

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Vyhodnocení vybraných indikátorů kvality  
ošetřovatelské péče na oddělení následné péče**  
bakalářská práce

Autor práce: Renata Balogová  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
  
Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

## **ABSTRAKT – Vyhodnocení vybraných indikátorů ošetrovatelské péče na oddělení následné péče**

Cílem výzkumného šetření bylo vyhodnocení indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Indikátory, které jsme si pro tento výzkum zvolili, byly spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, hodnocení soběstačnosti, stavu výživy a bolesti.

V souladu s výzkumným šetřením byly stanoveny 4 hypotézy. H: 1 Pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí. H: 2 Míra soběstačnosti se u pacientů na ONP ve sledovaném období zvyšuje. H 3: Stav výživy se podle nutričního screeningu ve sledovaném období zlepšuje. H 4: Bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 na VAS. Pro potvrzení hypotéz jsme použili metodiku kvantitativního výzkumu. Využity byly dotazník spokojenosti a standardizované škály. Pro hodnocení soběstačnosti Barthelové index, pro hodnocení výživy nutriční score a pro hodnocení bolesti škálu „Hodnocení bolesti“. Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici Tábor, a. s. na oddělení následné péče I. a oddělení následné péče II.

Ve vyhodnocování spokojenosti s ošetrovatelskou péčí odpovídalo většina dotázaných respondentů kladně. Ze všech dotazovaných respondentů 64 % zvolilo v celkovém hodnocení možnost spokojen a 36 % respondentů možnost spíše spokojen. Možnosti průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen v celkovém hodnocení poskytované lékařské i ošetrovatelské péče nezvolil žádný z dotazovaných respondentů. Hypotéza 1: pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, byla potvrzena.

Vyhodnocení míry soběstačnosti – v celkovém součtu všech oblastí 32,1 % respondentů se posunulo ze stupně závislosti středně závislý na ošetrovatelské péči do kategorie lehce závislý na ošetrovatelské péči. V kategorii vysoce závislý na ošetrovatelské péči a zcela nezávislý na ošetrovatelské péči se stav nezměnil. Hypotéza 2: míra soběstačnosti se u pacientů ONP ve sledovaném období zvyšuje, byla potvrzena.

Stav výživy se ve sledovaném období změnil k lepšímu. V celkovém součtu nutričního score bylo v nejnižší kategorii (0 – 3 body) o 14,4 % respondentů více po měsíci hodnocení než v hodnocení při příjmu. Hypotéza 3: stav výživy se u pacientů ONP ve sledovaném období zlepšuje, byla potvrzena.

Hodnocení bolesti u pacientů na ONP – bolest udávalo 59,4 % respondentů, z nichž 39,5 % respondentů mělo bolest na hodnotě 1 VAS, 34,2 % respondentů hodnotu 2 VAS, 15,8 % respondentů hodnotu 3 VAS, 5,25 % respondentů hodnotu 4 VAS a 5,25 % respondentů mělo bolest na hodnotě 5 VAS. Po podání analgetik nepřesahuje u respondentů hodnotu bolesti 2 na VAS. Na základě výše uvedených výsledků hypotéza 4: Bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 na VAS, byla potvrzena.

Výstupem bakalářské práce bude přehled vybraných indikátorů kvality s metodou jejich vyhodnocování.

## **ABSTRACT – Evaluation of selected indicators of nursing care at the subsequent care department**

Evaluation of indicators of nursing care quality was the aim of the research. The indicators chosen for the research were satisfaction of patients with the care, evaluation of self sufficiency, state of nutrition and pain.

Four hypotheses were set in line with the research aims. H 1: Patients are satisfied with the care at the SCD. H 2: The level of self sufficiency among SCD patients is improving during the monitored period. H 3: The state of nutrition is improving during the monitored period according to nutrition screening. H 4: Pain in SCD patients does not exceed value 3 on VAS. We used a quantitative research method for confirmation of the hypotheses. A satisfaction questionnaire and standardized scales were applied. Barthel index for self sufficiency evaluation, nutrition score for nutrition evaluation and “Pain Evaluation” scale for evaluation of pain. The research was performed in Tábör Hospital at subsequent care department I and subsequent care department II.

Most of the respondents answered positively in the evaluation of satisfaction with nursing care. 64 % of all the respondents chose the answer satisfied, 36 % chose rather satisfied. None of the respondents chose the possibilities average satisfaction, rather dissatisfied or dissatisfied in the overall evaluation of the physician and nursing care. Hypothesis 1: Patients are satisfied with the care at the SCD was confirmed.

Self sufficiency level evaluation – in the total sum of all the fiends 32.1 % of respondents moved from the level moderately dependent on nursing care to the category slightly dependent on nursing care. The situation in the categories highly dependent and totally dependent on nursing care did not change. Hypothesis 2: The level of self sufficiency in SCD patients is improving during the monitored period was confirmed.

The nutrition level improved in the monitored period. In the overall nutrition score sum 14.4 % more respondents were in the lowest category (0-3 scores) after a month of evaluation then at the admittance. Hypothesis 3: The state of nutrition is improving during the monitored period was confirmed.

Evaluation of pain at the SCD – 59.4 % of the respondents reported pain, 39.5 % of whom had the pain at 1 VAS, 34.2 % of the respondents had the pain at 2 VAS, 15.8 % reported the pain at 3 VAS, 5.25 % at 4 VAS and 5.25 % and of the respondents reported their pain at 5 VAS. After administration of pain killers the pain does not exceed 2 VAS. Upon all the above results Hypothesis 4: Pain in SCD patients does not exceed 3 on VAS was confirmed.

A summary of selected quality indicators with the method of their evaluation will be the outcome of the bachelor thesis.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 (datum)

.....

Renata Balogová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení a cenné připomínky při tvorbě bakalářské práce.

## OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV .....	4
1.1	Kvalita ošetrovatelské péče .....	4
1.1.1	Ošetrovatelský standard a audit .....	5
1.1.2	Pochybení zdravotníků .....	6
1.2	Indikátory kvality ošetrovatelské péče .....	7
1.2.1	Vlastnosti indikátorů kvality.....	8
1.2.2	Výběr indikátorů .....	8
1.2.3	Kategorizace indikátorů.....	9
1.3	Charakteristika ONP .....	9
1.4	Soběstačnost pacientů .....	10
1.4.1	Hodnocení soběstačnosti.....	12
1.4.2	Ošetrovatelská péče o nesoběstačného pacienta.....	14
1.5	Bolest .....	16
1.5.1	Akutní bolest.....	17
1.5.2	Chronická bolest .....	17
1.5.3	Hodnocení bolesti .....	18
1.5.4	Lokalizace bolesti .....	19
1.5.5	Intenzita bolesti.....	19
1.5.6	Léčba bolesti .....	20
1.5.7	Specifika ošetrovatelské péče o seniory s chronickou bolestí .....	21
1.6	Výživa.....	21
1.6.1	Specifické aspekty výživy u seniorů.....	22
1.6.2	Body mass index .....	23
1.6.3	Malnutrice .....	24
1.6.4	Obezita .....	24
1.6.5	Nutriční screening.....	25
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	27
2.1	Cíle práce .....	27
2.2	Hypotézy .....	27



3	METODIKA .....	28
3.1	Metodika práce .....	28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	28
4	VÝSEDKY .....	30
4.1	Vyhodnocení spokojenosti pacientů na ONP .....	31
4.2	Vyhodnocení stupně soběstačnosti u pacientů na ONP.....	33
4.3	Vyhodnocení stavu výživy u pacientů na ONP .....	43
4.4	Vyhodnocení bolesti u pacientů ONP.....	51
5	DISKUSE.....	55
6	ZÁVĚR .....	61
6.1	Využití v praxi .....	61
7	POUŽITÉ ZDROJE .....	65
8	KLÍČOVÁ SLOVA .....	68
9	PŘÍLOHY .....	69

## ÚVOD

Vyhodnocování kvality zdravotnické a ošetrovatelské péče je velmi důležité pro její zvyšování. K tomuto účelu nám slouží indikátory kvality. Pomocí indikátorů lze nejen hodnotit, ale i porovnávat s ostatními zdravotnickými zařízeními. Kvalita poskytované péče je i důvodem proč si vybrat právě to či ono zdravotnické zařízení. Cílem každého zdravotnického zařízení by měl být spokojený pacient.

Soběstačnost je u seniorů velmi aktuální téma. Vlivem stárnutí organismu se soběstačnost snižuje a senioři nejsou schopni vykonávat běžné denní činnosti jako dříve. Pomocí vyhodnocování soběstačnosti zjistíme, jak se schopnosti pacientů zlepšují, nebo zhoršují a zároveň poukazují na kvalitu poskytované péče.

Stav výživy se u seniorů také mění vlivem stárnutí organismu (dochází k úbytku svalové hmoty, vlivem špatné hybnosti dochází ke ztrátě střevní motility a v neposlední řadě i v souvislosti s metabolickým onemocněním). Je tedy důležité monitorovat stav výživy zvláště u chronicky nemocných pacientů.

Bolest je se stárnutím také velmi úzce spjata. Je to subjektivní příznak mnoha onemocnění, který je pro pacienty velmi nepříjemný. Být bez bolesti je jedním ze základních práv pacientů. Monitorování bolesti a následného účinku podaných analgetik je součástí ošetrovatelské dokumentace.

Mezi pacienty, ale i širokou veřejností je rozšířena představa, že ONP je tzv. „odkladiště“ pro lidi, o které nikdo nemá zájem, že ošetrovatelská péče na tomto oddělení je nekvalitní a pacienti chodí na toto oddělení jen umřít. Práci, která se zabývá vyhodnocováním kvality ošetrovatelské péče jsem si zvolila proto, že jsem si chtěla ověřit, zda jsou tato tvrzení pravdivá či ne.

Jako výstup pro praxi jsem vypracovala přehled vybraných indikátorů kvality ošetrovatelské péče s metodou jejich vyhodnocování.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče se může definovat několika způsoby. Světová zdravotnická organizace definovala již v roce 1966 kvalitu zdravotní péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (1, str. 241)“. Současná definice kvality Světové zdravotnické organizace zní takto: „Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje (1, str. 241)“. Americký profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy je získaný prospěch ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (1, str. 241)“. Jiná definice je podle americké Medicare zní takto: „Kvalita je míra péče, se kterou zdravotní služby zvyšují pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků pro jedince a společnost a jsou konzistentní s aplikací současných medicínských znalostí (1, str. 241)“. Kvalita je úzce spojena se zvyklostmi jednotlivých oddělení. Hodně záleží také na zaměstnancích, jejich hodnotách, postojích a chování. Palmer definuje kvalitu jako: Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (2, str. 36)“. Kvalita znamená splnění určitých požadavků, které určuje pacient. Nároky a požadavky pacientů se neustále zvyšují (1, 2).

Všechny nemocnice by měly sledovat a následně vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče, aby mohly zvyšovat úroveň poskytované péče. Kvalita není statický faktor, je spíše dynamická a neustále se měnící veličina. To, co dnes považujeme za nejvyšší kvalitu, může být za několik let běžné nebo dokonce zastaralé a nevyhovující (1).

Kvalita poskytované zdravotní péče poměrně zásadním způsobem ovlivňuje také kvalitu a délku života. Zdraví zaujímá u většiny populace jednu z nejvyšších příček na žebříčku hodnot. Vyhodnocování spokojenosti se zdravotní péčí patří k významným

metodám k hodnocení kvality poskytované péče. V průběhu posledních dvanácti let se měření kvality v jednotlivých zdravotnických zařízeních vyvíjelo ve formách strukturovaných dotazníků, které jsou volně k dispozici všem hospitalizovaným i ambulantním pacientům. Aby výzkum spokojenosti mohl skutečně sloužit jako nástroj pro řízení kvality, musí splňovat určitá kritéria. Nicméně ne každý výzkum tyto kritéria splňuje (3).

### ***1.1.1 Ošetrovatelský standard a audit***

K dosažení co možná nejvyšší kvality ošetrovatelské péče je nutné v praxi pracovat podle platných standardů. Standard určuje nutnou a nezbytnou normu pro základní plnění jednotlivých ošetrovatelských výkonů. Zdravotnický standard je vymezeným vodítkem úrovně zdravotnické péče a její aplikace. Standardy lze rozdělit na centrální a lokální. Centrální standardy vydává centrální řídicí orgán nebo odborné organizace a jsou platné pro všechny zdravotnická zařízení. Lokální standardy jsou upraveny, aby vyhovovaly jednotlivým pracovištím, vycházejí z potřeb každého zdravotnického zařízení. Jsou vypracovány jednotlivými nemocnicemi pro určení závazné normy a umožňují objektivní hodnocení. Standardy určují materiální, personální a organizační požadavky, stanovují postupy, vymezují činnosti sester a také stanovují cíle, kritéria výsledku, kterého má být dosaženo (2, 4, 5).

Pro hodnocení kvality zdravotní péče používáme audity. Audit podle naučného slovníku znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Zdravotnické audity jsou nedílnou součástí měření kvality ošetrovatelské péče v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních. Týkají se všech zaměstnanců, nikoli pouze lékařů nebo sester. Mají za úkol odhalit problémové oblasti, které vyžadují další pozornost. Mohou ale i poukázat na úspěchy, které pomohou ostatním. Cílem auditu nikdy není vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb, jedná se o hledání takzvaných slabých míst. Když taková místa odhalí, upozorní na ně. Oddělení, kterých se to týká, by měla na výsledky auditu zareagovat a provést příslušná opatření. Ošetrovatelské audity jsou prakticky bezvýznamné pro ta oddělení, která na jeho výsledky nereagují a nejsou přístupná ke změnám (2, 4).

### ***1.1.2 Pochybení zdravotníků***

Na kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče a zároveň i na spokojenost pacientů má velký vliv mimo jiné i pochybení a omyly ošetřujícího personálu. Nedůvěru pacientů ke kvalitě českého zdravotnictví podporují medializované případy poškození pacienta nebo jejich příbuzných ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnictví v současné době klade vysoké nároky na odborné i teoretické schopnosti jak lékařů a tak sester. I přes tento fakt k pochybením dochází, v některých případech může dojít dokonce i k nevratnému poškození pacienta. Podle analýz těchto případů vyplývá, že se jedná o důsledek celého řetězce drobných náhod, pochybení a selhání v léčebném procesu. Z tohoto důvodu není přínosné hledat jednoho konkrétního viníka pochybení nebo jen provést nějaká nápravná opatření. Lepším řešením je nastavit účinný celistvý systém, který řeší jednotlivá rizika ve všech fázích léčebného procesu a eliminuje vznik pochybení na minimum (6).

Pochybení zdravotníků lze rozdělit do třech základních skupin. Jedná se o téměř pochybení, nežádoucí událost bez následků a nežádoucí událost s následky. Pojem téměř pochybení zahrnuje pochybení, kterému bylo na poslední chvíli zabráněno ať již vědomě či nevědomě. Například podání předem připraveného léku pacientovi. Sestra si uvědomila, že ordinovaný lék má jiný tvar a velikost, než ten připravený v lékovce, a nepodala ho. Nežádoucí událost bez následků je taková událost, která nebyla provedena podle předepsaných a platných standardů ošetrovatelské péče, ale přesto nedošlo k poškození pacienta. V případě podání špatné síly ordinovaného léku pacientovi, který tento lék bere dlouhodobě, nijak neuškodilo. Nežádoucí událost s následky označuje takovou událost, akci, proceduru, která nebyla vykonána podle platných standardů a v důsledku tohoto jednání došlo k poškození pacienta. Jako příklad: Podání špatného léku pacientovi, který je na tento lék alergický. Jako následek u pacienta dojde k alergické reakci. Nežádoucí události s následky představují pouhou pomyslnou špičku ledovce všech pochybení a omylů. I přesto, že špička ledovce je jeho nejmenší část, dostává se jí nejvíce pozorností. V případě medializace a soudního sporu, může mít tato událost velmi negativní vliv na pověst zdravotnického zařízení a kariéru jednotlivce (7).

Sestry jsou nejpočetnější skupinou zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních. Jejich práce zahrnuje péči o pacienta u lůžka, vedení dokumentace, edukaci pacientů a mnoho dalších úkonů. Mezi nejčastější pochybení a omyly sester patří medikační omyly od podání špatné síly léku po podání léku, na který je pacient alergický. Důvody těchto pochybení bývají neefektivní komunikace nebo špatné označení léků. K dalším pochybením sester řadíme provádění výkonů, ke kterým nemá sestra pravomoc, provádění úkonů bez dostatečné dovednosti, nebo neposkytnutí ošetrovatelské péče včas. Stává se tak jako následek špatné komunikace mezi zaměstnanci, nepozornosti, špatné orientace nových pracovníků, nedostatku informací a nedostatku supervize (7).

## **1.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče**

Abychom mohli vyhodnocovat kvalitu ošetrovatelské péče, musíme ji umět změřit a porovnat s jinými odděleními. Program kontinuálního zvyšování kvality (dále program KZK) se řídí takovou filosofií, která podporuje uspokojování potřeb pacienta a překonává jeho očekávání s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče. Program KZK měří a vyhodnocuje kvalitu lékařské péče, ošetrovatelské péče a jiných služeb poskytovaných ve zdravotnictví pomocí informací získaných od pacientů / klientů, externích odborníků, auditů, indikátorů kvality (2, 8).

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, které v porovnání se standardem nebo směrnici ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výstup daného aspektu procesu. K indikátorům týkajícím se struktury patří například kvalifikace sester a lékařů na oddělení, instrumentální vybavení nemocnice nebo jednotlivých oddělení, protipožární vybavení a podobně. Mezi indikátory týkající se procesu řadíme měření efektivity a správnosti ošetrovatelského procesu, úroveň ošetrovatelské péče. Úroveň ošetrovatelské péče se hodnotí z několika hledisek, jako například čekací doba na ošetření nebo příjem, procento nozokomiálních nákaz, aj.. Indikátory týkající se výstupu jsou stížnosti pacientů nebo jejich rodin na kvalitu ošetrovatelské péče, počet rehospitalizovaných pacientů za určité časové období (1, 2).

### **1.2.1 Vlastnosti indikátorů kvality**

Indikátory jsou smysluplné, mají datový charakter, jsou vyjádřeny čísly. Indikátor je kvantita, která něco vypovídá o kvalitě. Jsou to výstražné signály, které nás mohou varovat, že něco není v pořádku. Nejsou neomylné. Mohou být zaměřené na pozitivní nebo negativní jevy. Mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, událost nebo systém. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat „něco s něčím“ (1, 2).

Indikátory lze zařadit do dvou skupin na indikátory poměrové a strážné/sentinelové. Poměrové indikátory jsou indikátory vztahu a poměru. Tyto indikátory jsou založeny na sběru informací, které se vyskytují s určitou frekvencí a vyjadřujeme je jako procento, poměr nebo průměr. Aby byly porovnatelné, musí obsahovat čísel i jmenovatel (bez jmenovatele by toto číslo nebylo porovnatelné a nešlo by vyjádřit v procentech nebo graficky zobrazit). Při výběru indikátoru se můžeme zaměřit na časový interval, ve kterém chceme daný jev sledovat, charakteristiku populace sledované skupiny lidí, jaký jev vlastně chceme sledovat aj. Strážné indikátory se většinou zaměřují na nežádoucí události, které vyžadují analýzu jejich příčin. K výběru těchto indikátorů používáme knihu stížností nebo hlášení mimořádných událostí. Jedná se například o pád pacienta z lůžka, úmrtí pacienta během operace atd. (2).

### **1.2.2 Výběr indikátorů**

Při výběru indikátorů pro jednotlivá oddělení se zaměřujeme především na jejich důležitost v ošetrovatelském procesu. Sledovaná data se musí shodovat s praxí na oddělení a musí být pro dané oddělení opravdu důležitá. Uvedená data musí měřit přesně to, o čem mají vypovídat, a údaje by měly být co nejobektivnější. Indikátor musí být senzitivní na změny v činnosti, ze které získává data. Změny musí být spojeny s kvalitou ošetrovatelské péče a neovlivňovány jinými faktory. Důležité je využití indikátorů, které jsou nabízeny profesionální organizací. Tyto indikátory umožňují

srovnání výsledků práce s jinými odděleními nebo i jinými zdravotnickými zařízeními (2).

Jako zdroj pro výběr indikátoru lze použít audit nebo formální proces. Indikátorem kvality ošetrovatelské péče se mohou stát nedostatky zjištěné při provedeném auditu (počet nepodepsaných souhlasů, prošlé léky v lékárně na oddělení, nedostatky na pohotovostním vozíku aj.). Indikátor se určuje podle pěti ukazatelů. Výběr oddělení, určení hlavních funkcí oddělení, určení důležitých komponentů vybrané specifické funkce, zjištění standardů pro jednotlivé komponenty, identifikování kritéria nebo indikátoru, kterými lze změřit, zda oddělení naplnilo očekávání / standard, nebo ne (1, 2).

### ***1.2.3 Kategorizace indikátorů***

Indikátory zařazujeme do skupin podle jejich priority. Jako první priorita se vyhodnocují indikátory rizik (riziko úmrtí pacienta, riziko požáru, riziko infekce, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu). Tyto indikátory jsou vždy důležité a musí být velmi pečlivě dokumentovány. Druhou prioritu mají klíčové indikátory (nemocnost zaměstnanců, stupeň soběstačnosti pacienta, nutriční screening, spokojenost pacienta s ošetrovatelskou nebo lékařskou péčí, délka pobytu v nemocnici, počet stížností, aj.), které jsou také velice důležité a vypovídají o práci na oddělení. Vyhodnocovat by se měly pravidelně. Prioritu číslo tři mají popisné indikátory. Popisné indikátory jsou užitečné a mohou se, za určitých okolností, stát důležitými. Nemusí se sledovat pravidelně. Čtvrtá priorita jsou nedůležitá data, která nevypovídají nic důležitého, ale mohou rozšířit celkový obraz. Pro kvalitu ošetrovatelské péče jsou postradatelné (2).

## **1.3 Charakteristika ONP**

ONP (oddělení následné péče) spadá do oboru geriatrie. Cílem tohoto oddělení je dosažení co možná nejlepšího fyzického a duševního zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných pacientů, zmírnění následků úrazů, případně zpomalení progresu



onemocnění a v neposlední řadě i důstojný konec života u nevléčitelně nemocných pacientů (9, 10).

Důvod hospitalizace na ONP může být léčebný (úprava terapie u dekompenzovaných chronických onemocnění), rehabilitační (rehabilitace po operacích, mozkových příhodách, nácvik soběstačnosti), ošetrovatelský (ošetřování chronických ran, ošetřování imobilních lidí), paliativní (léčení obtíží terminálního stadia nemoci zvláště bolesti), sociální (hospitalizace osob čekajících na uvolnění místa v sociálním zařízení) (9, 10).

Mezi indikátory, které lze sledovat a vyhodnocovat na ONP, patří spokojenost, bolest, stav výživy, hodnocení soběstačnosti, riziko pádů, riziko vzniku dekubitů, nozokomiální infekce, medikační pochybení a jiné. V dalších kapitolách se budeme věnovat vybraným indikátorům ošetrovatelské péče. Námi vybrané indikátory jsou spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, hodnocení soběstačnosti, hodnocení stavu výživy a hodnocení bolesti (2, 9, 10).

#### **1.4 Soběstačnost pacientů**

Soběstačnost je pojem definující péči zajištěnou vlastními silami, schopnost samostatně vykonávat běžné denní úkony bez pomoci ostatních lidí, ať už rodiny nebo ošetřujícího personálu. V ošetrovatelské literatuře se někdy vyskytuje pojem sebeděče. „Soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit, popř. nutnou podporu (11, str. 20)“.

„Sebeděče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování (11, str. 20)“.

Tyto dva pojmy jsou často brány jako dva výrazy pro totéž.

Moderní ošetrovatelství si klade za cíl pomoci nemocnému zůstat soběstačným, nezávislým na pomoci druhých. Zajistit pacientovi, aby byl schopen žít nezávisle v prostředí, na které je zvyklý (domácí prostředí). Soběstačnost mohou porušit nemoci, úrazy, vrozené vývojové vady, ale i špatný výživový nebo psychický stav pacienta. Pacienti s porušenou soběstačností velmi silně pociťují subjektivní i objektivní nedostatky v základní péči. Neschopnost provádět běžné denní činnosti může vést ke

zhoršování psychického stavu pacienta. Psychický stav může mimo jiné zhoršit i nezáměr, nevhodná gesta, nebo nevhodná komunikace s nesoběstačnými pacienty ze stran ošetřujícího personálu. Důsledkem tohoto chování je často rezignace pacienta, který ztratí motivaci a jeho soběstačnost se ještě zhoršuje. Při péči o nesoběstačného pacienta je tedy velmi důležitý individuální, ohleduplný a laskavý přístup k pacientovi (12).

Starší lidé trpí často celou řadou nemocí, z nichž některé zhoršují soběstačnost a kvalitu jejich života a jiné nikoli. Příznaky jednotlivých onemocnění se často prolínají. Geriatrie má proto své nástroje k posouzení funkčního stavu pacienta (13).

Starší pacienti většinou potřebují mnohem více času k úplnému zotavení a navrácení do původního funkčního stavu než mladší pacienti s podobným onemocněním. Aby si pacienti udrželi v době léčení i po propuštění co nejlepší schopnost sebepečce, je třeba individuální přístup ze stran ošetřujícího personálu. Ošetřovatelskou péčí musí zajišťovat multidisciplinární tým, který rozpozná a identifikuje schopnosti pacienta a zajistí vhodnou rehabilitaci k návratu, nebo alespoň zlepšení soběstačnosti a možnosti dalšího nezávislého života. Na rehabilitační péči by se měli podílet kromě ošetřujícího personálu i rodinní příslušníci a ostatní pacientovi blízcí. Pro tyto seniory je proto důležité zůstat ve zdravotnickém zařízení do doby, než se budou moci vrátit domů, nebo než se zajistí jiné řešení vyhovující jejich aktuálnímu stavu. K tomuto účelu je nevhodnější oddělení následné péče, kde jsou hospitalizováni pacienti, kteří již nepotřebují akutní lůžko, ale jejich stav ještě není natolik uspokojivý, aby mohli být propuštěni domů. V případě, že zdravotní stav nemocného neumožňuje úplně nezávislý život během doby, kdy může být pacient hospitalizován na oddělení následné péče (na ONP Tábor je maximální doba hospitalizace tři měsíce), musí se zajistit ve spolupráci se sociální sestrou a rodinou pacienta jeho následné umístění. Není-li rodina z nějakého důvodu schopna se o pacienta postarat, bývají řešením domovy s pečovatelskou službou nebo domovy pro seniory. Před propuštěním ze zdravotnického zařízení by mělo být rozhodnuto o optimálním způsobu následné péče, která bude odpovídat potřebám pacienta. Vedle nejrůznějších sociálních zařízení je zde i

možnost domácí péče, která dojíždí k pacientům přímo do jejich domovů a pomáhá při běžných denních činnostech (14).

Je zvykem rozdělovat péči o seniory na sociální a zdravotnickou, ale potřeby seniorů bývají často komplexní a je třeba zajistit nejen oba typy péče (zdravotní a sociální), ale hlavně zajistit jejich propojenost. Toto bývá problém, protože v současnosti zdravotnický a sociální systém propojený není. V praxi tak dochází k situacím, kdy jsou senioři příliš nemocní na to, aby mohli být v sociálním zařízení, ale jejich zdravotní stav a soběstačnost je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví již nepočítá, protože není řešena otázka dlouhodobých pobytů (13).

Nemocní s porušenou soběstačností, tedy osoby neschopné provádět činnosti běžného denního života bez pomoci druhých, pociťují velmi silně nedostatky v základní péči subjektivně i objektivně. Ztráta soběstačnosti někdy bývá provázena i pocitem nezájmu sester a pacient tento stav prožívá negativně. Tím se stav nemocného ještě zkomplikuje a může vyústit ve vznik imobilizačního syndromu (12).

#### **1.4.1 Hodnocení soběstačnosti**

Výchova každého jedince již už od útlého dětství zaměřena na samostatnost, tedy na schopnost nebýt závislý na pomoci druhých. Právě proto je velmi náročné smířit se s vlastní bezmocností. Závislost může být nejen fyzická, ale i psychologická, sociální a ekonomická a má negativní vliv na kvalitu života. Starší člověk se zpravidla mnohem více bojí ztráty soběstačnosti a nezávislosti, než choroby, kterou trpí (8).

Posouzení funkčního stavu pacienta je součástí běžné ošetrovatelské péče u seniorů. Úroveň soběstačnosti hodnotí sestry nejen na lůžkových odděleních, ale i v sociálních zařízeních a v domácí péči jako součást ošetrovatelské anamnézy. Pro ošetrovatelskou praxi je nejdůležitější rozpoznat jak dokáže pacient zvládat běžné činnosti denního života (8).

Moderní ošetrovatelství si klade za jeden ze svých hlavních cílů zajistit pacientovi co nejvyšší stupeň soběstačnosti, pomoci pacientovi zůstat nezávislý na pomoci druhých osob. Sestra by tedy měla umět zhodnotit míru soběstačnosti každého pacienta a využívat jeho lidský potenciál k udržení a rozvoji jeho soběstačnosti tak, aby byl

schopen žít plnohodnotný a nezávislý život v domácím prostředí. Na základě tohoto vyšetření, které je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu, sestra zajišťuje ošetrovatelskou péči individuálně zaměřenou na každého pacienta. Pravidelné hodnocení soběstačnosti je jedním ze základních indikátorů kvality na ONP (12).

Z hlediska soběstačnosti můžeme pacienty rozdělit do čtyř skupin označených čísly jedna až čtyři. Stupeň 1 označuje pacienty zcela soběstačné, nezávisle na pomoci sestry a psychicky vyrovnané. Druhá skupina značí pacienty částečně soběstačné, schopné sebeobsluhy za pomoci ošetrovatelského personálu i mimo lůžko. Pod číslem tři jsou označováni pacienti částečně soběstační upoutaní na lůžko, případně psychicky dekompenzovaní klienti. Čtvrtá skupina jsou zcela nesoběstační pacienti upoutaní na lůžko, případně psychicky dekompenzovaní pacienti a pacienti v bezvědomí, tedy pacienti zcela závislí na péči ošetrovatelského personálu pro svůj celkově těžký stav (12).

Hodnocení provádí sestra pozorováním a odhadem pacienta při provádění běžných denních činností. Pro přesnější vyjádření funkčního potenciálu může sestra využít různé měřicí techniky, které jsou vhodné pro stanovení individualizované ošetrovatelské péče u starších a dlouhodobě nemocných pacientů. Některé z těchto technik mají vypracovanou vlastní kvalifikaci poruchy soběstačnosti (12).

#### *1.4.1.1 Barthelové index*

Barthelové index, známý také pod zkratkou ADL (activities of daily living – viz příloha 8.), což v překladu znamená aktivity denního života, je nejpoužívanějším nástrojem pro měření zdatnosti v běžných denních aktivitách, jako je schopnost najít se, provést osobní hygienu, schopnost přesunu z lůžka na židli, použití WC, chůze po rovině a chůze po schodech. Je to pomůcka ke stanovení funkční zdatnosti pacienta a zhodnocení jeho soběstačnosti či závislosti. S jeho pomocí stanovujeme individuální plán léčby. Existuje i verze, která hodnotí instrumentální aktivity denního života. Tento test se je znám pod zkratkou IADL (Index of Independence Activities of Daily Living – viz příloha 9.). Test instrumentálních denních činností (IADL) hodnotí telefonování, nakupování, přípravu léku, praní, vaření, a schopnost nakládání s penězi.

Nejprve dochází ke ztrátě soběstačnosti v oblasti instrumentálních dovedností, proto je doporučováno v ambulantních složkách používat nejprve IADL škálu a teprve později ADL hodnocení (10, 15).

Při vyplňování Barthelové indexu bychom měli mít na paměti následující kroky. Není vhodné vyplňovat Barthelové index hned po přijetí pacienta do nemocničního zařízení, ale nejdříve po dvou dnech hospitalizace. (V Nemocnici Tábor, a. s. se však tento test vyplňuje hned po přijetí pacienta a následně vždy při změně stavu nebo po měsíci hospitalizace). Vyplňovat tento test by měla osoba, která pacienta zná nejlépe (člen rodiny, který o pacienta pečuje, člen ošetrovatelského týmu). Barthelové index je založený na pozorování a hodnotí se jen to, co pacient viditelně zvládá vlastními silami, nikoli to, co by měl zvládat teoreticky. Pokud se kritéria pro hodnocení v jednotlivé dny liší podle aktuálního stavu pacienta v daný den, volíme nižší zařazení. Používání pomůcek ke zvládnutí sebezpečí je povoleno. Posuzujeme stav nemocného za posledních 24 - 48 hodin. Pokud je k provedení aktivity nutný dohled nebo pobídka druhou osobou ať již z důvodu bezpečnosti, nebo z důvodu chybění vlastního popudu, volíme druhý nejvyšší počet bodů (10, 15).

Vyhodnocení Barthelové indexu spočívá v součtu všech dosažených bodů. Maximální počet bodů, kterého můžeme dosáhnout je 100 bodů. Jako zcela soběstačného a nezávislého pacienta označíme, pokud dosáhne 96 – 100 bodů. U výsledku v rozmezí 65 – 95 bodů hodnotíme pacienta jako lehce závislého na ošetrovatelské péči. Dosáhne-li pacient 45 – 60 bodů je označen jako pacient se závislostí středního stupně, při výsledku nižším než 40 bodů je pacient vysoce závislý na péči druhých lidí (12).

#### ***1.4.2 Ošetrovatelská péče o nesoběstačného pacienta***

Ošetrovatelská péče o nesoběstačného pacienta je komplexní záležitost a neměli bychom zapomínat na jednotlivé její složky. Jedná se hygienickou péči o celé tělo, výživu pacienta, péči o vyprazdňování, podávání léků a v neposlední řadě i péče o psychický stav pacienta (10).

Hygienická péče zahrnuje každodenní mytí pokožky, aby byla čistá a hlavně suchá. Používají se prostředky, které nedráždí kůži. Zvláštní pozornost se musí věnovat také lůžku, na kterém pacient leží, aby nebylo mokré, ložní prádlo musí být vypnuté, aby nedocházelo k otlačení jednotlivých částí těla. Dbáme na prevenci proti vzniku dekubitů a používáme jednorázové pomůcky, antidekubitní matrace, molitanové klíny a válce. Pravidelně kontrolujeme riziková místa pro vznik dekubitů a polohujeme pacienta tak, aby dlouho neležel na jedné části těla. Pečujeme také o pokožku pacienta neдрáždivými krémy a zvláštní pozornost věnujeme také místům s rizikem vzniku zapáčky (16).

Pacient musí mít dostatečné množství přiměřeně vyvážené stravy a dostatek tekutin (nejméně dva litry na den). Chybět nesmí samozřejmě ani vitamíny ve formě ovoce a zeleniny. Padávané jídlo musí být v takovém stavu, aby je mohl pacient přijmout a strávit, tzn. zajistíme dietu vhodnou k současnému stavu pacienta a jeho onemocnění. Při nedostatečném příjmu potravy podáváme doplňky stravy jako například nutridrinky (16).

Pro podporu psychického stavu pacienta je důležitá správná komunikace s ním. Nejednáme s pacienty jako s malými dětmi, oslovujeme ho vždy příjmením, neužíváme familierní výrazy jako dědo, babi apod. Umožníme pacientovi kontakt s rodinou, a pokud je to možné, snažíme se ho zabavit (televize, ruční práce, křížovky, čtení atd.) (16).

U geriatrických pacientů je veliké riziko vzniku imobilizačního syndromu. „Imobilizační syndrom je označení pro soubor negativních projevů a důsledků dlouhodobé imobility, především upoutání na lůžko či křeslo (10, str. 327)“. U seniorů je rozvoj imobilizačního syndromu poměrně rychlý z důvodu jejich omezené adaptační kapacity, mají také porušené regulační mechanismy. Imobilizační syndrom je tvořen následujícími změnami a příznaky, po kterých ošetřující personál musí aktivně pátrat a předcházet jejich vzniku. Jedná se o dekubity (proleženiny), plicní hypoventilace (mělké dýchání), zpomalení krevního oběhu s následným rizikem vzniku flebotrombózy (krevní sraženina v žilách dolních končetin), flekční kontraktury (zkrácení svalových

úponů a šlach), sarkopenii (atrofie svalů s poklesem síly), obstipace (zácpa), psychické problémy a jiné (10).

Dalším rizikem u nesoběstačných pacientů je riziko pádů. Zvláště časté bývá u pacientů s poruchou mobility a zrakovým onemocněním. Pády jsou příčinami sekundárních zdravotních problémů jako jsou úrazy hlavy, kyčlí, zlomeniny a jiné. Hlavním mechanismem pádů je snížená schopnost adaptace na měnící se podmínky chůze, například při vstávání ze sedu, chůze po schodech. Z těchto důvodů se doporučuje k prevenci pádů přistupovat komplexně od úpravy prostředí (namontovat po pokoji madla pro uchycení), výběru vhodné obuvi, optimalizace medikace, po nácvik stability a chůze (posilovací cvičení). Důležité je i to, aby měl nesoběstačný pacient možnost zavolat si pomoc, když ji potřebuje. Sestra by tedy měla dbát na to, aby měl pacient signalizační zařízení vždy po ruce (14).

## **1.5 Bolest**

Definice bolesti podle mezinárodní asociace pro studium bolesti zní: „Bolest je definována jako nepříjemná vjemová a emocionální zkušenost související se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, případně jako takové poškození popsaná (10, str. 320)“.

Bolest je velmi složitý smyslový prožitek spojený s významným emocionálním zážitkem. Je to varovný signál a má ochrannou funkci. Upozorňuje, že došlo k poškození organismu a svou nepříjemností nás nutí odstranit její příčinu. Bolest je komplexní zážitek projevující se v oblasti biologické, psychologické i sociální. Ovlivňuje ji kultura, ze které člověk pochází, očekávání bolesti, předchozí zážitek bolesti, kontext, ve kterém se bolest objevuje, emočními a kognitivními reakcemi. Bolest je jedním z nejčastějších příznaků chronických onemocnění nejen těch nádorových. Bolest nelze vnímat jen jako subjektivní příznak onemocnění, je jedním z důvodů celkového utrpení pacienta. Má vliv na komfort pacienta, jeho náladu, životní optimismus a v neposlední řadě i na spolupráci při léčbě (17, 18).

Etiologie je mnohostranná, může být způsobena chemickými, biologickými nebo fyzikálními noxami, ale také psychickými poruchami na úrovni vnímání bolesti. Bolest

vzniká při poškození tkání. Má v podstatě dva významy. Signální význam bolesti oznamuje, že v organismu není něco v pořádku. Děje se něco špatného, je postižená tkáň nebo hrozí její poškození. Bolest je příznak, který nás chrání a upozorňuje na nebezpečí. Má stejný signální význam jako horečka (17).

### ***1.5.1 Akutní bolest***

Základní a nejjednodušší rozdělení bolesti je podle délky jejího trvání na akutní a chronickou. Akutní bolest trvá hodiny až dny a má pro člověka pozitivní význam jako výstražný signál, že v organismu není něco v pořádku, dá se lokalizovat na určitou oblast v těle. Akutní bolest velmi dobře reaguje na léčbu a měla by být adekvátně léčena zejména po operačních výkonech a úrazech. Nesprávně léčená akutní bolest může přejít do chronicity, která by se následně léčila velmi obtížně a zdlouhavě (18, 19).

Pouřazová bolest vzniká většinou jako následek mechanického, chemického (poleptání) nebo termického (omrzliny, popáleniny) poškození tkání. Krutá bolest může nastartovat vznik šokového stavu, proto bolest léčíme okamžitě po úrazu dostupnými medikamenty. Důležité je i první ošetření (imobilizace zlomenin aj.) Toto většinou zajišťuje rychlá záchranná služba. Pacienti mnohdy trpí více typy bolesti, které vyžadují specifický přístup (18, 19).

### ***1.5.2 Chronická bolest***

Chronická bolest je samostatné onemocnění. Chronická bolest je označení pro bolest, která trvá déle než 3-6 měsíců nebo bolest kratšího trvání, která přesahuje délku obvyklou pro dané onemocnění. Většina literatury však uvádí, že chronická bolest trvá déle než 6 měsíců. Na rozdíl od akutní bolesti nemá chronická bolest ochranný charakter a neupozorňuje před poškozením tkání. Mezi nejčastější chronické bolesti patří bolesti zad. Typickým projevem chronické bolesti je nevědomé bolestivé chování (bolestivé grimasy, kulhání, zaujímání úlevových poloh, časté návštěvy u lékaře, nakupování analgetik a literatury) (18, 19).



Příčinami chronické bolesti jsou poškození nervů, poškození mozku, nádorové bujení nebo nevysvětlitelné reakce centrálního nervového systému. Dlouhodobě působící bolest vyvolává strach, úzkost a obavy. U postižených se vyskytují poruchy spánku ve všech podobách (předčasné buzení, noční děsy, neostatečná hloubka spánku), myslí jen na svou bolest, stává se podrážděným. Postupně dochází ke snížení prahu bolesti, je citlivý na sebemenší podněty, může dojít i sociální izolaci až depresi (17). Ke správnému rozlišení akutní a chronické bolesti můžeme použít některé základní rozdíly v jejich charakteristikách a to především v délce trvání, mezi další rozdíly patří charakteristiky v tělesné odezvě, příčině bolesti, změnách chování, ve vztazích v rodině a změnách v chování k lékařům. Jednoznačné rozdíly mezi akutní a chronickou bolestí jsou na úrovni somatické odezvy organismu. U akutní bolesti jsou odezvy organismu srovnatelné s odezvami na stres, u chronické jde spíše o vyčerpání (17, 19).

### ***1.5.3 Hodnocení bolesti***

Musíme mít vždy na paměti, že bolest je zcela subjektivní pocit a nikdo ji nemůže popsat lépe než ten, který bolestí trpí. Proto platí zásada: Věřme našim pacientům. Bolest lze vyjádřit verbálně (slovy), nebo neverbálně (bolestivá gesta, mimika, ulevování postižené oblasti, strnulá chůze a jiné). Pro měření bolesti existuje mnoho způsobů. V praxi jsou nejpoužívanější metody pracující s řečí pacienta (verbální komunikací). Zaměřujeme se na lokalizaci, intenzitu, časovou dimenzi, kvalitu a ovlivnitelnost bolesti. (17, 18, 19).

U bolesti hodnotíme i její charakter a časovou dimenzi. Charakterem rozumíme emocionální zážitek, který hovoří o tom, „jak to bolí“. Ke zjištění charakteru bolesti používáme metodu MPQ (McGill Pain Question-nare), pomocí které zjišťujeme tři druhy údajů. Afektivní (údaje vztahující se k citové, emocionální stránce jako jsou napětí, trestající bolest aj.), senzorké (charakteristika, která lze přiřadit k určitému smyslu - hmatu, chuti, čichu apod.) a hodnotící. V dotazníku MPQ lze nalézt celkem 42 termínů pro charakteristiku bolesti, pacient má za úkol podtrhnout nebo jinak zvýraznit termíny, které nejlépe vystihují jeho bolest (17).

U geriatrických pacientů lze k hodnocení bolesti použít takzvaný Strukturovaný rozhovor o bolesti (viz příloha 6). Strukturovaný rozhovor o bolesti zahrnuje několik údajů o pacientovi, jako například lokalizace bolesti, okolnosti jejího vzniku, omezení pacienta v důsledku bolesti, depresivitu. Souhrn všech údajů umožní vyšetřujícímu vyhodnotit bolest a zvolit vhodnou léčbu (13).

#### **1.5.4 Lokalizace bolesti**

Pro určení přesné lokalizace bolesti se lékař nebo sestra pacienta jednoduše zeptá. „Kde vás to bolí?“ Pacient zareaguje buď tím, že na dané místo ukáže, nebo ho popíše slovy. V tomto případě je vhodné si na pacientovi ještě vyžádat, aby postižené místo i ukázal, protože se často setkáváme s mylnými představami pacientů o uložení jednotlivých orgánů, nebo jejich špatném pojmenování. Nejpřesnějším způsobem zaznamenávání lokalizace bolesti je tzv. mapa bolesti (příloha 3). Mapa bolesti je v podstatě obrázek člověka a jeho částí z několika pohledů (zepředu, zezadu a z obou boků). Pacient do ni zapisuje pomocí kroužků, křížků nebo šipek kde přesně to bolí. Velikost kroužku určuje plochu bolesti (například od kolene po kyčel). Je vhodné, aby pacient svou bolest zaznamenal na všechny postavy na mapě. Podle instrukcí lékaře nebo sestry může použít i různé barvy podle zvyklosti oddělení (modrá pro povrchovou bolest a červená pro hlubokou bolest). Šipkami lze dobře vyjádřit, zda a kam bolest vystřeluje. Při opakovaném záznamu do stejné mapy bolesti lze určit, jestli se bolest někam stěhuje (16, 17).

#### **1.5.5 Intenzita bolesti**

Intenzitou je chápána míra bolesti. Jak moc to pacienta bolí. Pro určení intenzity lze použít celá řada metod. Mezi nepoužívanější patří vizuální analogová škála (dále jen VAS – příloha 7). Jedná se o grafické znázornění bolesti na grafu od žádné bolesti až po nejintenzivnější. Tato metoda je nejjednodušší a nejsrozumitelnější způsob zaznamenání intenzity bolesti. VAS je čára měřící 10 cm, na kterou pacient udělá značku určující intenzitu jeho bolesti. Sestra následně změří jak daleko je značka od

kraje a zapíše do dokumentace číslo v milimetrech určující hodnotu pacientovy bolesti (17, 18).

Další zaznamenávací metodou pro měření bolesti je číselná/numerická hodnotící škála, kdy pacient udává svou bolest v rozmezí od 0 do 10 (0 znamená žádnou bolest a 10 je bolest nejintenzivnější). Některé zdroje obě tyto škály nazývají souhrnně jako VAS. U dětských pacientů využíváme škálu s obličejí nebo smajlíky (viz příloha 7). Dítě ukáže, který obličej má asi stejnou bolest jako ono (18).

Intenzitu bolesti lze vyjádřit i verbálně. Tento způsob je často i jediným možným vyjádřením bolesti. Hodnocení však nemusí být přesné. Pacient vyjadřuje svou bolest slovy, které si lékař může vysvětlit trochu jinak, než byla původně míněna. Proto je vhodné určit si slovní stupnici bolesti, která nám nahradí VAS, kde máme jasně dané a jasně definované oba extrémy (žádná bolest až po zcela nesnesitelnou bolest) (17).

### **1.5.6 Léčba bolesti**

Postupy klasické medicíny, kterými se snažíme léčit bolest, rozdělujeme na invazivní a neinvazivní (17).

Mezi invazivní metody léčby bolesti řadíme aplikace léku do míšního vaku (suarachnoideální podání léčiva), aplikace před tvrdou plenu mozkovou (epidurální anestezie), blokády periferních nervů a neurochirurgické metody (17).

K neinvazivním metodám patří farmakologické léčba (léčba pomocí podání léku, nebo léčivého přípravku tišícího bolest). Tato metoda tvoří základ léčby akutní i chronické bolesti. Dalšími neinvazivními metodami pro léčbu bolesti jsou fyzioterapie, elektroléčba, vodoléčba, fototerapie, magnetoterapie a masáže. Fyzioterapie je metoda, která k léčbě bolesti využívá přírodní prostředky. Jednotlivé druhy fyzioterapie jsou rozděleny právě podle druhu využitého prostředku. Elektroléčba využívá k léčbě bolesti elektrický proud stejnosměrný i střídavý o různých frekvencích. Vodoléčba využívá vodu hlavně pro působení tepla nebo chladu na lidský organismus. Voda je také dobrým nosičem pro různé minerály, využívané především v lázeňských zařízeních. Fototerapie je aplikace světelné energie (laser, Solux, infračervené záření). Magnetoterapie využívá

k terapii magnetické pole. Masáže, které vedou ke zlepšení prokrvení dané oblasti, snížení napětí a uvolnění látek, které snižují vnímání bolesti (17).

Současná medicína poskytuje dostatek možností k léčbě všech typů bolesti. Při léčbě bolesti a to především u chronické nenádorové bolesti je vhodné spolupracovat s rehabilitačními pracovníky, neurologem či psychologem. Při takovéto komplexní léčbě příznivě ovlivníme kvalitu pacientova života (10).

### ***1.5.7 Specifika ošetrovatelské péče o seniory s chronickou bolestí***

Hodnocení bolesti u seniorů by mělo být komplexní a vysoce individuální. U pacientů, kteří jsou nemocní a mají nějaké pohybové omezení, nebo jakoukoliv jinou komunikační nebo mentální bariéru je třeba po bolesti aktivně pátrat, protože pacient nemusí být schopen nám své potíže aktivně sdělovat. Sestra, která má takového pacienta na starosti musí umět aktivně naslouchat a porozumět tomu, co chce pacient sdělit. Na paměti musí mít sestra neustále i fakt, že bolest je to co pacient říká a existuje, když to pacient tvrdí. Nevěřičnost a neposkytnutí péče nepomáhá (20, 21).

Senioři často trpí chronickými bolestmi, o kterých se ošetřujícím personálu ani nemusí zmínit. Tato bolest ovlivňuje jejich soběstačnost a samostatnost v běžných denních aktivitách a snižuje kvalitu života. Občas se ve zdravotnických zařízeních stává, že ošetřující personál vnímá chronickou bolest jako součást života seniorů, a nijak ji nemonitoruje, spíše čeká, že pacienti sami nahlásí, že je něco bolí. Klíčem ke správné léčbě je porozumění bolesti a správný přístup k nemocnému. Stále více lidí se dnes dožívá vysokého věku a zároveň se také zvyšuje počet lidí s chronickou bolestí, která vzniká opotřebením organismu (především kloubů). Chronické bolesti pohybového aparátu tvoří více než polovinu všech chronických bolestí, další třetinu tvoří nádorové bolesti (20, 21).

## **1.6 Výživa**

Lidský organismus potřebuje ke správné funkci energii, kterou získává z potravy. Množství potřebné energie a tím i množství jídla je závislé na výkonech, které

organismus provádí. Pokud, ale onemocníme, podmínky se změní. Potřeba energie se zvýší. Během hospitalizace musíme dbát na zajištění dostatečného přísunu jídla. Bez dostatečné výživy je velmi obtížné, ne-li nemožné pacienty vyléčit. Na tento problém upozorňovala již před 150-ti lety Florence Nightingaleová (22).

Výživu můžeme definovat jako proces, ve kterém organismus využívá potravu. Tento proces zahrnuje trávení, vstřebávání, transport, skladování, metabolismus a vylučování výživových faktorů za účelem udržení života, růstu, reprodukce, tvorby energie a správné funkce orgánů. Stav výživy organismu je určován rovnováhou mezi přívodem a výdejem výživových faktorů. Dostatek potravy nemusí vždy znamenat i dostatek potřebných výživových faktorů. Výživové faktory se dělí do dvou skupin na makroživiny a mikroživiny. Mezi makroživiny řadíme sacharidy, tuky a bílkoviny. Z těchto živin dostává tělo energii. Pod mikroživiny spadají vitamíny a některé minerální látky. Vitamíny se vyskytují v přirozených potravinách a pro lidské tělo jsou nezbytné. Vitamíny můžeme rozdělit na vitamíny rozpustné ve vodě (C, a komplex vitamínů B) a vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K). Ze stravy organismus získává i některé nerostné látky jako například vápník, fosfor, hořčík sodík, draslík, chlor, železo, fluor, zinek, aj. (23).

Příjem potravy je vesměs příjemnou záležitostí. Jídlo ovlivňuje zdraví, ale i duševní pohodu člověka. Stravujeme se většinou tak, jak jsme se to naučili v rodině, bez ohledu na to, jestli jsou tyto návyky správné či ne. Dnešní člověk vydá daleko méně energie než předchozí generace a při tom přijímá stravu vydatnější. V důsledku toho v populaci přibývá obézních lidí (11).

Sledování a péče o výživu v nemocnicích se postupně vyvíjí. Dnešní svět můžeme rozdělit na dvě části. Na jedné straně žijí lidé trpící nedostatkem jídla a na straně druhé ve vyspělých státech jsou lidé spíše obézní z přejídání a nadbytku potravin. Česká republika se řadí mezi vyspělé státy, ale i přesto se v nemocnicích setkáváme s lidmi trpícími podvýživou/malnutricí (24).

### ***1.6.1 Specifické aspekty výživy u seniorů***

Ve stáří se vyskytují poruchy výživy častěji, než v jiných věkových skupinách. Jedná se hlavně o nadměrnou nebo nedostatečnou tělesnou hmotnost. V tomto věku se

nahromadí všechny následky nesprávného stravování a zároveň vůle a schopnost cokoli změnit bývá minimální. Sestry pracující se seniory, by měly být schopné správně zhodnotit stav jejich výživy a určit nutriční potřeby pacientů. Následně naplánovat a zrealizovat ošetrovatelskou péči (25).

V závislosti na věku, složení těla, tělesné aktivitě, funkčních schopnostech organismu se mění i energetická potřeba organismu. Staří lidé jsou zvláště ohroženi nedostatečnou výživou. Ve stáří dochází fyziologickým změnám, které ovlivňují lidský organismus (zvyšuje se tuková hmota, tuk se hromadí v orgánech, podíl svalové hmoty klesá – ve věku 20 – 30 let je podíl svalové hmoty 30% tělesné hmotnosti a ve věku 70 – 80 let klesá na 15% tělesné hmotnosti. Při nedostatečném příjmu živin se mění i funkce jednotlivých orgánů a regulačních mechanismů (snížení motility trávicí trubice, hormonální dysbalance, ztráta chuti k jídlu, předčasný pocit nasycení, vypadání zubů (10).

### **1.6.2 Body mass index**

Body mass index (dále jen BMI), se dá do češtiny přeložit jako index tělesné hmotnosti. V dnešní době se jedná o nejpoužívanější metodu hodnocení stavu výživy (obezity, či podvýživy). Hodnotu BMI vypočítáme z tělesné výšky a váhy pacienta podle vzorce uvedeného v příloze 10. Hodnoty pod 18,5 označují podvýživu. Jako podváhu označujeme výsledek BMI nižší než 18,5 – 19,9. Při výsledné hodnotě BMI v rozmezí mezi 20 – 24,9 hovoříme o normální tělesné hmotnosti, BMI 25 – 29,9 značí nadváhu a při BMI nad 30 hovoříme o obezitě (15).

Při výpočtu BMI bychom měli pacienta správně změřit a zvážit. Vážíme nejlépe ráno, nalačno ve spodním prádle a bez obuvi. Pacient by měl na váze stát v klidu a váhu těla mít rovnoměrně rozloženou na obě nohy. Výšku pacienta získáme změřením pomocí výškoměru. Měříme vždy bez bot (naboso, nebo v tenkých ponožkách) nejlépe ráno. Měřená osoba stojí na ploše kolmé ke svislé ose výškoměru (15, 26).

U seniorů nebývá hodnota vypočteného BMI příliš validní ukazatel, jeho hodnotu ovlivňuje mnoho faktorů spojených se stářím (příliš vody v organismu při srdečním selhání, nadbytek tuku, při současném nedostatku živin, tělesné deformity, nedostatek svalové tkáně). Pacientům nad 65 let věku se vyhodnocuje BMI spíše v souvislosti

s rizikem úmrtí či malnutrice. U seniorů je přesnější ukazatel než BMI rozložení tuků v těle. U mužů se hodnotí obvod pasu a u žen poměr pas/boky (15, 26).

### **1.6.3 Malnutrice**

Malnutrice je stav zhoršené výživy. Jedná se o poruchu výživového stavu pacientů způsobenou nedostatkem energetických zásob organismu, nebo i nedostatkem jednotlivých složek potravy, jako například vitamínů, stopových prvků, proteinů a jiné. Příčiny malnutrice jsou různé. Mohou to být jednak příčiny spojené s nedostačujícím množstvím přijaté potravy. Nejčastěji se jedná o poruchy polykání různé etiologie (mechanická překážka, chybějící zubní náhrada, potravinová alergie apod.). Důvodem neadekvátního množství příjmu potravin může být nedostatek péče ze strany ošetrovatelského personálu. K dalším příčinám malnutrice řadíme poruchy trávení způsobené například gastrektomií, chronickou pankreatitidou nebo žlučnickové obtíže. Při celiakii, střevních zánětech a po operaci střev vzniká malnutrice zapříčiněná poruchou vstřebávání živin. S malnutricí se u seniorů setkáváme poměrně často. Nejčastěji je to následek nechutenství při různých onemocněních, mnohdy ale bývají senioři považováni mylně za ohrožené malnutricí v důsledku fyziologických a anatomických změn jejich organismu (16, 24).

U malnutrice je velmi důležité její včasná diagnostika. Malnutrice komplikuje choroby, dochází při ní ke zvýšené tvorbě dekubitů, špatnému hojení operačních ran, infekcím močových cest, vzniku bronchopnemonií. V důsledku malnutrice se snižuje svalová síla a pacient zůstává upoután na lůžko s rizikem vzniku imobilizačního syndromu. Nemusí být vždy spojena s viditelnými projevy, jako je absence podkožního tuku až kachexie. I na první pohled obézní člověk může trpět malnutricí (24).

### **1.6.4 Obezita**

Obezita patří k nejrozšířenějším poruchám výživy a podle současné definice zapadá pod pojem malnutrice (stav zhoršené výživy). Obezita je v podstatě nahromadění tukové tkáně, vzniklé příjmem většího množství energie než jejím

výdejem. O obezitě mluvíme při hodnotě BMI 30 a více. Příčinami obezity je přejídání, málo pohybové aktivity, psychické obtíže a některé onemocnění (hypofunkce štítné žlázy) (22, 27).

Obezita s sebou nese velká rizika vzniku onemocnění, jedná se především o kardiovaskulární onemocnění, metabolické onemocnění (diabetes mellitus II. typu), onemocnění pohybového aparátu a jiné. Léčba pacienta je závislá na spolupráci pacienta. Ten musí úplně změnit svůj životní styl, hlavně stravovací návyky a více se pohybovat. Tak jako se nestal obézním za pár dnů, nemůže čekat, že se jeho váha sníží příliš rychle. Uložený tuk se dá odstranit pouze jeho spálením, což je v podstatě dlouhodobá negativní energetická bilance (pokud pomineme estetickou chirurgii) (22).

### ***1.6.5 Nutriční screening***

Nutriční screening je jednoduché vyšetření rizika malnutrice pacientů a zároveň i indikátor kvality. Jeho obsahem jsou údaje o hmotnosti a výšce pacienta, BMI, neúmyslné hubnutí, množství sněžené stravy za určitý časový interval, věk pacienta, faktor stresu a projevy pacientových nemocí. (viz příloha 4). Pro každou výše uvedenou oblast jsou přiřazeny body od 0 do 2. Body přiřazujeme i v případě, že nelze pacienta změřit či zvážit a pokud nelze od pacienta odebrat potřebné informace. Výsledkem je hodnota, která vypovídá o nutričním stavu pacienta. Pokud je výsledek do tří bodů, je riziko malnutrice minimální. Při výsledku 4-7 je riziko malnutrice významné a nutné vyšetření nutričním terapeutem, který určí vhodnou léčbu a dietu. Při výsledku 8 a výše je diagnostikovaná malnutrice a další léčba je pro tohoto pacienta nezbytně nutná (22).

U sběru dat by se setra neměla spokojit jen s údaji, které nám pacient nahlásí. Hodnoty výšky a hlavně váhu pacienta by si setra měla vždy ověřit. Pacient může uvádět údaje několik let staré. Nejdůležitějším údajem, který setra sbírá při hodnocení nutričního screeningu je nechtěný úbytek hmotnosti za určitý časový úsek. Úbytek 5% tělesné váhy představuje u 70 -ti kilového pacienta ztrátu tři kilogramy. Podle některých studií nechtěný úbytek hmotnosti 10 kg za půl roku zvyšuje pooperační úmrtnost (28).

Zajištění správné výživy je závislé na nutričním stavu pacienta. Nutriční terapeut doporučuje nebo zajišťuje podávání výživových doplňků (nutridrinky) nebo nasazení



parenterální výživy, indikuje zavedení nasogastrické sondy popřípadě PEGu (perkutánní endoskopická gastrostomie) (24).

Nutriční stav seniorů je ovlivňován fyzickými i sociálními aspekty, úbytek mezilidských vztahů, omezení fyzických schopností vařit a nakupovat, vedlejšími účinky léků, zhoršení funkce trávicího ústrojí. Potřeba energie klesá a ztrácí se pocit žízně. Senioři trpí nedostatkem bílkovin, vápníku, ovoce a zeleniny, ale i vitamínů. Z tohoto důvodu je důležité zajistit pacientům příjem mléčných výrobků, masa, ovoce a zeleniny. Nejlepším vyvolavačem chuti k jídlu je fyzická aktivita, vhodně jsou zejména procházky, které napomáhají při získávání vitamínu D UV (ultrafialovým) zářením. Pokud nedokážeme udržet nutriční stav pacienta, je vhodné doplnit stravu o potravinové doplňky umělé výživy. Obecně platí, že ve stáří je velmi důležité zajistit dostatečný příjem tekutin (29).

## **2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na ONP

Cíl 2: Zmapovat míru soběstačnosti pacientů na ONP ve sledovaném období

Cíl 3: Zmapovat stav výživy pacientů na ONP ve sledovaném období

Cíl 4: Zmapovat zda pacienti na ONP netrpí bolestí přesahující hodnotu 3 na VAS

### **2.2 Hypotézy**

H 1: Pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí

H 2: Míra soběstačnosti se u pacientů ONP ve sledovaném období zvyšuje

H 3: Stav výživ se u pacientů ONP podle nutričního screeningu ve sledovaném období zlepšuje

H 4: Bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 na VAS.

### **3 METODIKA**

#### **3.1 Metodika práce**

K dosažení výsledků bylo použito kvantitativní šetření s využitím standardizovaných hodnotících škál a dotazníku. Pro hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí byl využit standardizovaný dotazník spokojenosti (viz příloha 1), který byl vyplněn osobně s každým pacientem na OPN. Tento dotazník obsahuje deset otázek zaměřených na spokojenost pacientů s lékaři i sestrami na oddělení. Vyřazena byla otázka číslo dvě, která se týká spokojenosti pacienta s informacemi od lékaře, jak se chovat po propuštění z nemocnice. Na tyto otázky odpovídají respondenti na 5 – ti bodové stupnici. K jednotlivým hodnotám byly, pro lepší přehled, přiřazeny slovní popisky (1 – spokojen, 2 – spíše spokojen, 3 – průměrně spokojen, 4 – spíše nespokojen, 5 – nespokojen) a následně vypočítán aritmetický průměr. K potvrzení hypotézy jsme si zvolili minimální % spokojenosti 70 % (odpovědi spokojen a spíše spokojen).

K vyhodnocení bolesti byl použit formulář „hodnocení bolesti“ (viz příloha 2), která je součástí dokumentace pacientů, nutriční stav pacientů byl vyhodnocován pomocí standardizovaného dotazníku Nutriční screening (viz příloha 4), a hodnocení soběstačnosti bylo provedeno pomocí testu ADL (viz příloha 8). Tyto hodnotící škály jsou součástí chorobopisu každého pacienta. Výsledky jsme tedy získávali prostřednictvím sekundární analýzy ošetrovatelské dokumentace. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2012. Ke zpracování výsledků bylo použito programů SPPSS a Microsoft Word.

Pro povolení výzkumu byla oslovena Mgr. Helena Plocková, hlavní sestra Nemocnice Tábor, a. s. (Povolení k výzkumu viz příloha 9)

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

Výzkumný soubor tohoto šetření tvořili všichni pacienti hospitalizovaní na ONP Nemocnice Tábor, a. s. v daném období. Celkem se jednalo o 66 pacientů.

Pro hodnocení spokojenosti byli dva pacienti vyřazeni (pro jejich zdravotní stav, od nich nebylo možné získat informace). Jeden z těchto pacientů byl v bezvědomí a druhý s apalickým syndromem. Výzkumný soubor pro sledování spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí tvořilo 64 pacientů ONP Nemocnice Tábor, a. s., se kterými byl dotazník vyplněn. Návratnost byla 97%.

Výzkumný soubor pro hodnocení soběstačnosti a stavu výživy tvořili pacienti ležící na ONP Nemocnice Tábor více než jeden měsíc, aby bylo možno srovnat jejich vývoj. Tuto podmínku splňovalo 28 pacientů (42 %). Data potřebná k vyhodnocení výsledků byla získána z dokumentace jednotlivých pacientů.

K vyhodnocení bolesti jsme použili ošetrovatelskou dokumentaci „Hodnocení bolesti“ (viz příloha 2). Výzkumný vzorek tvořilo 64 pacientů ONP (vyřazeni byli 2 pacienti neschopni komunikovat).

## 4 VÝSEDKY

**Tabulka 1 Věk respondentů**

	40 – 60 let		61 – 80 let		81 a více let		Celkem	
<b>SUMA</b>	8	12 %	25	38 %	33	50 %	<b>66</b>	<b>100%</b>

Z celkového počtu 66 respondentů (100 %) je 8 respondentů (12 %) ve věku 40 – 60 let, 25 respondentů (38 %) je ve věkovém rozmezí 61 – 80 let a 33 respondentů (50 %) je starší než 81 let.

**Tabulka 2 Pohlaví respondentů**

	Muži		Ženy		Celkem	
<b>SUMA</b>	31	47 %	35	53 %	<b>66</b>	<b>100 %</b>

Z celkového počtu 66 respondentů (100 %) bylo 31 mužů (47 %) a 35 žen (53 %)

**Tabulka 3 Délka hospitalizace respondentů**

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Relativní četnost validní %	Kumulativní součty relativní %
Méně než měsíc	38	57,6	57,6	57,6
Více než měsíc	28	42,4	42,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 66 respondentů (100 %), 38 respondentů (57,6 %) bylo hospitalizováno méně než jeden měsíc a 28 respondentů (42,4 %) bylo hospitalizováno více než jeden měsíc.

#### 4.1 Vyhodnocení spokojenosti pacientů na ONP

**Tabulka 4 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí v jednotlivých oblastech anonymního dotazníku spokojenosti**

		Spokojen	Spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen	Nespokojen	Celkem
Dostatek informací od lékaře	N	46	18	0	0	0	<b>64</b>
	%	71,9	28,1	0,0	0,0	0,0	<b>100</b>
Dostatek času mluvit s lékařem	N	41	22	1	0	0	<b>64</b>
	%	64,0	34,4	1,6	0,0	0,0	<b>100</b>
Pocit jistoty a důvěry	N	51	11	1	1	0	<b>64</b>
	%	79,7	17,1	1,6	1,6	0,0	<b>100</b>
Jednání a chování sester	N	52	12	0	0	0	<b>64</b>
	%	81,2	18,8	0,0	0,0	0,0	<b>100</b>
Informace od sestry	N	47	17	0	0	0	<b>64</b>
	%	73,4	26,6	0,0	0,0	0,0	<b>100</b>
Dodržování nočního klidu	N	29	27	8	0	0	<b>64</b>
	%	45,3	42,2	12,5	0,0	0,0	<b>100</b>
Měli sestry zájem	N	49	12	3	0	0	<b>64</b>
	%	76,5	18,8	4,7	0,0	0,0	<b>100%</b>
Chování a jednání lékařů	N	50	11	3	0	0	<b>64</b>
	%	78,1	17,2	4,7	0,0	0,0	<b>100</b>
Celkové hodnocení	N	41	23	0	0	0	<b>64</b>
	%	64	36	0,0	0,0	0,0	<b>100</b>

V tabulce jsou odpovědi respondentů na jednotlivé otázky ve standardizovaném dotazníku spokojenosti. Z celkového počtu 64 respondentů (100 %) byla většina respondentů spokojena s péčí na ONP. Nejvíce spokojeni byli respondenti s chováním a jednáním sester na oddělení (81,2 %). Pocit jistoty a důvěry mělo 51 respondentů (79,7 %) Naopak nejméně spokojeni byli respondenti s dodržováním nočního klidu na oddělení, spokojeno bylo pouze 29 respondentů (45,3 %). Žádný respondent neuvedl, že by byl na OPN nespokojen na žádnou otázku dotazníku.

**Tabulka 5 Průměrné hodnoty spokojenosti s ošetrovatelskou péčí**

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Průměr</b>	<b>Směrodatná odchylka</b>
Dostatek informací od lékaře	64	1	2	<b>1,28</b>	0,453
Dostatek času mluvit s lékařem	64	1	3	<b>1,38</b>	0,519
Pocit jistoty a důvěry	64	1	4	<b>1,25</b>	0,563
Jednání sester	64	1	2	<b>1,19</b>	0,393
Informace od sestry	64	1	2	<b>1,27</b>	0,445
Dodržování nočního klidu	64	1	3	<b>1,67</b>	0,691
Zájem sester o pacienty	64	1	3	<b>1,28</b>	0,538
Jednání lékařů	64	1	3	<b>1,27</b>	0,542
Celkové hodnocení	64	1	2	<b>1,36</b>	0,484

Hodnota 1 – spokojen, hodnota 2 – spíše spokojen, hodnota 3 – průměrně spokojen, hodnota 4 – spíše nespokojen, hodnota 5 – nespokojen.

Průměrné hodnocení spokojenosti pacientů nepřesáhlo hodnotu 2 ani v jedné z oblastí. Pacienti na ONP byli nejvíce spokojeni s jednáním a chováním sester (průměrné hodnocení - 1,19), naopak nejméně spokojeni byli pacienti s dodržováním nočního klidu na oddělení (průměrná hodnota 1,67).

## 4.2 Vyhodnocení stupně soběstačnosti u pacientů na ONP

Tabulka 6 Hodnocení stupně soběstačnosti klientů dle Barthelové indexu

Stupeň závislosti	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Zcela nezávislý na oš. péči	0	0	0	0	0	0
Lehce závislý na oš. péči	5	17,9	9	32,1	+ 4	+ 14,2
Středně závislý na oš. péči	9	32,1	5	17,9	- 4	- 14,2
Vysoce závislý na oš. péči	14	50	14	50	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) hodnocených při jejich přijetí nebyl žádný respondent (0 %) zcela nezávislý na ošetrovatelské péči, 5 respondentů (17,9 %) bylo lehce závislých na ošetrovatelské péči, 9 respondentů (32,1 %) středně závislých na ošetrovatelské péči a 14 respondentů (50 %) vysoce závislých na ošetrovatelské péči.

Po měsíci hospitalizace nebyl žádný respondent (0 %) zcela nezávislý na ošetrovatelské péči, 9 respondentů (32,1 %) bylo lehce závislých na ošetrovatelské péči což je o 4 respondenty (14,2 %) více než při přijetí, 5 respondentů (17,9 %) středně závislých na ošetrovatelské péči tzn. o 4 respondenty (14,2 %) méně než při přijetí a 14 respondentů (50 %) vysoce závislých na ošetrovatelské péči. **Ve sledovaném období došlo u respondentů ke zvýšení soběstačnosti.**



**Tabulka 7 Vyhodnocení oblasti sebepěče - Schopnost najíst a napít se**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně	24	85,6	23	82,1	- 1	- 3,5
S pomocí	2	7,2	3	10,7	+ 1	+ 3,5
Neprovede	2	7,2	2	7,2	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Tabulka číslo 7 prezentuje vyhodnocení schopnosti respondentů samostatně se najíst a napít při jejich přijetí a po měsíci hospitalizace. Samostatně se najíst a napít bylo při přijetí schopno 24 respondentů (85,6 %), po měsíci hospitalizace o jednoho respondenta (3,5 %) méně. 2 respondenti (7,2 %) potřebovali při jídle pomoc při přijetí a 3 respondenti (10,7 %) po měsíci. Dva respondenti (7,2 %) nebyli schopni se samostatně najíst a napít při přijetí ani po měsíci hospitalizace. **V kategorii „Schopnost najíst a napít se“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke snížení úrovně sebepěče.**

**Tabulka 8 Vyhodnocení oblasti sebeděče - Schopnost samostatně se obléci**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně	3	10,7	6	21,4	<b>+ 3</b>	<b>+ 10,7</b>
S pomocí	18	64,3	14	50	<b>- 4</b>	<b>- 14,3</b>
Neprovede	7	25	8	28,6	<b>+ 1</b>	<b>+ 3,6</b>
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) byli 3 respondenti (10,7 %) schopni samostatně se obléci při přijetí, po měsíci hospitalizace již 6 respondentů (21,4 %). 18 respondentů (64,3 %) potřebovalo při oblékání pomoc při přijetí a 14 respondentů (50 %) po měsíci. Sedm respondentů (25 %) nebylo schopno se samostatně obléci při přijetí a osm respondentů (28,6 %) po měsíci hospitalizace. **V kategorii „Schopnost samostatně se obléci“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke zvýšení úrovně sebeděče.**

**Tabulka 9 Vyhodnocení oblasti sebeděče - Schopnost vykoupat se**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně nebo s pomocí	23	82,1	22	78,6	- 1	- 3,5
Neprovede	5	17,9	6	21,4	+ 1	+ 3,5
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Tabulka číslo 9 prezentuje vyhodnocení schopnosti respondentů vykoupat se při jejich přijetí a po měsíci hospitalizace. Samostatně nebo s pomocí se vykoupat bylo při přijetí schopno 23 respondentů (82,1 %), po měsíci hospitalizace o jednoho respondenta méně (3,5 %). Pět respondentů (17,9 %) nebylo schopno se samostatně ani s pomocí vykoupat při přijetí a šest respondentů (21,4 %) po měsíci. **V kategorii „Schopnost vykoupat se“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke snížení úrovně sebeděče.**

**Tabulka 10 Vyhodnocení oblasti sebeděče - Osobní hygiena**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně, nebo s pomocí	23	82,1	22	78,6	- 1	- 3,5
Neprovede	5	17,9	6	21,4	+ 1	+ 3,5
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Tabulka číslo 10 prezentuje vyhodnocení schopnosti respondentů vykoupat se při jejich přijetí a po měsíci hospitalizace. Samostatně nebo s pomocí se vykoupat bylo při přijetí schopno 23 respondentů (82,1 %), po měsíci hospitalizace o jednoho respondenta (3,5 %) méně. Pět respondentů (17,9 %) nebylo schopno se samostatně ani s pomocí vykoupat při přijetí a šest respondentů (21,4 %) po měsíci. **V kategorii „Osobní hygiena“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke snížení úrovně sebeděče.**

**Tabulka 11 Vyhodnocení oblasti sebepěče - Kontinence moči**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Plně kontinentní	8	28,5	10	35,7	<b>+2</b>	<b>+ 7,2</b>
Občas inkontinentní	1	3,6	2	7,2	<b>+ 1</b>	<b>+ 3,6</b>
Trvale inkontinentní	19	67,9	16	57,1	<b>- 3</b>	<b>- 10,8</b>
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Plně kontinentní bylo při přijetí 8 respondentů (28,5 %), po měsíci hospitalizace o dva respondenty (7,2 %) více. Jeden respondent (3,6 %) byl občas inkontinentní při přijetí, po měsíci již dva respondenti (7,2 %). 19 respondentů (67,9 %) bylo trvale inkontinentní při přijetí a po měsíci o 3 méně (10,8 %). **V kategorii „Kontinence moči“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke zvýšení úrovně sebepěče.**

**Tabulka 12 Vyhodnocení oblasti sebeděče - Kontinence stolice**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Plně kontinentní	14	50	15	53,6	+ 1	+ 3,6
Občas inkontinentní	4	14,3	2	7,2	- 2	- 7,2
Trvale inkontinentní	10	35,7	11	39,2	+ 1	+ 3,6
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Plně kontinentní bylo při přijetí 14 respondentů (50 %), po měsíci hospitalizace o jednoho respondenta (3,6 %) více. Čtyři respondenti (14,3 %) byli občas inkontinentní při přijetí, po měsíci dva respondenti (7,2 %). 10 respondentů (35,7 %) bylo trvale inkontinentních při přijetí a po měsíci o 1 více (3,6 %). **V kategorii „Kontinence stolice“ nedošlo u respondentů ve sledovaném období ke změně úrovně sebeděče.**

**Tabulka 13 Vyhodnocení oblasti sebeděče - Použití WC**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně	0	0,0	4	14,3	+ 4	+ 14,3
S pomocí	8	28,6	8	28,6	0	0
Neprovede	20	71,4	16	57,1	- 4	- 14,3
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Samostatně nebyl žádný respondent (0 %) při přijetí schopen použít WC po měsíci hospitalizace se jejich počet zvýšil o 4 respondenty (14,3 %). S pomocí používalo WC při přijetí i po měsíci hospitalizace 8 respondentů (28,6 %). 20 respondentů (71,4 %) nebylo při přijetí schopno samostatně použít WC, po měsíci se jejich počet snížil o 4 respondenty (14,3 %). **V kategorii „Použití WC“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke zvýšení úrovně sebeděče.**

**Tabulka 14 Vyhodnocení oblasti sebepěče - Přesun lůžko – židle**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně	1	3,6	7	25,0	+ 6	+ 21,4
S malou pomocí	13	46,4	7	25,0	- 6	- 21,4
Vydrží sedět	8	28,6	10	35,7	+ 2	+ 7,1
Neprovede	6	21,4	4	14,3	- 2	- 7,1
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Tabulka číslo 14 prezentuje schopnost respondentů přesunout se z lůžka na židli. Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) byl samostatně schopen přesunu z lůžka na židli 1 respondent (3,6 %) při přijetí a 7 respondentů (25 %) po měsíci hospitalizace. S malou pomocí bylo schopno přesunu 13 respondentů (46,4 %) při přijetí a 7 respondentů (25 %) po měsíci hospitalizace. Sedět po přesunu s pomocí bylo schopno 8 respondentů (28,6 %) při přijetí a 10 respondentů (35,7 %) po měsíci hospitalizace. A zcela neschopno přesunu a sedu bylo při přijetí 6 respondentů (21,4 %) a po měsíci hospitalizace 4 respondenti (14,3 %). **V kategorii „Přesun lůžko-židle“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke zvýšení úrovně sebepěče.**

**Tabulka 15 Vyhodnocení oblasti sebepěče - Chůze po rovině**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně nad 50 m	1	3,6	1	3,6	0	0
S pomocí 50 m	6	21,4	7	25	+1	+3,6
Na vozíku 50 m	10	35,7	9	32,1	-1	-3,6
Neprovede	11	39,3	11	39,3	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) byl samostatně schopen ujít více než 50 m 1 respondent (3,6 %) při přijetí i po měsíci hospitalizace. S pomocí bylo schopno ujít 50 m 6 respondentů (21,4 %) při přijetí a po měsíci hospitalizace o 1 respondenta (3,6 %) více. Na vozíku bylo 10 respondentů (35,7 %) schopno urazit vzdálenost 50 m při přijetí a po měsíci hospitalizace 9 respondentů (32,1 %). Zcela neschopno přesunu bylo 11 respondentů (39,3 %) při přijetí i po měsíci hospitalizace. **V kategorii „Chůze po rovině“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke zvýšení úrovně sebepěče.**

**Tabulka 16 Vyhodnocení oblasti sebedpěče - Chůze po schodech**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Samostatně	0	0,0	0	0,0	<b>0</b>	<b>0</b>
S pomocí	2	7,2	0	0,0	<b>- 2</b>	<b>- 7,2</b>
Neprovede	26	92,8	28	100	<b>+ 2</b>	<b>+ 7,2</b>
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) nebyl žádný (0 %) schopen samostatně chodit po schodech při přijetí, ani po měsíci hospitalizace. S pomocí byli schopni chůze po schodech dva respondenti (7,2 %) při přijetí a žádný (0 %) po měsíci hospitalizace. 26 respondentů (92,8 %) nebylo při přijetí schopno samostatné chůze po schodech vůbec a 28 respondentů (100 %) po měsíci hodnocení. **V kategorii „Chůze po schodech“ došlo u respondentů ve sledovaném období ke snížení úrovně sebedpěče.**



**Tabulka 17 Souhrnná tabulka všech oblastí sebeděče**

Kategorie soběstačnosti dle ADL	Zvýšení sebeděče		Snížení sebeděče		Celkem změna
	N	%	N	%	
najedení, napití	-	-	1	3,6	-
oblékání	3	10,8	1	3,6	+
koupání	-	-	1	3,6	-
osobní hygiena	-	-	1	3,6	-
kontinence moči	3	10,8	-	-	+
kontinence stolice	1	3,6	1	3,6	0
použití WC	4	14,2	-	-	+
přesun lůžko – židle	8	21,4	-	-	+
chůze po rovině	1	3,6	-	-	+
chůze po schodech	-	-	2	7,2	-
<b>celkové hodnocení</b>	<b>4</b>	<b>14,2</b>	-	-	<b>+</b>

V kategorii samostatně se najíst a napít došlo ke snížení stupně sebeděče o 3,6 %. V kategorii samostatně se obléci došlo ke zvýšení stupně sebeděče o 7,2 %, v kategoriích koupání a osobní hygiena došlo shodně ke snížení stupně sebeděče o 3,6 %, v kategorii kontinence moči byla sebeděče zvýšena o 10,8 %, kontinence stolice zůstala nezměněna, v kategorii použití WC bylo zvýšení stupně sebeděče o 14,2 %. V kategorii přesun z lůžka na židli došlo k největšímu zvýšení sebeděče a to o 21,4 %. V kategorie chůze po rovině bylo zvýšení stupně sebeděče o 3,6 % a kategorie chůze po schodech bylo snížení stupně sebeděče o 7,2 %.

Celkem došlo ke zlepšení sebeděče respondentů v pěti kategoriích testu ADL i v celkovém hodnocení soběstačnosti. Ke snížení sebeděče došlo v čtyřech kategoriích testu ADL a v jedné kategorii nedošlo ke změně.

### 4.3 Vyhodnocení stavu výživy u pacientů na ONP

Tabulka 18 Vyhodnocení Nutričního screeningu ve sledovaném období

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Hodnota 0 - 3	9	32,1	13	46,5	+ 4	+ 14,4
Hodnota 4 – 7	18	64,3	15	53,5	- 3	- 10,8
Hodnota 8 a více	1	3,6	0	0,0	- 1	- 3,6
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) mělo 9 respondentů (32,1 %) celkovou hodnotu nutričního indexu při přijetí v rozmezí 0 – 3, po měsíci hodnocení mělo tuto hodnotu již 13 respondentů (46,5 %). Výslednou hodnotu v rozmezí 4 -7 mělo 18 respondentů (64,3 %) při příjmu a 15 respondentů (53,5 %) po měsíci hodnocení. 1 respondent (3,6 %) měl hodnotu nutričního indexu 8 a více bodů při přijetí a žádný respondent (0 %) po měsíci hodnocení. **Ve sledovaném období došlo ke snížení výsledné hodnoty Nutričního screeningu respondentů, lze učinit závěr, že nutriční stav respondentů se zlepšil.**

Označení tabulky (hodnoty 0 – 3, 4 – 7, 8 a více) značí rozdělení výsledku po součtu jednotlivých kategorií, podle kterých se u pacientů provádějí další opatření.

Dále jsou znázorněny výsledky jednotlivých oblastí nutričního screeningu (příloha 4).

**Tabulka 19 Vážení pacienta**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Nelze zvážit a změřit	16	57,2	14	50,0	- 2	- 7,2
Lze zvážit a změřit	12	42,8	14	50,0	+ 2	+ 7,2
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100%) nebylo 16 respondentů (57,2%) možno zvážit a změřit při přijetí a 14 respondentů (50,0%) po měsíci hodnocení. 12 respondentů (42,8%) bylo možno zvážit a změřit při přijetí a 14 respondentů (50,0%) po měsíci hodnocení.

**Tabulka 20 Informace od pacienta**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Nelze získat informace	2	7,2	1	3,6	- 1	- 3,6
Lze získat informace	26	92,8	27	96,4	+ 1	+ 3,6
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) nebylo od 2 respondentů (7,2 %) možno získat informace při přijetí a od 1 respondenta (3,6 %) po měsíci hodnocení. Od 26 respondentů (92,9 %) bylo možno získat informace při přijetí a od 27 respondentů (96,4 %) po měsíci hodnocení.

**Tabulka 21 Věk respondentů**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Do 65 let	6	21,4	6	21,4	0	0
Nad 65 let	2	7,2	2	7,2	0	0
Nad 70 let	20	71,4	20	71,4	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Tabulka prezentuje věk hodnocených pacientů podle nutričního screeningu. Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) bylo 6 respondentů (21,4 %) ve věku do 65-ti let, 2 respondentů (7,2 %) ve věku 65 – 69 let a 20 respondentů (71,4 %) bylo starších než 70 let.

**Tabulka 22 Riziko malnutrice dle BMI**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
20 – 35	7	25,0	10	35,7	+ 3	+ 10,7
18 – 20, nad 35	0	0,0	1	3,6	+ 1	+ 3,6
Pod 18	4	14,4	2	7,2	- 2	- 7,2
Nehodnoceno	17	60,7	15	53,5	- 2	- 7,2
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

BMI je v Nutričním screeningu hodnoceno v souvislosti s rizikem malnutrice. Hodnota BMI v rozmezí 20 - 35 nepředstavuje žádné riziko malnutrice. U hodnot BMI v rozmezí 18 – 20 a hodnoty nad 35 je riziko malnutrice střední a u hodnot BMI pod 18 je riziko malnutrice vysoké.

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) mělo 7 respondentů (25,0 %) hodnotu BMI 20 – 35 při přijetí a 10 respondentů (35,7 %) po měsíci hodnocení. 0 respondentů (0,0 %) hodnotu BMI 18 – 20, nebo nad 35 při přijetí a 1 respondentů (3,6 %) mělo tuto hodnotu po měsíci hospitalizace. 4 respondenti (14,4 %) měli hodnotu BMI méně než 18 při přijetí a 2 respondenti (7,2 %) po měsíci hodnocení. U 17 respondentů (60,7 %) při přijetí a 15 respondentů (53,5 %) po měsíci hodnocení nebyla tato kolonka vyplněna. (Pokud nelze pacienta zvážit a změřit nebo pokud nelze od pacienta získat informace BMI se v nutričním screeningu nevyplňuje)

**Tabulka 23 Nechtěná ztráta hmotnosti**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Žádná	9	32,1	12	42,9	+ 3	+ 10,8
Více než 3 kg za 3 měsíce	0	0,0	0	0,0	-	-
Více než 6 kg za 3 měsíce	2	7,2	1	3,6	- 1	- 3,6
Nehodnoceno	17	60,7	15	53,5	- 2	- 7,2
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) nechtěnou ztrátu hmotnosti neudávalo 9 respondentů (32,1 %) při přijetí a 12 respondentů (42,9 %) po měsíci hodnocení. Žádný respondent (0,0 %) neudával ztrátu hmotnosti více než 3 kg za 3 měsíce při přijetí ani po měsíci hospitalizace a 2 respondenti (7,2 %) udávali nechtěnou ztrátu hmotnosti za 3 měsíce více než 6 kg při přijetí a 1 respondent (3,6 %) po měsíci hodnocení. U 17 respondentů (60,7 %) nebyla tato hodnota vyplněna z důvodu nemožnosti získat od nich informace při přijetí a u 15 respondentů (53,5 %) po měsíci hodnocení. (Pokud nelze pacienta zvážit a změřit nebo pokud nelze od pacienta získat informace se kategorie nechtěná ztráta hmotnosti v nutričním screeningu nevyplňuje)

**Tabulka 24 Množství jídla za poslední měsíc**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Beze změn	9	32,1	13	46,5	+4	- 14,4
Poloviční porce	2	7,2	0	0,0	-2	+ 7,2
Občas nejí	0	0,0	0	0,0	-	-
Nehodnoceno	17	60,7	15	53,5	-2	- 7,2
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) uvedlo 9 respondentů (32,1 %), že jí za poslední měsíc stejné porce jídla při přijetí a 13 respondentů (46,5 %) toto uvedlo po měsíci hospitalizace. 2 respondenti (7,2 %) při přijetí uvedli, že sní jen poloviční porce jídla než jedli před měsícem a žádný respondent (0,0 %) po měsíci hospitalizace. Žádný respondent při přijetí ani po měsíci hospitalizace neuvedl, že občas i nejí. U 17 respondentů (60,7 %) nebyla tato hodnota vyplněna z důvodu nemožnosti získat od nich informace při přijetí a u 15 respondentů (53,5 %) po měsíci hodnocení. (Pokud nelze pacienta zvážit a změřit nebo pokud nelze od pacienta získat informace se kategorie množství jídla v nutričním screeningu nevyplňuje)

**Tabulka 25 Projevy nemoci**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Žádné	24	85,7	26	92,9	+ 2	+ 7,2
Bolest břicha, nechutenství	4	14,3	2	7,1	- 2	- 7,2
Zvracení, průjem nad 6x/den	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) nemělo při přijetí žádné projevy nemoci uvedené v nutričním screeningu 24 respondentů (85,7 %) a 26 respondentů (92,9 %) po měsíci hospitalizace. 4 respondenti (14,3 %) uvedli bolesti břicha, nechutenství při přijetí a 2 respondenti (7,1 %) po měsíci hospitalizace. Projevy nemoci jako průjem a zvracení neměl žádný respondent (0 %).

**Tabulka 26 Vyhodnocení faktoru stresu**

	Hodnocení při přijetí		Hodnocení po měsíci		Změna/rozdíl	
	N	%	N	%	N	%
Žádný	1	3,6	1	3,6	0	0
Střední	27	96,4	27	96,4	0	0
Vysoký	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	-	-

Z celkového počtu 28 respondentů (100 %) 1 respondent neměl žádný faktor stresu při přijetí i po měsíci hospitalizace. 27 respondentů (96,4 %) mělo střední faktor stresu při přijetí i po měsíci hospitalizace a Žádný respondent (0 %) neměl vysoký faktor stresu. (hodnocení faktoru stresu viz diskuse)



**Tabulka 27 Souhrnná tabulka všech oblastí nutričního screeningu**

Kategorie nutričního screeningu	Zlepšení nutričního indexu		Zhoršení nutričního indexu		Celkem změna
	N	%	N	%	
nelze zvážit, změřit	2	7,2	-	-	+
nelze získat informace	1	3,6	-	-	+
věk	-	-	-	-	0
BMI	4	14,4	-	-	+
ztráta hmotnosti	3	10,8	-	-	+
množství jídla	4	14,4	-	-	+
projevy nemoci	2	7,2	-	-	+
faktor stresu	-	-	-	-	0
<b>celkové hodnocení</b>	<b>4</b>	<b>14,4</b>	-	-	<b>+</b>

V kategorii nelze zvážit, změřit došlo ke zlepšení o 7,2 %, v kategorii nelze získat informace došlo ke zlepšení o 3,6 %, kategorie věk zůstala beze změny, kategorie BMI byla zlepšena o 14,4 %, v kategorii nechtěné ztráty hmotnosti došlo ke zlepšení o 10,8 %, kategorie množství sněženého jídla se zlepšila o 14,4 %, kategorie projevy nemoci byla zlepšena o 7,2 % a kategorie faktor stresu zůstala beze změny. V celkovém hodnocení stavu výživy došlo ke zlepšení o 14,4 %.

#### 4.4 Vyhodnocení bolesti u pacientů ONP

Tabulka 28 Bolest u pacientů na ONP

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Má bolesti	38	59,4	59,4	59,4
Nemá bolesti	26	40,6	40,6	100,0
<b>Celkem</b>	64	100,0	100,0	

Z celkového počtu 64 respondentů (100 %) udávalo 38 respondentů (59,4 %), že trpí bolestmi a 26 respondentů (40,6 %) bolestmi netrpělo.

Tabulka 29 Užívání analgetik

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Užívá analgetika	38	59,4	59,4	59,4
Neužívá analgetika	26	40,6	40,6	100,0
<b>Celkem</b>	64	100,0	100,0	

Z celkového počtu 64 respondentů (100 %), užívá 38 respondentů (59,4 %) analgetika a 26 respondentů (40,6 %) neužívá analgetika.

Z dalšího hodnocení byli vyřazeni respondenti (26 respondentů - 40,6 %), kteří neměli bolesti.

**Tabulka 30 Hodnota bolesti na VAS**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
VAS 1	15	23,4	39,5	39,5
VAS 2	13	20,3	34,2	73,7
VAS 3	6	9,4	15,8	89,5
VAS 4	2	3,1	5,25	94,75
VAS 5	2	3,1	5,25	100,0
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>	<b>100,0</b>	
Nemá bolesti	26	40,6		
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>		

Z celkového počtu 38 respondentů s bolestmi (100 %) udávalo 15 respondentů (39,5 %) bolest na hodnotě 1 VAS, 13 respondentů (34,2 %) bolest na hodnotě 2 VAS, 6 respondentů (15,8 %) bolest na hodnotě 3 VAS, 2 respondenti (5,25 %) měli bolest na hodnotě 4 VAS a 2 respondenti (5,25 %) měli bolest na hodnotě 5 VAS.

**Tabulka 31 Typ bolesti**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Akutní	9	14,1	23,7	23,7
Chronická	29	45,4	76,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>	<b>100,0</b>	
Nemá bolesti	26	40,6		
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>		

Z celkového počtu 38 respondentů s bolestmi (100 %) udávalo 9 respondentů (23,7 %) bolest akutní a 29 respondentů (76,3 %) trpělo bolestí chronickou.

**Tabulka 32 Charakter bolesti**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Tupá	31	48,4	81,6	81,6
Ostrá	2	3,1	5,25	86,85
Bodavá	3	4,7	7,9	94,75
Pálivá	2	3,1	5,25	100,0
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>	<b>100,0</b>	
Nemá bolesti	26	40,6		
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>		

. Z celkového počtu 38 respondentů s bolestmi (100 %) charakterizovalo 31 respondentů (81,6 %) bolest jako tupou, 2 respondenti (5,25 %) jako bolest ostrou, 3 respondenti (7,9 %) jako bolest bodavou a 2 respondenti (5,25 %) charakterizovalo svou bolest jako pálivou.

**Tabulka 33 Účinek analgetik**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Bez bolesti	32	50,0	84,2	84,2
Bolest 1 na VAS	5	7,8	13,1	97,3
Bolest 2 na VAS	1	1,6	2,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>59,4</b>	<b>100,0</b>	
Neužívá analgetika	26	40,6		
<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>		

Z celkového počtu 38 respondentů s bolestmi (100 %), bylo 32 respondentů (84,2 %) po požití analgetik bez bolesti, 5 respondentů (13,1 %) trpělo po požití analgetik bolestí na hodnotě 1 VAS a 1 respondent (2,7 %) měl bolesti na hodnotě 2 VAS.

**Kontingenční tabulka 1: Analgetika x Bolest**

		Analgetika		
		užívá analgetika	neužívá analgetika	celkem
Bolesti	Ano	38	0	<b>38</b>
	Ne	0	26	<b>26</b>
	Celkem	38	26	<b>64</b>
% bolest	Ano	100,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
	Ne	0,0%	100,0%	<b>100,0%</b>
	celkem	59,4%	40,6%	<b>100,0%</b>
Znaménkové schéma	Bolesti ano	+++	---	
	Bolesti ne	---	+++	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ ).

Z celkového počtu 64 respondentů (100 %) 38 respondentů (59,4 %) má bolesti a užívá analgetika a 26 respondentů (40,6 %) nemá bolesti a neužívá analgetika. Dle znaménkového schéma, které odhaluje významné rozdíly v kontingenční tabulce, lze potvrdit předpoklad, že pacienti s bolestmi významně více užívají analgetika než pacienti bez bolesti a naopak pacienti bez bolesti významně více neužívají analgetika než pacienti s bolestmi.

## 5 DISKUSE

V bakalářské práci na téma „Vyhodnocení vybraných indikátorů ošetrovatelské péče na oddělení následné péče“ jsme sledovali čtyři indikátory kvality ošetrovatelské péče. Jedná se o spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na ONP, hodnocení soběstačnosti podle ADL, hodnocení stavu výživy pacientů podle nutričního indexu a hodnocení bolesti. Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici Tábor, a. s. v březnu 2012.

Míru spokojenosti pacientů na ONP jsme prováděli pomocí standardizovaného dotazníku (příloha 1). Výzkumný vzorek tvořili všichni pacienti ONP, 47 % mužů a 53 % žen (tabulka 2) ve věkovém rozmezí od 43 let do 94 let (tabulka 1). Údaje jsme získali vyplněním již zmíněného dotazníku osobně s každým pacientem na ONP. Pacienti byli ujištěni, že dotazník je anonymní a nemusí mít tudíž strach odpovídat pravdivě. Aby byli pacienti spokojeni, musí být poskytovaná zdravotní péče kvalitní. WHO definuje kvalitu zdravotní péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (1, str. 241). Jak uvádí Škrála vliv na spokojenost pacientů má i pochybení zdravotníků (7) .

Prvním cílem bylo zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na ONP. V souladu s tím byla stanovena hypotéza 1: Pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí.

Dotazník obsahoval 10 otázek zaměřených na práci sester a lékařů, s možností odpovědí na číselné stupnici 0 – 5, kdy 0 znamená nerozuměl/a jsem otázce, nebo nechci odpovídat. Tuto možnost nevyužil žádný z dotazovaných (při nejasnostech ve znění otázky, byla tato respondentům zopakována a vysvětlena). K dalším číslům jsme přiřadili v tabulce číslo 4 slovní popis pro lepší přehlednost (1 – spokojen, 2 – spíše spokojen, 3 – průměrně spokojen, 4 – spíše nespokojen a 5 – nespokojen). Jednotlivé oblasti dotazníku mapují spokojenost pacientů s jednáním a chováním sester a lékařů, s informacemi získanými od sester a lékařů, s chodem oddělení aj. Z dotazníku byla vyřazena otázka číslo 2 týkající se spokojenosti s informacemi od lékaře, jak se chovat po propuštění protože u žádného z respondentů nebylo plánované propuštění a nebyli tedy poučeni, jak se chovat po propuštění.

V dotazníku žádný respondent neuvedl, že by byl nespokojen s péčí na ONP na žádnou otázku. Nejvíce spokojeni byli respondenti s jednáním a chováním sester na oddělení, kdy 81,2 % respondentů bylo spokojeno a 18,8 % respondentů spíše spokojeno. Naopak nejméně spokojeni byli respondenti s dodržováním nočního klidu na oddělení (spokojeno 45,3 %, spíše spokojeno 27,6 % a průměrně spokojeno 12,5 %), kdy uváděli, že někteří pacienti vykřikují a ruší ostatní při spánku. Jen jeden respondent (1,6 %) zvolil možnost odpovědi spíše nespokojen a to na otázku: Jaký jste získal pocit jistoty a důvěry při pobytu v naší nemocnici (tabulka 4).

Přes všechna opatření je sporné, jestli jsou výsledky relevantní. Senioři, ač byli ujištěni, že jim nehrozí žádný postih, odpovídali překvapivě kladně. Je ale možné, že péče na ONP je natolik kvalitní, že jsou téměř všichni pacienti velmi spokojeni.

**Hypotéza 1: Pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, se potvrdila.**

Druhým cílem bylo zmapovat soběstačnost pacientů na ONP ve sledovaném období. V souladu s tím byla stanovena hypotéza 2: **Míra soběstačnosti pacientů se ve sledovaném období zvyšuje.**

Soběstačnost pacientů na ONP jsme vyhodnocovali pomocí tzv. Barthelové indexu (ADL - příloha 8), který zkoumá jednotlivé oblasti soběstačnosti. Schuler (15) uvádí, že Barthelové index je nejpoužívanějším nástrojem pro měření soběstačnosti a tím i základem pro individuální plán léčby. V tomto šetření jsme hodnotili pouze pacienty, kteří byli hospitalizováni více než jeden měsíc, abychom mohli porovnat jak se jejich soběstačnost mění. Data potřebné vyhodnocení soběstačnosti, jsme získali z ošetrovatelské dokumentace jednotlivých pacientů. Dle Schulera (15) má soběstačnost u pacientů hodnotit ten, kdo zná nejlépe pacienta. Na ONP Nemocnice Tábor je Barthelové index součástí rehabilitační karty a vyplňuje ho fyzioterapeut, který s pacienty cvičí, takže zná jejich pohybové možnosti. Podmínku minimálně jeden měsíc trvající hospitalizace splnilo 28 respondentů (42 % všech hospitalizovaných pacientů).

Vyhodnocení soběstačnosti dle ADL rozděluje Schuler (15) i Kalvach (10) do čtyř kategorií (zcela nezávislý na ošetrovatelské péči, lehce závislý na ošetrovatelské péči, středně závislý na ošetrovatelské péči a vysoce závislý na ošetrovatelské péči). Maximální možný počet, který může pacient dosáhnout v ADL hodnocení je 100 bodů.

Při získání 96 – 100 bodů je pacient zcela nezávislý na ošetrovatelské péči. Na ONP nebyl žádný z hodnocených respondentů zcela nezávislý na ošetrovatelské péči. V celkovém hodnocení bylo lehce závislých na ošetrovatelské péči při přijetí 17,9 % respondentů a po měsíci hodnocení již 32,1 % (o 4 respondenty více). Středně závislých na ošetrovatelské péči bylo při přijetí 32,1 % respondentů. O měsíc později se jejich počet snížil na 17,9 % (o 4 respondenty méně). 50 % respondentů bylo vysoce závislých na ošetrovatelské péči, tzn., že potřebují pomoc ve většině denních činností. Tento počet se v po měsíci nezměnil, jednalo se převážně o ležící pacienty, pacienty v bezvědomí, apalickým syndromem, nebo pacienty v terminálním stadiu onemocnění (tabulka 6). Největší zlepšení bylo v oblasti přesunu lůžka na židli, kdy po měsíci hodnocení bylo schopno samostatně se přesunout z lůžka na židli o 21,4 % více respondentů než při přijetí na ONP (tabulka 14). Naopak nejmenší zlepšení jsme vyhodnotili v oblasti chůze po rovině, kde bylo schopno s pomocí ujít více než 50 m jen o 3,6 % respondentů více než při přijetí (tabulka 15). V oblastech schopnosti samostatně se vykoupat, samostatně se najíst a samostatně vykonat osobní hygienu došlo dokonce k mírnému zhoršení (o 3,5 %) oproti stavu při příjmu (tabulky 7, 9, 10, 17).

Ke zvýšení soběstačnosti respondentů ve sledovaném období došlo v pěti oblastech ADL (schopnost obléci se, kontinence moči, schopnost použít WC, schopnost přesunu z lůžka na židli a chůze po rovině), ve 4 oblastech došlo ke snížení stupně sebezpečí (schopnost najíst a napít se, schopnost vykoupat se, schopnost vykonat osobní hygienu, a schopnosti chůze po schodech) a jedna oblast se nezměnila (kontinence stolice) (tabulka 17).

V celkovém hodnocení (tabulka 6 a 7) se u sledovaných pacientů soběstačnost zlepšila, takže **hypotéza H2, Míra soběstačnosti se u pacientů ve sledovaném období zvyšuje, se potvrdila.**

Třetí stanovený cíl byl zmapovat stav výživy u pacientů ONP ve sledovaném období. Na tento cíl byla stanovena hypotéza číslo 3: **Stav výživy se u pacientů ONP podle nutričního score ve sledovaném období zlepšuje.**

Jak uvádí Kohout (27) pacienty s malnutricí je nutno aktivně vyhledávat nejen při přijetí, ale i v průběhu hospitalizace pomocí screeningových dotazníků. Kalvach (10)



uvádí, že rizika plynoucí z nekvalitní léčebné výživy jsou srovnatelná s nekvalifikovaně poskytnutou léčebnou péčí. Lidé s nedostatečnou výživou jsou léčeni déle.

K vyhodnocení stavu výživy u pacientů ONP byla použita standardizovaná škála pro hodnocení výživy hlediska rizika malnutrice tzv. Nutriční screening (příloha 4).

Abychom mohli potvrdit hypotézu, sledovali jsme opět jen ty pacienty, kteří byli hospitalizováni déle než jeden měsíc. Celkem tedy byl hodnocen stav výživy u 28 respondentů (100 %). Data potřebná k provedení výzkumu jsme získali z ošetrovatelské dokumentace, jejíchž součástí je i nutriční screening. Nutriční screening obsahuje 8 oblastí, z nichž každá má přiřazený určitý počet bodů, kterých lze dosáhnout. První dvě oblasti se týkají váhy a výšky pacienta a možnosti získat od pacienta informace, pokud nelze zvážit a změřit pacienta získává hodnocený pacient automaticky 2 body a nevyplňujeme oblasti 4 - BMI, 5 – ztráta hmotnosti, 6 – množství jídla. Pokud nelze od pacienta získat informace přiřadíme mu 3 body a nevyplňujeme oblasti 4 - BMI, 5 – ztráta hmotnosti, 6 – množství jídla. Dalšími oblastmi nutričního indexu jsou věk pacienta, BMI, nechtěná ztráta hmotnosti, množství sněženého jídla za poslední měsíc a faktor stresu. (kdy BMI je hodnoceno podle rizika malnutrice). Hodnota BMI v rozmezí 20 - 35 nepředstavuje žádné riziko malnutrice. U hodnot BMI v rozmezí 18 – 20 a hodnoty nad 35 je riziko malnutrice střední a u hodnot BMI pod 18 je riziko malnutrice vysoké.

Podle standardu táborské nemocnice (29) se u nutričního score provádějí opatření podle počtů získaných bodů. Pokud pacient získá 0 – 3 body nemá riziko malnutrice a nemusí se u něj dělat žádná další opatření, pokud získá 3 – 7 bodů má pacient riziko malnutrice a navštíví ho nutriční terapeut, aby zkonzultoval další opatření ve formě doplňků stravy, nebo změny diety, která bude pacientovi více vyhovovat. Při zisku 8 a více bodů dochází u pacienta k malnutrici. Tento stav také přichází konzultovat nutriční terapeut přímo s pacientem, ale i s ošetřujícím lékařem a navrhuje opatření, která by vedla k dostatečné výživě pacienta (zavedení NGS – nasogastrické sondy, parenterální výživu, sipping = popíjení nutridrinků během celého dne). Při nutriční podpoře je cestou první volby přirozený příjem ústy (perorální podání), kdy musí mít pacient neporušený trávicí trakt. Kalvach (10).

V celkovém součtu nutričního indexu ve sledovaném období dosáhlo při přijetí 32,1 % respondentů hodnotu rozmezí 0 – 3. o měsíc později bylo v tomto rozmezí již 46,5 % respondentů což je o 14,4 % více než při přijetí. Pouze jeden ze sledovaných respondentů (3,6 %) měl výslednou hodnotu nutričního indexu v rozmezí 8 a více bodů při příjmu a žádný respondent po měsíci hodnocení (tabulka 18).

Největší posun udělali pacienti v oblasti množství sněženého jídla za poslední měsíc (tabulka 24), kdy bylo beze změn v množství sněženého jídla po měsíci hodnocení o 14,4 % respondentů více než při hodnocení při příjmu. Kategorie BMI se 14,4 % respondentů posunulo z hodnot BMI s vyšším rizikem malnutrice do hodnot BMI s nižším rizikem malnutrice (tabulka 22). Zcela nezměněny zůstaly oblasti věk respondentů a faktor stresu. Faktor stresu je v Nutričním screeningu rozdělen do tří kategorií (žádný, střední, vysoký), kdy střední faktor stresu je označení pro pacienty s chronickým onemocněním, pacienty před menším plánovaným operačním výkonem nebo vyšetřením. Vysoký faktor stresu mají pacienti s akutním dekompenzovaným onemocněním, pacienti, kteří jdou na rozsáhlý nebo akutní operační výkon, pacienti na umělé plicní ventilaci, pacienti s popáleninami, pacienti s krvácením do GIT a pacienti hospitalizovaní na JIP nebo ARO.

U žádného z hodnocených respondentů se stav výživy a tím pádem i hodnota nutričního indexu nezhoršila (tabulka 27), z toho lze vyvodit, že **hypotéza H3, stav výživy se podle nutričního screeningu ve sledovaném období zlepšuje, se potvrdila.**

**Poslední hypotéza H4: Bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 VAS** byla stanovena na základě čtvrtého cíle: Zmapovat, zda pacienti na ONP netrpí bolestmi přesahující hodnotu 3 VAS.

K vyhodnocení posledního námi zvoleného indikátoru kvality ošetrovatelské péče (bolest) byli osloveni pacienti ONP, kteří byli schopni komunikace. Údaje byly získány opět ze zdravotnické dokumentace, jejíž součástí je i „hodnocení bolesti“ (viz příloha 2). V tomto dokumentu se zaznamenává charakter, intenzita, lokalizace a prostředky, které bolest zmírňují nebo odstraňují. Z druhé strany je uvedeno k jednotlivým datům intenzita bolesti, použité analgetikum kdo ho podal a nechybí zde ani kolonka

zhodnocení účinku podaného analgetika. Výzkumný vzorek tvořilo 66 respondentů (100 %).

Janáčková (17) i Rokyta (19) uvádějí, že bolest je vždy subjektivní pocit a musíme pacientovi věřit, když uvádí, že bolest má. Bolest udávalo 38 respondentů (59,4 %) (tabulka 28), nejčastěji se jednalo o bolest tupou 81,6% (tabulka 32). Charakterem bolesti je rozuměn emocionální zážitek, který hovoří o tom „jak to bolí, k určení charakteru bolesti lze použít dotazník MPQ, který obsahuje celkem 42 různých termínů pro charakteristiky bolesti (17, 19).

Intenzita bolesti byla vyhodnocována podle standardizované škály „Hodnocení bolesti“, kde je uvedena VAS 5 (pětistupňová škála bolesti – viz příloha 2). K jednotlivým stupňům je i slovní popis pro přesnější určení intenzity. Intenzita bolesti byla podle dokumentace nejčastěji na hodnotě 1 pětistupňové škále VAS (39,5 %) což značí mírnou bolest, 34,2 % respondentů uvádělo bolest 2 na VAS, 15,8 % mělo bolest 3 na VAS, 5,25 % respondentů mělo bolest 4 na VAS a 5,25 % respondentů uvádělo bolest 5 na VAS (viz tabulka 30). Všichni respondenti, kteří měli v dokumentaci uvedenou bolest, zároveň užívali analgetika (léky tišící bolesti) (tabulka 29), nejpoužívanější analgetikum na ONP je novalgin. SÚKL (30) o Novalginu uvádí, že ke svému analgetickému účinku má Novalgin navíc účinek spazmolytický (tlumící křeče) a antipyretický (působící proti horečce). Ve formuláři „hodnocení bolesti“ na zadní straně bylo u každého pacienta uvedeno, že analgetická léčba je dostačující. Po dotázání se jednotlivých respondentů osobně, bylo po užití analgetika zcela bez bolesti 84,2 % respondentů, 13,1 % respondentů udávalo po užití analgetika bolest na hodnotě 1 VAS a 2,7 % respondentů hodnotu 2 VAS (tabulka 33).

**Hypotéza H4, bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 na VAS, se tedy potvrdila. Po podání analgetik hodnota bolesti na VAS nepřesahuje hodnotu 2.**

## 6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá kvalitou zdravotnické péče, způsoby její sledování a vyhodnocování. V této práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelkou péčí na ONP. Druhým cílem bylo zmapovat míru soběstačnosti u pacientů na ONP ve sledovaném období. Třetím cílem bylo zmapovat stav výživy pacientů na ONP ve sledovaném období. Posledním, čtvrtým cílem bylo zmapovat zda pacienti na ONP netrpí bolestí přesahující hodnotu 3 na VAS. V souladu s cíli výzkumného šetření byly stanoveny čtyři pracovní hypotézy.

Podle výsledků lze usuzovat, že pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí. Dotazovaní uváděli poměrně velkou spokojenost s prací sester, lékařů, ale i s chodem oddělení. Míra soběstačnosti i stav výživy se u hodnocených pacientů ve sledovaném období zvýšila. Výzkumné šetření prokázalo, že pacienti na ONP mají správně léčenou bolest. Po užití analgetik nemá žádný pacient bolest na vyšší hodnotě než 2 VAS.

Na základě výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že:

Hypotéza 1: Pacienti na ONP jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza 2: Míra soběstačnosti se u pacientů ONP se ve sledovaném období zvyšuje. Tato hypotéza se šetřením potvrdila.

Hypotéza 3: Stav výživy se podle nutričního score u pacientů ONP ve sledovaném období zlepšuje. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 4: Bolest u pacientů ONP nepřesahuje hodnotu 3 na VAS. Tato hypotéza se také potvrdila.

### 6.1 Využití v praxi

Výstupem bakalářské práce bude přehled vybraných indikátorů kvality ošetrovatelské péče s metodou jejich vyhodnocování (viz tabulka 34 a 35).

#### **Tabulka 34 Indikátory kvality ošetrovatelské péče**

Indikátory kvality na ONP	Druh indikátoru	Definice indikátoru	Metodika sběru dat
výskyt dekubitů	sentinelový	počet dekubitů/ k celkovému počtu pacientů s rizikem dekubitů	ošetřovatelská dokumentace (hodnotí staniční sestra)
spokojenost pacientů	poměrový	počet pacientů spokojených s péčí/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	vyhodnocení dotazníků spokojenosti pacientů (hodnotí vrchní sestra)
spokojenost rodiny	poměrový	počet rodinných příslušníků spokojených s péčí/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	vyhodnocení dotazníků spokojenosti rodiny (hodnotí vrchní sestra)
výskyt pádů	sentinelový	počet pádů/ k celkovému počtu pacientů s rizikem pádů	hlášení o mimořádné události (hodnotí hlavní sestra)
stížnosti pacientů	sentinelový	počet stížností pacientů/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	kniha přání a stížností, písemné stížnosti poslané na ředitelství (hodnotí právní oddělení)
stížnosti rodiny	sentinelový	počet stížností rodinných příslušníků/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	kniha přání a stížností, písemné stížnosti poslané na ředitelství (hodnotí právní oddělení)
použití omezovacích prostředků	sentinelový	pčet použití omezovacích prostředků/ k celkovému počtu neklidných pacientů	hlášení o použití omezovacího prostředku (hodnotí hlavní sestra)
výskyt nechtěných úbytků na váze	sentinelový	počet nechtěných úbytků na váze (3 kg a více za 1 měsíc)/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	ošetřovatelská dokumentace (váha pacienta)
výskyt pacientů s hodnotou Nutričního screeningu (NS) 8 a více	sentinelový	počet podvyživených pacientů s hodnotou NS 8 a více/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	nutriční screening (hodnotí každá sestra)
výskyt dehydratací	sentinelový	počet dehydratovaných pacientů/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	zdravotnická dokumentace (hodnotí staniční sestra)
průměrný aktivně strávený čas	poměrový	počet aktivně strávených hodin (jednoho pacienta za 24 hodin)/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	dotazníky, rozhovory s pacienty (hodnotí staniční sestra)

<b>Indikátory kvality na ONP</b>	<b>Druh indikátoru</b>	<b>Definice indikátoru</b>	<b>Metodika sběru dat</b>
útěky/toulání pacientů	sentinelový	počet útěků z oddělení/ k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů	hlášení o mimořádné události (hodnotí hlavní sestra)
medikační pochybení	sentinelový	počet medikačních omylů/ ve sledovaném období	hlášení o mimořádné události (hodnotí hlavní sestra)
počet zápalů plic	sentinelový	počet výskytu zápalu plic/ k celkovému počtu imobilních pacientů	zdravotnická dokumentace (hodnotí staniční sestra)

Druh indikátoru: sentinelový indikátor = strážný indikátor, poměrový = indikátor poměru.

Zdroj: (2)

**Tabulka 35 Indikátory kvality péče v oblasti se lidských zdrojů**

<b>Indikátory kvality na ONP</b>	<b>Druh indikátoru</b>	<b>Definice indikátoru</b>	<b>Metodika vyhodnocení</b>
spokojenost s pracovními podmínkami	poměrový	počet pracovníků spokojených s pracovními podmínkami/ k celkovému počtu pracovníků	dotazníky spokojenosti pracovníků, rozhovory s pracovníky (hodnotí personální odd.)
přesčasý	sentinelový	počet přesčasových hodin/ k celkovému počtu zaměstnanců	výkazy práce (hodnotí personální odd.)
počet volných míst	poměrový	počet volných pracovních míst/ k celkovému počtu uchazečů	požadavky vrchních sester na nového zaměstnance (hodnotí personální odd.)
fluktuace zaměstnanců	sentinelový	počet ochozích zaměstnanců/ k celkovému počtu zaměstnanců	hodnocení přesunů pracovníků (hodnotí personální odd.)
pracovní úrazy	sentinelový	počet pracovních úrazů/ k celkovému počtu zaměstnanců	kniha hlášení pracovních úrazů (hodnotí pracovník BOZP)
podzaměstnanost ve srovnání s plánem zaměstnanosti	poměrový	počet pracovníků/ k plánu zaměstnanosti	plán zaměstnanosti (hodnotí personální odd.)
nemocnost	sentinelový	počet pracovních neschopností/ k celkovému počtu pracovníků	nahlášené pracovní neschopnosti (hodnotí personální odd.)
personální mix ošetrovatelského personálu	poměrový	počet sester s vysokoškolským vzděláním/ k celkovému počtu sester	stav zaměstnanců (hodnotí personální odd.)

Druh indikátoru: sentinelový indikátor = strážný indikátor, poměrový = indikátor poměru.

Zdroj: (2)

## 7 POUŽITÉ ZDROJE

1. PAPOUŠKOVÁ, Petra, Jiřina OTÁZKOVÁ a Iva BRABCOVÁ. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. 2006, roč. 8, 2/2006, str. 240 - 248. ISSN 1212-4117..
2. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
3. *Měření kvality ošetrovatelské péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [online]. [cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Kvalita/dokumenty/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu\\_3722\\_1816\\_13.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita/dokumenty/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_3722_1816_13.html)
4. Autor neuveden. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. 2007, 2/2007. ISSN 1210-0404.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
6. TAUCHMANOVÁ, Anna. Kvalita péče a bezpečnost pacientů ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 58, 24/2008, str 27. ISSN 0044-1996.
7. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 162 s. ISBN 80-701-3419-4
8. PAPOUŠKOVÁ, Petra, Jiřina OTÁZKOVÁ a Iva BRABCOVÁ. Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče českobudějovické nemocnici pomocí vybraných indikátorů. *Kontakt*. 2009, 1/2009, str. 9 - 21. ISSN 1212-4117.
9. *Následná péče* [online]. Nemocnice Tábor, a. s. Tábor, 2012 [cit. 2012-07-08]. Dostupné z: <http://www.nemta.cz/nasledna-pece>
10. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-3.
11. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
12. STAŇKOVÁ, Marta a Zuzana BRÁZDOVÁ. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské Praxi*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-323-6



13. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, 88s. ISBN 80-865-4112-6
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
15. SCHULER, Matthias a Petr OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
16. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Rodinná péče o nesoběstačného seniora. *Sestra*. 2009, 11/2009, str. 48 - 50. ISSN 1210-0404.
17. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 192s. ISBN 978-807-3672-102
18. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4
19. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4730-127
20. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. 2010, 7-8/2010, str 54 - 57. ISSN 1210-0404.
21. GERHARDT, Günter. *Chorňické bolesti: úspěšná léčba*. 1. vyd. Překlad Jaroslav Voříšek. Praha: Ivo Železný, 2001, 104 s. Aby tělo nebolelo. ISBN 80-240-2148-X
22. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. *Sestra*. ISBN 978-802-4718-682.
23. KLEINWÄCHTEROVÁ, Hana a Zuzana BRÁZDOVÁ. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování: praktický průvodce*. 2. vyd, přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005, 102 s. ISBN 80-7013-336-8
24. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Kriegl, 2005, 113 s. ISBN 80-869-1208-6.
25. POHLOVÁ, Lucie. Nutriční stav seniorů. *Sestra*. 2009, 11/2009, str 44 - 45. ISSN 1210-0404.

26. FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 125 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0958-9.
27. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory: praktický průvodce*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2..
28. KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů: [6.5.2004]*. Praha: Maxdorf, c2004, 40 s. ISBN 80-734-5030-5.
29. SVACINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
30. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. *Soubor standardů ošetrovatelské péče*. Tábor: Nemocnice Tábor.
31. Novalgin tablety. In: *Www.sukl.cz* [online]. Praha, 2010 © [cit. 2012-07-08].  
Dostupné z:  
<http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0055823&tab=texts>
32. Dokumentace Nemocnice Tábor, a. s Anonymní dotazník spokojenosti, Ošetrovatelské vyšetření (jehož součástí je i Brhelův test základních všedních činností), Hodnocení bolesti, Nutriční screening.

## 8 KLÍČOVÁ SLOVA

Bolest

Indikátor

Kvalita

Soběstačnost

Výživa

## 9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník spokojenosti

Příloha 2: Hodnocení bolesti

Příloha 3: Mapa Bolesti

Příloha 4: Nutriční screening

Příloha 5: Povolení k výzkumu

Příloha 6: Strukturovaný rozhovor o bolesti

Příloha 7: Škála bolesti VAS

Příloha 8: Test ADL (Barthelové index)

Příloha 9: Test IADL (test instrumentálních denních činností)

Příloha 10: Vzorec pro výpočet BMI

## Příloha 1: Anonymní dotazník spokojenosti



### ANONYMNÍ DOTAZNÍK lůžková část

Vážený kliente,  
prosím Vás o laskavé vyplnění předloženého dotazníku, a tím o pomoc při zlepšování kvality péče. Rádi bychom proti Vašemu trápení a bolestem, způsobených nemocí, postavili alespoň počít pohody a bezpečí při pobytu v naší nemocnici. K tomu nám pomůže i Vámi vyplněný dotazník.

Na číselné ose jsou body od 0 do 5 (odpovídající známek jako ve škole)

- 0 znamená, že jste se s danou otázkou nesetkal/a, nebo na ni nemáte názor
  - 1 znamená, že jste velmi spokojen/a
  - 5 znamená, že jste nespokojen/a
- Nejvhodnější odpověď zaškrtněte

Vyplněný dotazník, prosím vhodte do označeného místa.  
Předem Vám, co nejsrdčněji děkujeme.

Ing. Ivo Houška, MBA, v. r.  
předseda představenstva

Pohlaví:  muž

žena

Věk:  15 – 20

21 – 40

41 – 60

61 a více

Název oddělení, kde jste byl/a hospitalizován/a?

1. Informoval Vás lékař dostatečně o Vaší nemoci a léčbě?

velmi spokojen/a

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

nespokojen/a

2. Jak jste byl/a spokojen/a s informacemi získanými od lékaře o tom, jak se chovat po propuštění z nemocnice?

velmi spokojen/a

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

nespokojen/a

3. Měl/a jste dostatek času pohovořit si s lékařem podrobněji o svém onemocnění?

velmi spokojen/a

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

nespokojen/a

4. Jaký jste získal/a pocit jistoty a důvěry při pobytu v naší nemocnici?

velmi spokojen/a

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

nespokojen/a

5. Bylo jednání a vystupování sester vřídlné a ochotné?

velmi spokojen/a

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

nespokojen/a

6. Byl/a jste od sestry informován/a o denním režimu oddělení?

*velmi spokojen/a*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen/a*

7. Byl na oddělení dodržován noční klid (jímno akutní příjmy), tzn. od 21,00 do 6,00 hodin?

*velmi spokojen/a*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen/a*

8. Pacifoval/a jste zájem a porozumění sester k Vaším obtížím a problémům?

*velmi spokojen/a*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen/a*

9. Bylo jednání a vystupování lékařů vldrné a ochotné?

*velmi spokojen/a*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen/a*

10. Jak hodnotíte z Vašeho pohledu celkovou péči, která Vám byla poskytnuta v naší nemocnici?

*velmi spokojen/a*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen/a*

Chcete nám něco sdělit?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

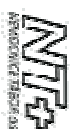
.....

.....

.....

Identifikace bolesti

## HODNOCENÍ BOLESTI dle VAS 5



Hodnocení bolesti

1. charakter

2. aktuální (opracování) (název)

DATUM	LOKALIZACE PROPAGACE	INTENZITA	KVALITA TYP	ČAS keg tolik	OMIHNUTELNOST OMIHNUTLIČI FAKTORY	REAKCE NEMOCNÉHO
	<p>lokalizace x – křížek propagace I – šipka</p>	<p>0 bez bolesti</p> <p>1 mírná (řivce, srážnost, vědomí sliv)</p> <p>2 nepříjemná (lec) bohužel, křivové</p> <p>3 intenzivní tousápnec, nelze se soustredit, můl s částim unavením polohy</p> <p>4 krutá (vyspěvac)</p> <p>5 nesnádnitelná (řivnula se strpřuje se kvrdnulu, pacem, sčivcem, bolesti, hřivě nářka, křiv)</p>	<p>pulsující</p> <p>kazavá</p> <p>lupá</p> <p>ostrá</p> <p>setravá</p> <p>vysřivující</p> <p>páňká</p> <p>křivová</p> <p>kolbovřivá</p> <p>isčivnícká</p> <p>řivá</p>	<p>ráno</p> <p>báňom áno</p> <p>váňer</p> <p>v noci</p> <p>před jidlem</p> <p>po jidle</p> <p>při námaze</p> <p>v klidu</p>	<p>klid</p> <p>řivová poloha</p> <p>komprese rukama</p> <p>relaxace</p> <p>sugescie</p> <p>silivřivaca křivě</p> <p>obřivěd – řivěly – silivřivěny</p> <p>řivěly řivacp</p>	<p>pocení</p> <p>bledost obřivěje</p> <p>zřivěvřivění čřivěje</p> <p>ářivěvřivěvřivě</p> <p>řivěvřivě</p> <p>zřivěvřivěvřivě</p> <p>slzy, nářek, p řivě</p> <p>matoněny nekřivě</p> <p>avřivěvřivěvřivě</p> <p>řivěvřivěvřivěvřivě</p> <p>řivěvřivěvřivěvřivěvřivě</p> <p>řivěvřivěvřivěvřivěvřivěvřivě</p>



identifikacijski štet

## HODNOCENJE BOLESTI dla VAS 5

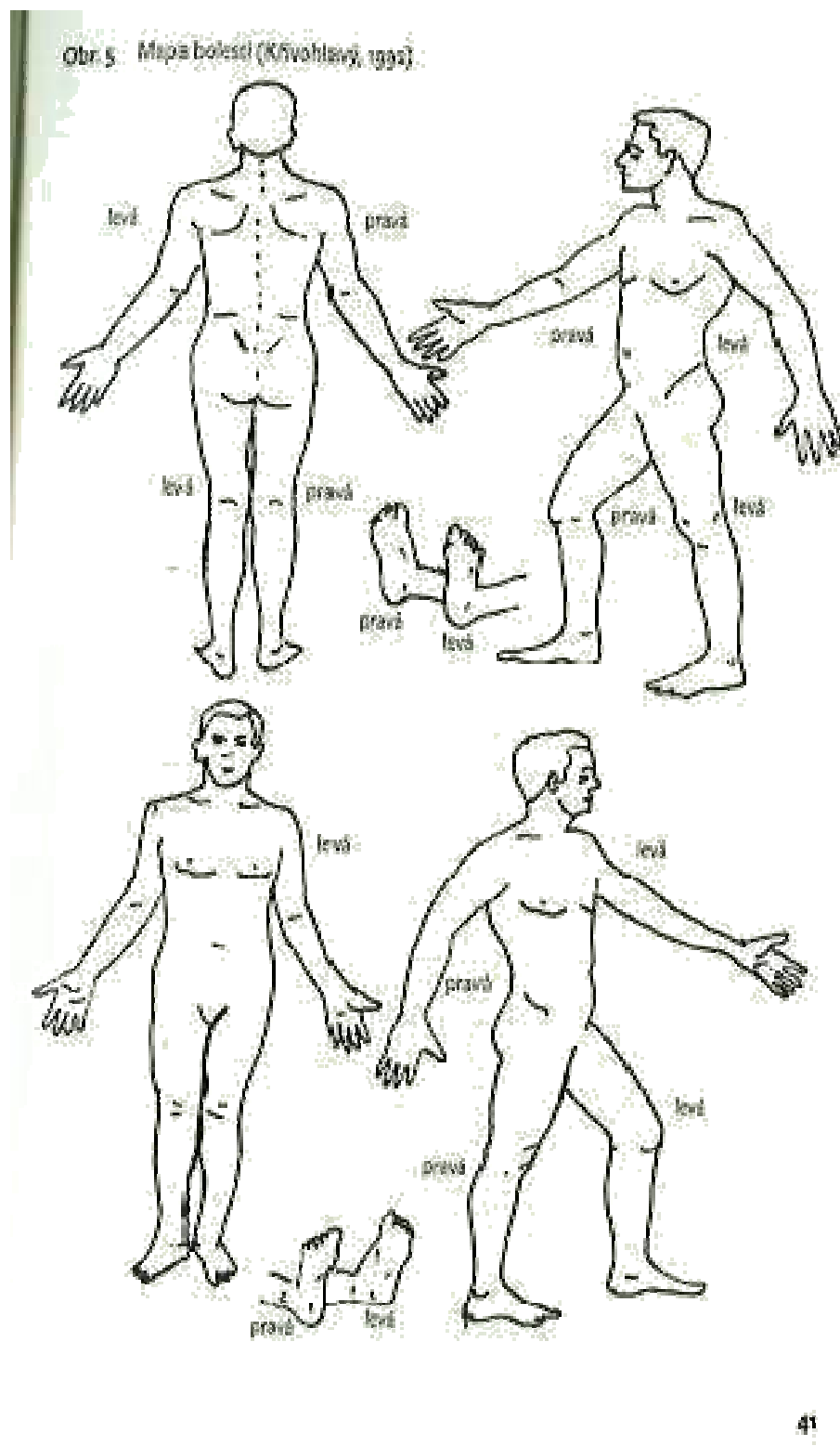


Datum	Čas	Intenziteta bolešni (0-5)	Kvaliteta, tip bolešni (tipi shodnosti)	Podpiranje preštedeljski (bolobna, dle, -šted, nepol)	Čas podani analgetike	Podpis jmenovka sestry	Zhodneceni kletku 15 min - 1hod	Podpis jmenovka sestry

\* Zhodneceni dle: 1. zasa splošna 2. davnost splošna 3. respačnost 4. zročni bolobni  
Podani analgetiki: paracetamol, acetaminofen, acetaminofen - dle shodnosti za 15 minutni Podani per os, intravenozni - dle shodnosti za 1 ucinu



Příloha 3: Mapa bolesti




Příloha 4: Nutriční screening

Identifikační štítek

## NUTRIČNÍ SCREENING

inspired by a practical Nottinghamshire dietitian



	DATUM PŘÍJMU	ODDĚLENÍ
HMOTNOST (kg)	VÝŠKA	BMI (kg/m <sup>2</sup> )

	body	
1 Pacienta nelze změřit a zvažit – nevyplňovat 4, 5, 6	2	
2 Nelze od pacienta získat informace – nevyplňovat 4, 5, 6	3	
3 Věk	do 65 let	0
	nad 65 let	1
	nad 70 let	2
4 BMI*	30 – 25	0
	18 – 20, nad 25	1
	pod 18	2
5 Změta hmotnosti noční	žádná	0
	více než 3 kg za 3 měsíce (polní lary)	1
	více než 6 kg za 6 měsíců	2
6 Množství jídla za poslední měsíc	bez změny	0
	poloviční porce	1
	občasnej	2
7 Projevy nemoci	žádné	0
	bolesti břicha, neclutenství	1
	zvracení, průjem nad 6x/den	2
8 Faktor stresu**	žádný	0
	střední	1
	vysoký	2
<b>Součet bodů (INDEX)</b>		
Podpis a razítko sestry:		

INDEX	opáření	nutriční terapeut
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit nutr. terapeutovi	nutriční vyšetření speciální dieta
8 až 12	ohlásit nutr. terapeutovi	malnutrice chránící život či přechází choroby; nutriční speciální nutriční léčba !!!

\*BMI více než 30 – pacient dostane brašerku „Redukční dieta“  
 \*\*Faktor stresu  
 Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný zpet. výkon, vyšší věk  
 Vysoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon, pooperační komplikace, uněná plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO

Záznam nutričního terapeuta:

07/01/2008/16

## Příloha 5: Povolení k výzkumu

**Nemocnice Lábor, a.s.**

kpt.Jaroše 2000, 390 03 Lábor

IC 26095203, DIČ CZ 26095203

telefon 308 508 757

zastoupená: předsedou představenstva Ing. Ivo Houškou, MBA

a místopředsedkyní MUDr. Janou Checholovou

( dále jen nemocnice ) na straně jedné

3

studentka **Renata Balogová**

( dále jen žadatel ) na straně druhé

r.č. 845916/1733

bydliště: Chotěboř 44, 39155 Chýnov

uzavírají následující

### **SMLOUVU** **o umožnění studijních prací**

#### **I.**

##### **Předmět smlouvy**

Předmětem této smlouvy je umožnění studijních prací ( dále jen práce ) nemocnicí pro studijní potřeby žadatele, které proběhnou na oddělení následně péče nemocnice v době od **15.2.2012 do 31.3.2012**

#### **II.**

##### **Náplň studijní práce**

Žadatel bude studijní práce realizovat v rozsahu své žádosti, která je nedílnou přílohou této smlouvy.

#### **III.**

##### **Závazky žadatele**

1. Žadatel se zavazuje při své studijní práci dodržovat ochranu osobních údajů pacientů, když jeho práce může obsahovat pouze statistické údaje.
2. Žadatel se zavazuje předložit nemocnici výsledky své studijní práce před jejími studijním použitím. V případě nesouhlasu nemocnice s jeho závěry je potom povinen tento nesouhlas při použití v nemocnici získaných údajů vždy uvádět.
3. V souladu se zněním vyhl. č. 517/2006 Sk. si žadatel zajistí očkování proti přenosným nemocinám. Tuto skutečnost doloží před příchodem na oddělení nemocnice čestným prohlášením, které se stane nedílnou součástí této smlouvy.
4. Žadatel si zajistí potřebný pracovní prostor nevhodně-li se s nemocnicí na jeho zapůjčení.
5. Žadatel se zavazuje dodržovat odborné pokyny pověřených zaměstnanců nemocnice.
6. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, s nimiž se během práce seznámí.
7. Zavazuje se dodržovat předpisy BOZP a PO včetně dalších obecně závazných předpisů či vnitřních předpisů nemocnice.
8. Žadatel se zavazuje pracovat pouze v rozsahu povolení vydané mu nemocnicí dle této smlouvy.

#### **IV.**

##### **Závazky nemocnice**

Strana 1 (celkem 2)

1. Poskytne zadateli písemné povolení k jeho práci. Tímto povolením se zadatel bude při své činnosti prokazovat.
2. Před zahájením práci zajistí řádné seznámení žadatele s právními předpisy v oblasti BOZP a PO včetně vnitřních předpisů nemocnice vztahujících se k jeho práci.
3. Zadatel bude též poučen o povinnosti zachovávat mlčenlivost a to i po skončení práci.
4. Umožní žadateli vstup na oddělení určené touto smlouvou k výkonu práce a do dalších prostor souvisejících s výkonem práce.
5. Poučení dle odstavců 2 a 3 tohoto článku potvrzuje žadatel svým podpisem této smlouvy.

#### VI.

##### Pověření zaměstnanci

1. Nemocnice stanoví k plnění smlouvy pověřeným zaměstnancem **Mg. Helenu Plockovou**

#### VII.

##### Ukončení smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu určitou, a to sjednanou dobou práci.
2. Smluvní vztah lze dále ukončit dohodou stran, výpovědí nebo odstoupením.
3. Ukončení smluvního vztahu mimo uplynutí sjednané doby je možné pouze písemnou formou.
4. Výpověď ze strany nemocnice je přípustná tehdy, pokud žadatel neplní závazky vyplývající z této smlouvy.
5. Zadatel je oprávněn vypovědět smlouvu tehdy, jestliže nemocnice nezajistí podmínky práci dle této smlouvy.
6. Výpovědní lhůta činí jeden den a počíná běžet dnem následujícím po doručení výpovědi druhé straně.
7. Odstoupit okamžitě od smlouvy může nemocnice v případě, že žadatel poruší závazným způsobem své povinnosti stanovené touto smlouvou.

#### VIII.

##### Závěrečná ustanovení

1. Odpovědnost za škodu se řídí obecně závaznými právními předpisy.
2. Tato smlouva je smlouvou bezplatnou.
3. Smlouva se vyhotovuje ve dvou výtiscích s tím, že po jednom obdrží každá ze smluvních stran.
4. Smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
5. Veškeré změny a doplnění smlouvy lze provést pouze písemnou formou a se souhlasem obou smluvních stran.
6. Smluvní strany si smlouvu přečetly, její obsah je jim jasný a jsou s tím souhlasny. Na důkaz své vůle uzavřít tuto smlouvu k ní jejich oprávnění zástupci připojují své podpisy.

V Táboře dne 9.1.2012

V Táboře dne 9.1.2012

.....  
Ing. Miroslav Kubeš  
člen představenstva

.....  
Renata Bakogová

.....  
MUDr. Jana Chocholová  
místopředsedkyně představenstva

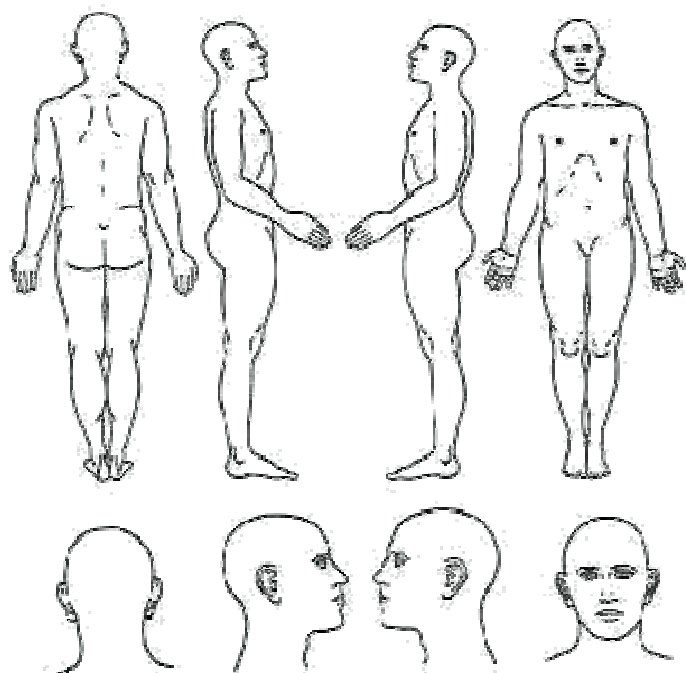
Nemocnice Tábor, a.s.  
kpt. Jaroše 2000  
390 03 Tábor

Strana 2 (celkem 2)

## Příloha 6: strukturovaný rozhovor o bolesti

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

1. Kde Vás nyní bolí? Prosím objeďte prstem místo, kde je bolest největší!  
(Vysvětlující: Prosím vybarvěte oblast bolesti na schématech lidského těla.)
2. Jsou i jiná místa, kde máte bolest? Prosím objeďte prstem také tyto oblasti!  
(Vysvětlující: Prosím vyšrafujte tyto bolestivé oblasti na schématech lidského těla.)



3. Prosím řekněte mi, zda máte nebo nemáte bolesti v následujících částech těla. Bolí Vás...?  
(Vysvětlující: Ptejte se nyní na všechny níže uvedené oblasti pomalu, na jednu po druhé, a zazníkujte, zda tam nemocního bolí nebo ne.)

Obz. B-5 Strukturovaný rozhovor o bolesti

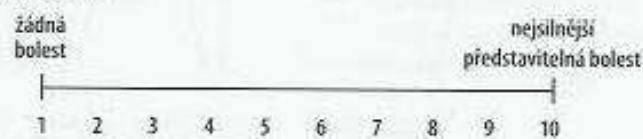
ústa/zuby/vlivem zubní protézy	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
hlava/obličej	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
krk/šije	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
rameno/paže/ruka	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
hrudník	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
horní polovina zad	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
břišní oblast	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
dolní polovina zad (kříž)/hýždě	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
kyčle/noha/chodidlo	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
pánevní oblast	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
pohlavní orgány/konečnick	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
více kloubů	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
celé tělo	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
jiné zvláštní oblasti	<hr/>	

## 4. Nejhorší bolest cítíte

na povrchu (kůže)       v hloubce?

## 5. Jak silná byla bolest v posledních sedmi dnech tam, kde Vás bolí nejčastěji?

(*Vyšetřující:* Předložte pacientovi list A s numerickou škálou, poté řekne: „Číslo Vám umožní vyjádřit míru bolesti: nula znamená, že nemáte žádnou bolest, desítka znamená, že trpíte bolestmi tak silnými, že si silnější již nedovedete představit. Číslo mezi nulou a 10 jsou odstupňováním síly bolesti.“)



Zvolte jen jeden z následujících výrazů:

(*Vyšetřující:* Předložte pacientovi list A s verbální škálou. Pokud je bolest, zeptejte se: „Jaká byla bolest převážně v posledních sedmi dnech: žádná, mírná, střední nebo silná?“)

- 0 žádná bolest
- 1 mírná bolest
- 2 střední bolest
- 3 silná bolest

## 6. Jak dlouho máte bolesti, které se nejsilněji ozývají?

- několik dnů
- několik týdnů
- měsíce
- roky

Obr. B-5 Strukturovaný rozhovor o bolesti (pokračování)

7. Jak Vaše bolest začíná/nastupuje? Je bolest trvalá, nebo v návalech/záchvatech?

- Bolest se dostavuje jen nárazově, mezitím žádné bolesti nemám.  
 Bolest mám trvale.  
 Bolest mám trvale a navíc občas dochází k záchvatům bolesti.

(Vyšetřující: Na tomto místě skrininkový úkol ke zjištění kognitivního postižení: výrazy jmenovat pomalu a zřetelně, s odstupem asi jedné vteřiny. Hned potom všechna tři slova nechat pacienta zopakovat; první pokus je určující pro počet bodů. Případně výrazy zopakovat, až se pacient všechna tři slova naučí. Zaznamenat počet potřebných pokusů (maximálně je přípustných šest pokusů). Pokud do té doby nejsou zopakována všechna tři slova, je následující test paměti – viz níže – neproveditelný.)

A nyní mám otázku k vaší paměti. Prosím zapamatujte si: **dům, chléb, ruka**.

Zopakujte prosím nyní uvedená tři slova.

- Dům – při prvním pokusu zopakováno  ano  ne  
 Chléb – při prvním pokusu zopakováno  ano  ne  
 Ruka – při prvním pokusu zopakováno  ano  ne

Počet pokusů: \_\_\_\_\_

8. Vraťme se nyní k Vaší bolesti. Co zesiluje/zhoršuje a co oslabuje/zmírňuje Vaši bolest? Jsou bolesti při chůzi méně silné nebo naopak silnější, anebo nemá chůze na bolesti žádný vliv?

(Vyšetřující: Ptát se na uvedené položky s použitím výše uvedené formulace a zakřížkovat odpověď.)

zesilení	zmírnění	žádný vliv	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chůze/stoj
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sezení
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ležení
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v klidu/při setření se
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	přiložení chladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	přiložení tepla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stres/zlobení se/rozčilení
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	radost, příjemné činnosti

Skrinink: A nyní se vraťme ke sloům, které jste si zapamatoval(a). Jaká to byla ona tři slova, které jsem Vám předtím vyjmenoval(a)?

- Dům – zopakováno  ano  ne  
 Chléb – zopakováno  ano  ne  
 Ruka – zopakováno  ano  ne

9. Jak často Vás v posledních sedmi dnech Vaše bolesti obtěžovaly?

(Vyšetřující: Předloží list B)

- vůbec  často  
 zřídka  velmi často  
 několikrát  stále

Obr. B-5 Strukturovaný rozhovor o bolesti (pokračování)

10. Zvládnete

	ano	ne, kvůli bolesti	ne, z jiných důvodů
... se sám/sama obléknout?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vyjít alespoň jedno patro schodů?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dojit sám/sama nakoupit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... společně s ostatními něco podniknout?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Kolik hodin proležíte během dne v době od 7.00 do 22.00 hodin?  
\_\_\_\_\_ hodin  
(Výšetřující: Berte prosím v úvahu i čas, během něhož jste vleže, např. na lehátku nebo polohovacím křesle, zarněstnán(a) sledováním televizi nebo jinou činností.)

12. Cítíte se často smutný/smutná nebo sklědlý/sklěslá?  
 ano  ne

13. Jste schopen(a) sám/sama něco udělat ke zmenšení i bolesti?  
 ano  ne  
Pokud ano: poznamenat odpověď \_\_\_\_\_

14. Jak velkou naději chováte, že se vaše bolest v budoucnu zlepší?  
(Výšetřující: předložit seznam C)  
 velko u naději, že se zmírní  
 malou naději, že se zmírní  
 vůbec žádnou naději, že se zmírní

Údaje o pacientovi/pacientce (vyplni výšetřující)

15. Pohlaví:  muž  žena

16. Věk v letech: \_\_\_\_\_

17. Nejvyšší dosažené vzdělání  
 univerzitní  základní nebo obecná škola  
 odborná vysoká škola  žádné z uvedených ukončených vzdělání  
 maturita

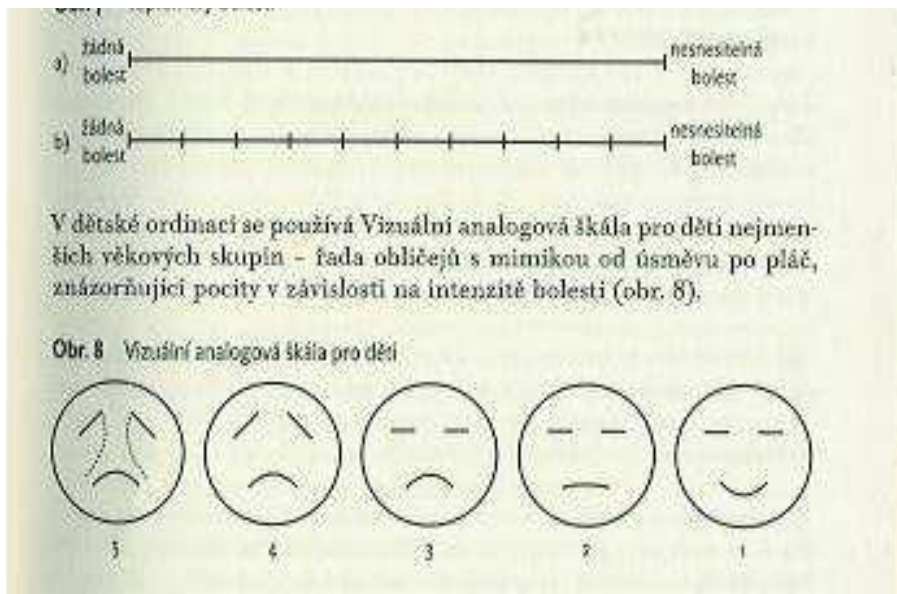
18. Rodinný stav:  svobodný/á  vdaná/ženatý  vdova/vdovec  rozvedený/á

Výšetřující: Uveďte prosím, jak dlouho rozhovor trval:  
\_\_\_\_\_ minut

Obr. B-5 Strukturovaný rozhovor o bolesti (pokračování)



## Příloha 7: Škála bolesti VAS



Zdroj (17, str.43)

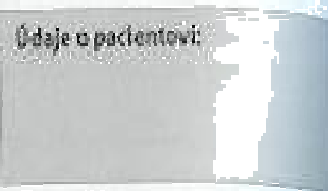
Příloha 8: Test ADL (Barthelové index)

Barthelův test základních všedních činností		datum		
<b>Najedení napití</b>	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Kontinence moči</b>	plně kontinentní	10	10	10
	občas inkontinentní	5	5	5
	trvale inkontinentní	0	0	0
<b>Kontinence stolice</b>	plně kontinentní	10	10	10
	občas inkontinentní	5	5	5
	inkontinentní	0	0	0
<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Přesun lůžko - židle</b>	samostatně bez pomoci	15	15	15
	s malou pomocí	10	10	10
	vydrží sedět	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15	15	15
	s pomocí 50 m	10	10	10
	na vozíku 50 m	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10	10	10
	s pomocí	5	5	5
	neprovede	0	0	0
<b>CELKEM</b>				
<b>Hodnocení stupně závislosti</b>				
0 – 40 vysoce závislý				
45 – 60 závislost střední				
65 – 95 lehká závislost				
96 – 100 nezávislý				

Zdroj (31)

Příloha 9: Test IADL (Test instrumentálních všedních činností)

**Instrumentální aktivity každodenního života (IADL), podle M. P. Lawtona a E. M. Brodyho**

Údaje o pacientovi: 

Datum:

	Bodů
<b>1. Telefonování</b>	
Používá telefon z vlastní iniciativy, vyhledá a vytáhčí číslo.	1
Vytáhčí několik známých čísel.	1
Zvedne při zavěšení sluchátko, ale nevytáhčí číslo.	1
Telefon vůbec nepoužívá.	0
<b>2. Nakupování</b>	
Samostatně si nakupí většinu potřebných věcí.	1
Nakupuje jen málo.	0
Při každém nákupu potřebuje doprovod.	0
Není schopen/schopna nakupovat.	0
<b>3. Příprava jídla, vaření</b>	
Naplňuje a uváří/připraví si vhodná jídla samostatně.	1
Uváří si vhodná jídla jen tehdy, jsou-li ingredience připraveny jinou osobou.	0
Uváří si samostatně, ale nedodržuje pořádkovou dietu.	0
Vyžaduje uváření/naseření jídla.	0
<b>4. Vedení domácnosti</b>	
Zvládá domácnost samostatně nebo s občasnou pomocí s těžkými pracemi.	1
Provádě samostatně drobné domácí práce.	1
Provádě samostatně drobné domácí práce, ale není schopen/a udržet byt v naležitě čistotě.	1
Potřebuje pomoc se všemi pracovními úkoly v domácnosti.	1
Není schopen provádět žádné domácí práce.	0
<b>5. Prání</b>	
Wypere si sám/sama své prádlo.	1
Přepere samostatně drobné prádlo.	0
Všechné prádlo musí být zajištěno.	0
<b>6. Způsob dopravy, cestování</b>	
Používá nezávisle veřejné dopravní prostředky či vlastní auto.	1
Objedná si a použije taxi, ale jinak veřejnou dopravu nepoužívá.	1
Používá veřejné dopravní prostředky v doprovodu jiné osoby.	0
Doprava je omezena na taxi nebo automobil s doprovodem.	0
Necestuje vůbec.	0
<b>7. Užívání léků</b>	
Zodpovědně užívá léky v přesných dávkách a ve správný čas.	1
Správně užívá předem připravené léky.	0
Není schopen správně užívat své léky.	0
<b>8. Nahlížení s penězi</b>	
Samostatně řídí veškeré finanční záležitosti (rozpočet, placení nájmů a účtů, docházení do banky).	1
Vyřídí drobné denní záležitosti, ale potřebuje pomoc s většími platbami a bankovními operacemi.	0
Není schopne/schopna nahlížet s penězi.	0
<b>celkový počet bodů (maximálně 61)</b>	

Zdroj (15, str. 146)

Příloha 10: Vzorec pro výpočet BMI

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná váha (kg)}}{\text{tělesná výška (m}^2\text{)}}$$

Zdroj (15, str. 45)