strany.
4. Riziko pádu v souvislosti s polohou na operačním stole.	<input type="checkbox"/> Zkontroluj správnou polohu pacienta na operačním stole. <input type="checkbox"/> Používej při polohování pacienta zajišťovací a polohovací pomůcky.	<input type="checkbox"/> U pacienta nedojde k pádu ani otlakům.

**Doména FYZIOLOGICKÉ REAKCE**
**Doména BEHAVIORÁLNÍ REAKCE**
**Termoregulace na op. sále**

- Ano  
 Ne

**Zavedení PMK na op. sále**

- Ano, velikost:.....  
 Ne

**Mimořádná událost na op. sále**

- Ne  
 Ano, jaká.....  
.....

**Stav kůže**

- Suchá                       Vlhká                       Jiná  
 Chladná                       Bledá  
 Teplá                       Zarudlá, lokalita:.....

**Edukace pacienta sestrou**

- Edukace na oddělení  
 Edukace na op. sále  
 Pacient nebyl edukován

**Odběry**

- Histologie (počet):  
 Peroperační histologie (počet):  
 Bakteriologie (počet):                       Cytologie (počet):  
 Anaeroby (počet):                       Jiné

**Chování pacienta na op. sále**

- Normální  
 Úzkostné  
 Bagatelizující  
 Zmatené  
 Agresivní  
 Nespolupracující

**PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

<b><i>Ošetřovatelské diagnózy</i></b>	<b><i>Ošetřovatelské intervence</i></b>	<b><i>Očekávané výsledky</i></b>
1. Riziko hypotermie v souvislosti s delším pobytem v chladnějším prostředí operačního sálu.	<input type="checkbox"/> Monitoruj tělesnou teplotu. <input type="checkbox"/> Zajisti termoregulační příkryvku. <input type="checkbox"/> Hodnoť reakci pacienta na termoregulaci.	<input type="checkbox"/> Pacient je normotermický <input type="checkbox"/> Pacient nejeví známky podchlazení nebo přehřátí.
2. Riziko porušení kožní integrity v souvislosti se znehybněním a polohou na operačním stole.	<input type="checkbox"/> Použij polohovací pomůcky <input type="checkbox"/> Zajisti suché a čisté podložky pod pacientem na operačním stole. <input type="checkbox"/> Monitoruj stav kůže před a po operaci.	<input type="checkbox"/> Pacient nejeví známky poškozené kožní integrity.
3. Úzkost a strach v souvislosti s operačním výkonem.	<input type="checkbox"/> Naslouchej pacientovi a poskytněte potřebné informace. <input type="checkbox"/> Dej pacientovi najevo zájem a pochopení jeho situace. <input type="checkbox"/> Sleduj fyziologickou odpověď a chování pacienta.	<input type="checkbox"/> Pacient udává zmírnění strachu a úzkosti.



**Doména SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE**

**Použité léky a roztoky + ml**

- Fyziologický roztok
- Ringerův roztok
- Peroxid vodíků
- Jiné .....

- ATB
- Hemostatika
- Adrenalin
- Mesocain
- Heparin
- Kontrastní látky
- Jiné .....

**Šicí materiál (nalepit štítky)**

Vstřebatelný

Nevstřebatelný

**Drenáže**

- Hrudní (počet):
- Redonova (počet):
- Rukavicová
- Břišní (počet):
- Lumbální
- Jiné.....

**Použité přístroje**

**Štítky s expirací rouškových systémů a operačních sít**

**Použité implantáty**

**Podpis asistující perioperační sestry:**

**Podpis cirkulující perioperační sestry:**

Zdroj: Vlastní

