



Hodnoticí techniky v ošetrovatelství

Bakalářská práce

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

Autor práce: **Anna Šolcová**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





Assessment tools in nursing care

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse

Author: **Anna Šolcová**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Šolcová**
Osobní číslo: **Z13000107**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Hodnoticí techniky v ošetrovatelství**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Popsat základní škály a testy používané všeobecnou sestrou k vyhodnocení soběstačnosti pacienta a pro zjištění rizika vzniku dekubitů na standardních odděleních vybraných zdravotnických zařízení.
2. Zjistit, jak komplexní je Barthel test základních všedních činností z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jeho položek.
3. Zjistit, jak komplexní je škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jejích položek.

Výzkumné předpoklady:

Výzkumné předpoklady k cílům č. 2 a 3 budou dodatečně přeformulovány na základě předvýzkumu.

Ad 2/ Předpokládáme, že více než třetina všeobecných sester považuje Barthel test základních všedních činností za nekomplexní.

Ad 3/ Předpokládáme, že více než třetina všeobecných sester považuje škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za nekomplexní.

Teoretická východiska:

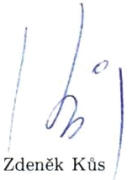
Hodnoticí techniky jsou důležitou součástí ošetrovatelské praxe - umožňují totiž sestřám pacienta objektivně posoudit, což vede k přesnějšímu zmapování jeho potřeb a následně k jejich efektivnější saturaci. Tyto techniky proto z praxe není možné zcela vypustit, je však nutné pracovat na jejich zdokonalování. Vznik škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je datován k roku 1962 a v České republice došlo k jeho modifikaci v 90. letech (Kubátová, 2010). Věda a technika ovšem postupuje závratnou rychlostí, proto je potřeba přehodnocení posuzování stavu pacienta adekvátně k obrazu vědeckého pokroku.

Výstupem této bakalářské práce bude odborný článek, který shrne výsledky výzkumu na toto téma a bude publikován.


Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Froňková**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **29. května 2015**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2016**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. DOBROVODSKÁ, Libuše. Jak dobré jsou důkazy pro využívání hodnocení rizika k prevenci vzniku dekubitů? Florence [online]. Praha: Ambit Media, 2012, roč. 8, č. 4 [cit. 2015-05-08]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2012/4/jak-dobre-jsou-dukazy-pro-vyuzivani-hodnoceni-rizika-k-prevenci-vzniku-dekubitu/>
2. FLAISIGOVÁ, Denisa. Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení [online]. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9939/BP%20Dana%20Flaisigova.pdf?s>
3. KOHOUT, Pavel et al. Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů. Praha: Forsapi, 2011. ISBN 978-80-87250-12-9.
4. KUBÁTOVÁ, Jitka. Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi [online]. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov_prce_Kubtov.pdf
5. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
6. PLEVOVÁ, Ilona et al. Ošetrovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného - ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
7. POKORNÁ, Andrea, et al. Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
8. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Ošetrovatelství v neurologii. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.
9. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
10. TÓTHOVÁ, Valerie. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9
11. Kolektiv autorů. Geriatric Assessment Tools. In: The University of Iowa: Iowa geriatric education center [online]. ?2002-2015 [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/>



Studentka
Anna ŠOLCOVÁ
Z13000107
Spojovací 378
542 23 MLADÉ BUKY

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 4. července 2016
č.j.: 16/8515/024805-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 28. 6. 2016, zaevidované pod č.j.: 16/8515/024805-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Hodnotící techniky v ošetrovatelské péči“ pod mým vedením a prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2017.

S pozdravem

Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Prohlášení

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

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

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

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

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25. 4. 2017

Podpis: 

Poděkování

Mockrát děkuji paní Mgr. Froňkové za odborné vedení, věnovaný čas, neskonalou trpělivost a množství podnětných připomínek, které vedly k úspěšnému dokončení bakalářské práce. Dále moc děkuji staničním a vrchním sestřám, které mi pomohly výzkum zrealizovat, a rovněž sestřám, které byly uvedeny do role respondentů a byly ochotny zapojit se do odborného výzkumu. V neposlední řadě musím poděkovat rodině a přátelům za jejich nekonečnou podporu.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora:	Anna Šolcová
Instituce:	Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Hodnoticí techniky v ošetrovatelství
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Froňková
Počet stran:	79
Počet příloh:	29
Rok obhajoby:	2017
Anotace:	Bakalářská práce je zacílena na využívání hodnoticích technik v odborné ošetrovatelské praxi. Teoretická část pojednává o problematice metody ošetrovatelského procesu a o aplikaci hodnoticích technik v rámci jeho praktikování. Dále pak zahrnuje komentovaný výčet konkrétních příkladů škál a testů používaných pro danou oblast hodnocení pacienta v čele s Barthelové testem základních všedních činností a rozšířenou škálou Nortonové. Ve výzkumné části byly stanoveny tři cíle se dvěma výzkumnými předpoklady. Ty byly následně ověřovány metodou strukturovaného rozhovoru, který byl veden se všeobecnými sestrami. Výsledné poznatky byly shrnuty do odborného článku.
Klíčová slova:	hodnoticí techniky, hodnocení, ošetrovatelský proces, test Barthelové, škála Nortonové

Annotation

Name and surname: Anna Šolcová

Institution: Technical University of Liberec

Title: Assessment tools in nursing care

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 79

Apendix: 29

Year: 2017

Annotation: The bachelors thesis deals with a topic of using assessment tools in nursing care. The theoretical part concerns issues of nursing care plan and utilization of the assessment tools while implementing it. It also contains a commented enumeration of particular scales and tests which are being used for an assessment of different spheres of patient's condition. We focused on the Barthel index and the expanded Norton scale. In the empirical part there were determined three aims with two research assumptions. Afterwards there were being verified by structured interviews with general nurses. The final findings were summarized in an article.

Keywords: assessment tools, evaluation, nursing care plan, barthel test, Norton scale

Obsah

Seznam použitých zkratek	13
1 Úvod.....	15
2 Teoretická část	16
2.1 Hodnoticí techniky jako součást ošetrovatelského procesu	16
2.2 Škály a testy používané k posouzení soběstačnosti pacienta	17
2.2.1 Barthelové test základních všedních činností (ADL test, Barthel index).....	18
2.2.2 Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure, FIM).....	20
2.2.3 Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale, IADL).....	20
2.2.4 Index nezávislosti v každodenních aktivitách (Index of Independence in Activities of Daily Living, Katzův index ADL).....	21
2.2.5 Frenchayský test aktivit (FAI, Frenchay Activities Index)	21
2.2.6 Test ošetrovatelské zátěže - dle Svanborga, modifikovaný Staňkovou	21
2.2.7 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (Functional Activities Questionnaire, FAQ)	22
2.3 Hodnoticí techniky pro stanovení rizika vzniku dekubitů	22
2.3.1 Rozšířená škála podle Nortonové	23
2.3.2 Waterlowové škála (Waterlow score)	24
2.3.3 Škála podle Bradenové	24
2.3.4 Knollova stupnice	25
2.4 Škály a testy používané ke zhodnocení pacientovy bolesti	25
2.5 Nástroje pro hodnocení kognitivních schopností	26
2.6 Posuzování stavu vědomí	27
2.7 Škály a testy pro zhodnocení rizika pádů.....	27
2.8 Hodnocení nutričního stavu pacienta	28
2.9 Doplňující hodnoticí techniky v dalších oblastech posouzení stavu pacienta	29
3 Výzkumná část.....	30
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady bakalářské práce	30
3.1.1 Cíle práce.....	30
3.1.2 Výzkumné předpoklady.....	30
3.2 Metodika výzkumu.....	31
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	31

3.4 Analýza výzkumného šetření	32
3.4.1 Analýza výzkumných dat blíže charakterizující výzkumný vzorek.....	32
3.4.1.1 Analýza výzkumné položky č. 1	32
3.4.1.2 Analýza výzkumné položky č. 2	33
3.4.1.3 Analýza výzkumné položky č. 3	34
3.4.1.4 Analýza výzkumné položky č. 4	35
3.4.2 Analýza výzkumných dat obecně zaměřených na hodnotící techniky na daném oddělení	36
3.4.2.1 Analýza výzkumné položky č. 5	36
3.4.2.2 Analýza výzkumné položky č. 6	37
3.4.2.3 Analýza výzkumné položky č. 7	37
3.4.2.4 Analýza výzkumné položky č. 8	38
3.4.3 Analýza výzkumných dat týkajících se Barthelové testu základních všedních činností	39
3.4.3.1 Analýza výzkumné položky č. 9	39
3.4.3.2 Analýza výzkumné položky č. 10	40
3.4.3.3 Analýza výzkumné položky č. 11	41
3.4.3.4 Analýza výzkumné položky č. 12	41
3.4.3.5 Analýza výzkumné položky č. 13	42
3.4.3.6 Analýza výzkumné položky č. 14	45
3.4.3.7 Analýza výzkumné položky č. 15	46
3.4.4 Analýza výzkumných dat týkajících se rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	47
3.4.4.1 Analýza výzkumné položky č. 16	47
3.4.4.2 Analýza výzkumné položky č. 17	48
3.4.4.3 Analýza výzkumné položky č. 18	49
3.4.4.4 Analýza výzkumné položky č. 19	50
3.4.4.5 Analýza výzkumné položky č. 20	51
3.4.4.6 Analýza výzkumné položky č. 21	54
3.4.4.7 Analýza výzkumné položky č. 22	55
3.5 Analýza výzkumných cílů a předpokladů	57
3.5.1 Zhodnocení cíle č. 1	57
3.5.2 Zhodnocení cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2	57
3.5.3 Zhodnocení cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3	58

3.6 Diskuze.....	60
3.7 Návrh a doporučení pro praxi	66
4 Závěr	68
Seznam odborné literatury	69
Seznam tabulek	76
Seznam grafů	78
Seznam příloh	79

Seznam použitých zkratek

7MST	7 Minute Screen (sedmiminutový screeningový test)
ADL	Activities of Daily Living (aktivity denního života)
BPI	Brief Pain Inventory (krátký inventář bolesti)
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CDT	Clock drawing test (test kreslení hodin)
CNS	Centrální nervová soustava
č.	Číslo
FAI	Frenchay Activities Index (Frenchayský test aktivit)
FAQ	Functional Activities Questionnaire (Dotazník pro funkční hodnocení pacienta)
FIM	Functional Independence Measure (Funkční míra nezávislosti)
GCS	Glasgow Coma Scale (Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí)
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (Instrumentální všední činnosti, Lawtonova škála instrumentálních denních činností)
ISBN	International Standard Book Number (Mezinárodní standardní číslo knihy)
MBI	Modified Barthel Index (Modifikovaný test Barthelové)
MCI	Mild Cognitive Impairment (Mírná kognitivní porucha)
MMSE	Mini Mental State Examination (Folsteinův test pro hodnocení mentálního stavu)
MNA	Mini Nutritional Assessment (Malý výživový test)
MPQ	McGill Pain Questionary (McGillský dotazník bolesti)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool (Univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
NRS	Nutrition Risk Screening (Nutriční rizikový screening)
PET-MBI	Performance Evaluation Tool - Modified Barthel Index (japonská verze modifikovaného testu Barthelové)
PMK	Pernamentní močový katétr
RSS	Ramsey Sedation Scale (Škála hloubky sedace podle Ramseyho)
s.	Strana

Sb.	Sbírký
SCL-90	Symptoms Checklist 90
SGA	Subjective Global Assessment (Subjektivní globální hodnocení nutričního stavu)
Tj.	To je, to jsou
VAS	Visual Analog Scale for Pain (Vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti)

1 Úvod

Hodnoticí škály a testy jsou v současnosti standardní součástí ošetrovatelské dokumentace. Byly vyvinuty za účelem objektivně vyhodnotit a utřídit údaje o pacientovi a následně reflektovat míru ošetrovatelské péče, která je nezbytná k adekvátní saturaci pacientových potřeb. Představují tak velice praktickou pomocnou metodu, avšak i zde můžeme najít slepá místa volající po zlepšení.

České ošetrovatelství se drží na velice vysoké úrovni, s čímž se pojí také bezvýhradné ztvrzování všech skutečností písemnými záznamy zejména ve spojitosti s právní ochranou. S přibývajícím množstvím těchto povinností se ale často vytrácí jejich původní význam, a sice ten, že v mnoha případech mají za účel sestrám pomoci. Co se týče konkrétně hodnoticích technik, sestry často výsledkům škál a testů nevěnují v praxi pozornost a mnohdy tyto záznamy vnímají pouze jako byrokratickou nutnost. Proč tomu tak je, zůstává otázkou. Je oním důvodem časová vytíženost nebo pouze nezájem sester?

Jednou z možných odpovědí by mohla být nedokonalost používaných škál a testů zejména v souvislosti s jejich aktualitou. Techniky, které dnes běžně používáme, zůstaly již po mnoho let v takřka nezměněné podobě, avšak stejně jako ostatní vědy, i medicína a samotné ošetrovatelství se nezastavitelným tempem rozvíjí. Výzkumní pracovníci se s tímto tempem snaží držet krok, nicméně stále se zde objevují mezery, které by systematická inovace hodnoticích technik měla soustavně vyplňovat.

Cílem bakalářské práce je na základě strukturovaných rozhovorů zmapovat pohled sester na danou problematiku a získat tak soubor potenciálních nedostatků z oblasti struktury hodnoticích škál a testů v ošetrovatelství. Výzkumná část je zaměřena především na dvě v současnosti nejpoužívanější a nejvýznamnější hodnoticí techniky - Barthelové test základních všedních činností a rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.

2 Teoretická část

2.1 Hodnoticí techniky jako součást ošetrovatelského procesu

Podle definice Workmanové z roku 2006 je ošetrovatelský proces popsán jako „*plánovitý, problémově orientovaný přístup k uspokojování zdravotních a ošetrovatelských potřeb pacienta.*“ (Plevová, 2011, s. 108) Tato metoda je po formální stránce pevně ukotvena v Koncepti ošetrovatelství (Věstníku MZ ČR č.9/2004) a ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (14, 36)

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících kroků: posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení. Všechny tyto fáze spolu tvoří soustavný koloběh myšlení a jednání a jejich realizace musí být průběžně zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. (14, 20)

Hodnoticí techniky najdou své uplatnění právě v první zmíněné fázi, ve které dochází ke sběru, třídění a záznamu údajů o zdravotním stavu pacienta. Toto mapování se týká všech sfér jeho života, získáváme tak přehled o biologických, emocionálních, duchovních, sociálních i kognitivních potřebách. Ucelenost a přesnost těchto informací je zcela stěžejní pro realizaci fází dalších. (14, 22)

Metod, které je možno využít při sběru informací, se nabízí nespočet, mezi ty hlavní patří pozorování, rozhovor a klinické vyšetření. Hodnoticí techniky (škály, dotazníky a testy) jsou považovány za metodu doplňkovou, avšak dle vyhlášky č. 98/2012 Sb. jsou nutnou součástí zdravotnické dokumentace v rámci její ošetrovatelské anamnestické složky. Umožňují nám objektivně posoudit stav pacienta, určit a kategorizovat rizikové pacienty a hodnotit účinnost ošetrovatelské péče. Využívány jsou při procesu získávání ošetrovatelské anamnézy na začátku hospitalizace, hodnocení může být však opakováno i v jejím průběhu. Téma hodnoticích technik bude více rozvinuto v dalších kapitolách. (10, 14, 35)

Následuje fáze diagnostiky, jejímž výsledkem je závěr v podobě ošetřovatelských diagnóz. Jejich tvorba je standardně založena na americkém klasifikačním systému NANDA International Taxonomie II, který vychází ze struktury Gordonové funkčních vzorců zdraví. (14)

V rámci třetí fáze jsou vytvořené diagnózy seřazeny dle naléhavosti, se kterou je třeba je řešit, a jsou vytyčeny cíle, kterých chceme u daného pacienta dosáhnout. Tyto cíle jsou dále specifikovány očekávanými výsledky (kritérii), které představují hodnotitelné aspekty v průběhu dosahování cíle. Intervence, tj. činnosti, které jsou uskutečňovány za účelem dosažení změny, musí být individualizované, časově ohraničené a po obsahové stránce jasné. Jako finální produkt je takto vytvořen plán ošetřovatelské péče, který je přirozeně zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace. (14, 19)

Plynule přecházíme k fázi realizace, ve které jsou prováděny naplánované ošetřovatelské intervence a ty jsou pak pečlivě zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace. (19)

Závěrečnou fází ošetřovatelského procesu je fáze vyhodnocení, která je popisována jako „*cílevědomá, organizovaná činnost, kdy se zjišťuje, zda a do jaké míry bylo dosaženo pacientových cílů.*“ (Plevová, 2011, s. 126) Pro zjištění objektivní míry zlepšení či zhoršení stavu pacienta je vhodné opět zvolit metodu hodnotících škál a testů. Pokud bylo dosaženo stanoveného cíle, může být daná diagnóza považována za splněnou, pokud je tomu naopak, je nutné doplnit důvod neúspěchu. Na základě výsledků této fáze je původní plán modifikován. (10, 14, 49)

2.2 Škály a testy používané k posouzení soběstačnosti pacienta

„Sebepéčí rozumíme péči o sebe sama v rámci aktivit denního života, které je člověk schopen zajistit vlastními silami.“ (Slezáková, 2014, s. 29)

Se sebepéčí se neoddelitelně pojí termín aktivit denního života (Activities of daily living, ADL). ADL jsou denní běžné úkoly sebepěče, takové, které jsou většinou osvojovány již v průběhu dětství. Zahrnují například příjem potravy, vykonávání

potřeby, oblékání, osobní hygienu a schopnost přesunu. Často jsou zmiňovány také instrumentální všední činnosti (Instrumental activities of daily living, IADL). Ty jsou pojaty poněkud komplexněji - zahrnují například nakupování, přípravu pokrmů, domácí práce, používání dopravních prostředků nebo přípravu medikace, tedy ty činnosti, které bývají osvojovány spíše v průběhu dospívání. Dle některých definic lze do pojmu IADL zařadit také sociální dovednosti, schopnosti řešit problémové situace a komplexní interakce člověka s jeho okolím. ADL i IADL můžeme tedy souhrnně označit jako denně prováděné nezbytnosti potřebné pro život nezávislého člověka. (8, 39)

„K testování se používá mnoho hodnotících nástrojů, které slouží k objektivnímu hodnocení stupně závislosti u pacienta, k odhadnutí zátěže a kvantitativní potřeby ošetrujícího personálu nebo pomáhají při rozhodování o indikaci služeb domácí a sociální péče nebo o umístění do trvalé ústavní péče.“ (Čapská, 2013, s. 30)

2.2.1 Barthelové test základních všedních činností (ADL test, Barthel index)

Barthelové test základních všedních činností představuje mezinárodně nejuznávanější nástroj k měření úrovně fyzického poškození, který umožňuje sestře získat orientační náhled na pravděpodobné nároky pacienta na ošetrovatelskou péči. (10)

První verze ADL (Příloha A) testu byla publikována v roce 1965 americkými autorkami Dorotheou Barthelovou a Florence Mahoneyovou, česká varianta byla vypracována a standardizována autory Topinkovou a Neuwirthem. Původně byl tento test vyvinut pro hodnocení stavu pacientů s neuromuskulárním a myeloskeletálním onemocněním, dnes nachází obrovské využití zejména u geriatrických pacientů. Bývá nadšeně využíván rovněž pro hodnocení pacientů umístěných v sociálních zařízeních, v rehabilitační diagnostice, při rozhodování o poskytnutí kompenzačních pomůcek a samozřejmě obecně v klinické praxi. Často bývá prováděn pravidelně za účelem sledování pacientových pokroků nebo naopak regrese v oblasti vykonávání daných aktivit. Jeho obrovská rozšířenost pramení z jeho spolehlivosti, citlivosti a jednoduchosti. Orientuje se ale pouze na oblast fyzické mobility, což je považováno za velký nedostatek. (15, 27, 40)

Test Barthelové je strukturovaný dotazník založen na objektivních dovednostech pacienta. Maximální počet dosažených bodů je 100: v rozmezí 96 až 100 bodů je pacient vyhodnocen jako nezávislý, do 65 bodů jako lehce závislý, do 45 bodů jako středně závislý a skóre nižší než 40 bodů znamená vysokou závislost. Obsahuje deset položek zaměřených na základní denní aktivity: příjem potravy a tekutin, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití toalety, přesun z lůžka na židli, chůzi po rovině a chůzi po schodech. Každá z těchto aktivit obsahuje 2 - 4 stupně bodování. Ve většině případů může být položka ohodnocena 10 body (pacient provede činnost samostatně), 5 body (provede s pomocí) nebo nulou (neprovede). V některých oblastech je však bodování odlišné, např. v oblasti koupání a osobní hygieny, kdy je možné udělit pouze 15 (provede samostatně nebo s pomocí) nebo 0 bodů. Naopak u hodnocení přesunu a chůze po rovině jsou k dispozici čtyři možnosti v hodnotách 0, 5, 10 a 15 bodů. (15, 40, 44)

Hodnocení vychází plně z úsudku osoby, která test provádí, proto je nutné stanovit přesná pravidla, aby nedošlo k jisté subjektivizaci. Tato situace může nastat poměrně často, v mnoha případech totiž není k testu přiloženo doporučení pro jeho vyplnění. Typickým příkladem je například položka týkající se inkontinence moči v případě, že má jedinec zaveden permanentní močový katétr. Pacient pak může být hodnocen jako kontinentní (nedochází k únikům moči, tudíž nejsou potřeba absorbční pomůcky), zároveň ale také jako inkontinentní (inkontinence byla důvodem k zavedení permanentního močového katetru). Řešením může být například používání Barthelové indexu podle hamburského manuálu, který vysvětluje jednotlivé bodové stupně každé položky. (15, 18)

Barthelové test se vyskytuje v mnoha modifikacích. Nejznámější je zřejmě Modifikovaný test Barthelové (Modified Barthel Index, MBI) (Příloha B) od australských autorek Shah, Vanclay a Cooper. Jediným rozdílem je transformace bodových hodnot v pětibodovou škálu, čímž je značně zvýšena citlivost původního testu Barthelové. Dále byl vyvinut dvacetibodový index Barthelové (20-point Barthel Index), vytvořen roku 1988 Collinem ve spolupráci s dalšími anglickými autory. Pacient je hodnocen ve stejném počtu oblastí 0 až 3 body s celkovým maximem 20. Japonská verze PET-MBI (Performance Evaluation Tool - Modified Barthel Index) z prosince 2014 je postavena na modifikovaném Barthel indexu a je určena pro seniory v domácím

prostředí, byla zde například vynechána položka zahrnující chůzi do schodů. Lze také využít rozšířený index Barthelové, který doplňuje Barthelové index o hodnocení komplexnějších požadavků běžného dne (chápání, komunikace, sociální interakce, řešení problémů, paměť a orientace, zrak). Složený je z šesti položek, za které lze jednotlivě udělit 0, 5, 10 nebo 15 bodů. Celý test je velmi jednoduchý a zabere pouze několik minut, hodnotitel by však v ideálním případě měl do jisté míry pacienta znát. (15, 18, 41)

Kromě Barthelové testu základních všedních činností byla vyvinuta spousta dalších škál a testů vhodných ke zhodnocení pacientovy soběstačnosti. Ty však nejsou předmětem zkoumání této práce, proto je v následujících podkapitolách uvedeno pouze pár z nich.

2.2.2 Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure, FIM)

FIM (Příloha C) vychází jako spousta dalších z Indexu Barthelové, navíc je v něm ale zohledněna komunikace s pacientem a sociální vztahy. Zahrnuje osmnáct činností rozdělených do šesti okruhů - osobní péče, kontrola svěračů, mobilita, lokomoce, komunikace a sociální adaptabilita. Každá položka je hodnocena 1-7 body (7 za plnou soběstačnost). Minimum celkového součtu je tedy 18, maximum pak 126 bodů. Nespornou výhodou je zahrnutí nejen fyzické aktivity, ale také kognitivních funkcí, v porovnání s testem Barthelové působí tedy daleko uceleněji a citlivěji. (2, 4, 47)

2.2.3 Lawtonova škála instrumentálních denních činností (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living scale, IADL)

Autoři Lawton a Brodyová vytvořili tuto škálu s úmyslem testovat soběstačnost ve složitějších úkonech, na kterých je postavena samostatná existence moderního jedince - instrumentálních denních činnostech (IADL). Hodnotí se v ní schopnost zvládnout telefonování, postarat se o nakupování, přípravu jídla a vaření, vedení domácnosti, praní, dále pak používání dopravy, užívání léků a nakládání s financemi. Za každou činnost, kterou jedinec zvládne, je připočten 1 bod - maximálně je tedy možno získat 8 bodů, v případě plné závislosti je pak skóre nulové. Toto hodnocení

je možné provádět kontinuálně a sledovat tak pacientův vývoj. Škála Lawton-Brodyové (Příloha D) bohužel není vhodná pro posuzování jedinců v institucionální péči, mezi další nevýhody pak patří možná subjektivizace a promítání vlastního pohledu hodnotitele. Inovaci mají na svědomí autoři Filefaum, Lawton a Brodyová, kteří upravili bodový rozsah škály i zastoupení jednotlivých oblastí. (15, 16)

2.2.4 Index nezávislosti v každodenních aktivitách (Index of Independence in Activities of Daily Living, Katzův index ADL)

Jedná se o rychlý test, jehož původní verze hodnotí šest oblastí - koupání, oblékání, vyprazdňování, přemisťování, schopnost udržet moč a stolicí, stravování. Udílení bodů je v původní verzi založeno na principu odpovědí ANO/NE, tedy za každou činnost, kterou pacient zvládá bez cizí dopomoci, je přičten 1 bod. Získání 6 bodů pak značí plnou nezávislost, 4 body lehkou závislost a 0 bodů závislost úplnou. Pro svůj nepříliš bohatý obsah se tento test nehodí pro jemné rozlišování funkčního stavu, není totiž schopen zachytit mírné a pozvolné změny. Dodnes se i přesto těší poměrně širokému využití, ovšem spíše v zahraničních zařízeních (Příloha E). (2, 45)

2.2.5 Frenchayský test aktivit (FAI, Frenchay Activities Index)

Tato jednoduchá škála byla vyvinuta autory Halbrookem a Skilbeckem. Zaměřuje se na hodnocení aktivit odrážející vysoký stupeň nezávislosti a sociálního života a zabere pouze pár minut. Pacient je posuzován ve třech oblastech - ve vedení domácnosti, v trávení volného času a v pracovním zařazení vč. sociálních aktivit. (49)

2.2.6 Test ošetřovatelské zátěže - dle Svanborga, modifikovaný Staňkovou

Tento test zahrnuje osm oblastí šetření: pohybovou schopnost, osobní hygienu, jídlo, inkontinenci moči, inkontinenci stolice, návštěvu toalety, dekubity, spolupráci s nemocným. Každá činnost je opět ve většině případů hodnocena třístupňově, bodové

úrovně se liší. Maximum je 38 bodů, které však neznačí plnou soběstačnost, nýbrž situaci opačnou (Příloha F). (16, 46)

2.2.7 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (Functional Activities Questionnaire, FAQ)

Tento dotazník je jednou z hodnoticích technik vyvinutých speciálně pro pacienty trpící demencí. Je složen z deseti položek, které zahrnují úkony jako je vyplňování úředních dokumentů, pamatování, hraní společenských her, schopnost ohřát vodu, uvaření kávy a vypnutí vařiče. Každá tato činnost může být hodnocena čtyřmi stupni v rozmezí 0-3 bodů (0 = plná výkonnost, 3 = neschopnost úkon provést). Bodový výsledek vyšší než 9 bodů vč. svědčí o organickém poškození mozku, které v úměrnosti s růstem bodů stoupá (Příloha G). (2, 49)

2.3 Hodnoticí techniky pro stanovení rizika vzniku dekubitů

„Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkáni způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze) včetně postižení svalů, šlach a kostí. Jsou tak významně rizikovým stavem pro vznik infekce a ovlivňují celkový stav nemocného, délku a prognózu terapeutického procesu.“ (Pokorná, 2012, s. 113)

Tvorba dekubitů je komplikace, která je pevně spjata se stavu, kdy je pacient upoután na lůžko nebo je výrazným způsobem omezena jeho hybnost. Rizikových faktorů pro vyvinutí dekubitů je hned několik - již zmíněná snížená pohyblivost, poškození CNS, některé skupiny medikamentů (analgetika a sedativa, steroidy, chemoterapeutika), imunosuprese, stav výživy (malnutrice nebo naopak obezita), močová a fekální inkontinence (vlhké prostředí), přidružená onemocnění (diabetes mellitus, sepse a další) a nevhodná manipulace s pacientem. (12, 26, 31)

Vzniku dekubitů lze poměrně snadno předejít. Jejich prevence je jednou z osmi prostředků zajištění kvalitní péče v ošetrovatelství a porodní asistenci. Je prováděna nejen za účelem zvyšování kvality péče, ale také z důvodu snížení nákladů na léčbu této komplikace. V rámci prevence je nutné provádět nespočet opatření, jako je polohování,

blokování negativních zevních mechanických vlivů (např. udržování suchého prostředí), důkladná hygiena, snaha o normalizaci zdravotního stavu, rehabilitace. (28, 30)

Včasné nastolení preventivních opatření je částečně umožněno díky používání posuzovacích technik při vstupním vyhodnocování stavu pacienta, díky čemuž jsou riziková pacienta identifikována a kategorizována podle míry rizika. Tyto škály a testy hrají v posuzování pacienta důležitou roli, měly by se však využívat v kombinaci s klinickým úsudkem. V zahraničí jich bylo dosud publikováno nespočet, nejčastěji však vystupují do popředí škály Nortonové, Bradenové a Waterlowova. (12, 16, 29)

2.3.1 Rozšířená škála podle Nortonové

Škála pro hodnocení rizika pro vznik dekubitů podle Nortonové byla vyvinuta v roce 1962 (Příloha H). Originální verze zahrnuje 5 oblastí (fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci), která je hodnocena čtyřstupňově (1 - velmi špatný, 2 - špatný, 3 - zhoršený, 4 - dobrý). Na základě bodových výsledků jsou pacienti kategorizováni do 5 skupin: pravděpodobně žádné riziko (17-20 bodů), nízké riziko (15-16 bodů), střední riziko (13-14 bodů), vysoké riziko (10-12 bodů) a velmi vysoké riziko (5-9 bodů). Obecně jsou pacienti ohroženi vznikem dekubitů při celkovém součtu 16 bodů a méně. (12, 45)

Přínos používání této škály byl testován v letech 1985-1987 v rámci semináře o prevenci v Essenu. Zde vyšlo najevo, že u některých pacientů, kteří byli na základě hodnocení škálou Nortonové zařazeni do kategorie nerizikových pacientů, se dekubity přesto vyvinuly. Rozšířena byla proto v roce 1987 německou profesorkou Christel Biensteinovou, která zvýšila skóre na 25 bodů a přidala čtyři další položky zahrnující motivaci a ochotu ke spolupráci, věk, stav kůže a souběžná onemocnění (Příloha I). Tato škála dělí pacienty na ty s vysokým rizikem (skóre 14-18 bodů), se středním rizikem (19-23 bodů) a s minimálním rizikem (24 a více). V případě změny jakéhokoliv rizikového faktoru by měl být pacient opět přehodnocen. (12, 52)

Rozšířená škála Nortonové se v české ošetrovatelské praxi rozšířila v průběhu 90. let a v současnosti je u nás využívána zdaleka nejčastěji. Dodnes je podle Ministerstva zdravotnictví známa pouze jedna její verze, správný postup jejího používání byl popsán

v rámci Projektu sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče v roce 2009. (11, 31, 52)

V následujících podkapitolách budou stručně zmíněny některé z dalších škál a testů používaných ke zhodnocení rizika dekubitů.

2.3.2 Waterlowové škála (Waterlow score)

Tato škála je v současnosti ve velké míře využívána britskými sestrami, je považována za daleko podrobnější a přesnější než škála Nortonové. Vyhodnocuje pacienta na základě jeho tělesné konstituce, hmotnosti, kontinence, typu kůže, mobility, pohlaví, věku a chuti k jídlu. Za obzvlášť důležité rizikové faktory autor považuje např. chirurgický zákrok, vliv léků, věku a chorob. Každý rizikový faktor přináší další přiděl bodů do celkového součtu (Příloha J). (12, 16, 31)

2.3.3 Škála podle Bradenové

Tato škála je dnes běžně využívána v rámci mnoha oddělení včetně intenzivní péče, v České republice však uplatnění nenašla. Soustředí se na senzickou percepci (pocitování nepohodlí), vlhkost a pomočování, fyzickou aktivitu (zejména chůzi), mobilitu (schopnost pacienta měnit samostatně polohu), výživu a tření kůže („nůžkový efekt“, riziko sklouzávání po prostěradle nebo křesle). Každá dimenze je hodnocena body od 1 do 3 (případně 4) s maximálním celkovým součtem 23, při čemž 16 a méně bodů představuje vysoké riziko vzniku dekubitů. Oproti škále Nortonové tedy obsahuje navíc položky týkající se střížných sil a výživy, na druhou stranu ale naprosto opomíjí věk a přidružené choroby pacienta. Přesto je v současné době považována za vůbec nejsenzitivnější (Příloha K). (12, 16, 52)

2.3.4 Knollova stupnice

Tabulka je rozdělena do osmi oblastí - všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy a tekutin, náchylnost k chorobám. Bodově mohou být ohodnoceny čísla 0-3, celkový maximální součet je 24 s hranicí pro možné riziko vzniku dekubitu na 12 bodech. Některé položky jsou označeny značkou ve tvaru hvězdičky, což znamená zdvojnásobení udělených bodů. (45, 49)

2.4 Škály a testy používané ke zhodnocení pacientovy bolesti

Bolest je subjektivním pocitem, který negativně ovlivňuje celou biopsychosociální osobnost pacienta a úzce souvisí s celkovou kvalitou jeho života. Každý člověk vnímá bolest individuálně, proto byly vytvořeny škály a testy, které míru bolesti dokážou kvantifikovat. Před použitím dané hodnoticí techniky je nutné pacienta edukovat o způsobu jejího používání, v průběhu hodnocení navíc musíme formulovat otázky přesně, aby nebylo pochyby o tom, jaký údaj o bolesti právě zjišťujeme (současná bolest, nejhorší, či například průměrná bolest za 24 hodin). Jednoduché metody (např. VAS, NRS) zjišťují pouze intenzitu bolesti, pomocí metod vícerozměrných jsme pak schopni posoudit ji ve více dimenzích. Tyto metody však bývají časově náročné, proto se k jejich používání uchylují spíše specializovaná centra. (30)

Za naprosto základní škálu pro posuzování intenzity bolesti lze považovat vizuální analogovou škálu (VAS) (Příloha L). Je zobrazena ve formě úsečky dlouhé cca 10cm, která může být posazena vertikálně i horizontálně a je ohraničena slovními popisky v podobě „žádná bolest“ a „nejhorší možná bolest“. Pacient má za úkol zakreslit značku v takovém místě, aby nejvíce odpovídala jeho současné míře bolesti. Další oblíbenou alternativou je např. číselná škála bolesti (NRS) nebo obličejová škála, která bývá využívána zejména při práci s pacienty s omezenou schopností komunikace. Zvolit můžeme také škálu verbální, kdy jsou pacientovi nabízeny slovní varianty, např. mírná, středně silná, nesnesitelná aj. (30, 44, 49)

Ze sféry vícerozměrných metod můžeme jmenovat např. McGillský dotazník bolesti (MPQ), který slouží k širokému hodnocení bolesti neuropatické. Dále lze využít

např. grafický záznam bolesti podle Institutu Gustave Roussy, krátký inventář bolesti (BPI), hodnocení bolesti dle Hospital Broussais, kalendář bolesti, dotazník copingu bolesti či minnesotský vícefázový osobnostní inventář (MMPI). V psychiatrii může najít uplatnění kupříkladu dotazník SCL-90 (Symptoms Checklist 90) nebo PAINAD (Pain Assesment in Advanced Dementia). (6, 15, 16)

2.5 Nástroje pro hodnocení kognitivních schopností

Kognitivní (poznávací) schopnosti zahrnují procesy přijímání a ukládání informací, jejich znovuvybavení a následné použití a také schopnost vyjadřování a učení. Jednou z nejvýznamnějších rozsáhlých poruch této oblasti je stařecká demence. Stále častěji je zmiňována také mírná kognitivní porucha (MCI), která představuje přechod mezi fyziologickými kognitivními změnami a časnou demencí a která je zároveň považována za její rizikový faktor. Dále je nutno zmínit delirium (stav zmatenosti vyznačující se rychlým nástupem a kolísavostí v průběhu dne) a depresi, která často svými projevy demenci napodobuje. (15, 47)

Hodnoticích technik zaměřujících se na tuto sféru existuje nespočet, my zde jmenujeme pouze několik z nich. Příkladem může být Folsteinův test (MMSE) (Příloha M), který slouží ke kvantifikaci kognitivního deficitu. Je v něm hodnocena paměť, orientace, pozornost, schopnost pojmenovat předměty, čtení, psaní a vizuálně-konstruktivní schopnosti. Mezi hojně využívanými technikami najdeme dále test kreslení hodin (CDT), který je schopen odhalit počáteční stadium demence a většinou doplňuje MMSE v průběhu běžného screeningu i soustavné monitorace. Pro detekci lehké demence, což je známá slabina MMSE, se hodí test s názvem DemTect, pro diagnostiku mírné kognitivní poruchy pak může hodnotitel použít sedmiminutový screeningový test (7MST). (15, 43, 44)

2.6 Posuzování stavu vědomí

„Lidské vědomí je stav vnímání a plného uvědomování si sebe sama i okolí. Při normálním stavu vědomí je člověk schopen správně zpracovávat informace a být tak orientován v prostoru, čase a o své osobě a správně hodnotit situaci a vyznat se v ní.“ (Vytejková et al., 2013, s. 53)

Neporušené vědomí svědčí o správné a ucelené činnosti CNS. Příčinou narušeného vědomí však nemusí být pouze poškození mozku, v úvahu přichází například i intoxikace nebo hypoxie. Pro hodnocení stupně vědomí jsou škály a testy nenahraditelné, soustředí se zejména na zjišťování verbálního projevu, reakce na oslovení, pohybové odpovědi a reakce zornic. (25)

Glasgow Come Scale (GCS) (Příloha N) je tuzemsky velmi často používaným jednoduchým nástrojem, který slouží k rychlému posouzení stavu vědomí. Je v něm hodnoceno otevírání očí a slovní a motorická odpověď na podněty. Hodnocení probíhá vždy v rámci posuzování pacienta při příjmu, u pacientů s poruchou vědomí je pak často indikováno jeho pravidelné opakování. Škál pro hodnocení vědomí ale existuje daleko více - jmenovat můžeme např. hodnocení vědomí podle schématu Beneš-Zvěřina, Drábkovu škálu nebo Ramsey Sedation Scale (RSS), která určuje hloubku sedace. (25, 38, 47)

2.7 Škály a testy pro zhodnocení rizika pádů

Neočekávaný pád pacienta ve zdravotnickém zařízení je považován za mimořádnou událost spojenou s nepříjemnými důsledky. Jedním z problémů, se kterým se v souvislosti s pády potýkáme, jsou zvýšené finanční náklady spojené s komplikacemi, které z nich vyplývají. Všechny pády pacienta podléhají povinnému hlášení a musí být pečlivě zaznamenány. (1, 34)

I zde je vhodné využívat hodnotících technik. Ty jsou zaměřeny na rizikové faktory, které mohou potenciálně vést ke vzniku pádu, jde např. o nedostatečnou úroveň kognitivních funkcí, bolest nebo sníženou svalovou sílu. Riziko pádu je u pacienta zjišťováno neprodleně po přijetí na oddělení nebo při změně jeho stavu. (1, 45)

Jednou ze součástí běžné anamnestické části ošetrovatelské dokumentace je jednoduchý screening pro určení rizika pádu. (Příloha O) Pacient je hodnocen v oblastech pohybu, vyprazdňování, rizikové medikace, smyslových poruch, orientovanosti a věku. Navíc jsou zde zohledněny případné pády, které proběhly v minulosti. Podle výsledků testu je pak nutné dle zvyklosti oddělení nastolit náležitá bezpečnostní opatření. Dalšími vhodnými nástroji může být např. stupnice podle Morse nebo Get Up and Go Test, který funguje na principu zadání úkolu na prověření pacientovy schopnosti pohybu. (2, 45, 48)

2.8 Hodnocení nutričního stavu pacienta

Nutriční stav je jeden z nejdůležitějších bodů ovlivňujících celkový stav pacienta a jeho léčby. Zasahuje do funkce celého organismu a ovlivňuje například i hojení ran, kdy může v případě nekvalitní výživy docházet k jeho prolongaci. (49)

Nutriční screening je jedním z trendů moderní ošetrovatelské péče. Zajišťuje zmapování současného stavu výživy, na jehož základě je vystavena komplexní péče v této oblasti za účelem zabránění vzniku malnutrice nebo jejího prohloubení. Při prvním kontaktu s pacientem dochází v rámci ošetrovatelské anamnézy ke kategorizování dle rizika vzniku malnutrice, na základě čehož je rizikovým pacientům následně věnována zvláštní pozornost. (32, 50)

Nejčastěji je v rámci nutriční anamnézy využíván Nottinghamský screeningový dotazník (Příloha P), který je vhodný pro pacienty v nemocniční nebo ústavní péči, a Mini Nutritional Assessment (MNA), určený pro ambulantní screening jedinců žijících samostatně. Tento test je nejuznávanějším screeningovým nástrojem pro hodnocení stavu výživy u seniorů. Dále můžeme jmenovat např. poměrně známý nutriční rizikový screening (NRS), subjektivní globální hodnocení nutričního stavu (SGA) nebo univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice (MUST). Nedílnou součástí hodnocení nutričního stavu je základní antropometrické vyšetření, které zahrnuje měření tělesné výšky a hmotnosti pacienta, na základě čehož je stanoven váhový výškový index. Nejčastěji je využíván Body mass index (BMI), dále můžeme jmenovat např. Broccův index nebo Bonhardtův vzorec. (3, 5, 15)

2.9 Doplnující hodnoticí techniky v dalších oblastech posouzení stavu pacienta

Můžeme nalézt spoustu dalších sfér, kterými bychom se mohli v rámci hodnocení stavu daného pacienta zabývat. Jednou z takových oblastí mohou být rizika v souvislosti s kvalitou dýchání a jejich hodnocení pomocí Biensteinovy škály. Dalším možným rizikem je lokální infekce s následným rozvojem flebitis při zavedeném periferním žilním katéttru, kde využíváme klasifikace podle Maddona. Na specializovaných pracovištích se můžeme setkat s hodnocením motorických schopností a spasticity pomocí jednoduché škály hodnocení svalového hypertonu dle Ashwortha. (9, 33, 45)

Nesmíme zapomínat ani na psychický stav pacienta, jeho výchyly odhalí kvantum dalších testů a škál, např. Beckův inventář úzkosti, Zungova sebeposuzovací stupnice deprese, Hamiltonova škála anxiety, škála pozitivních a negativních symptomů, Hamiltonova psychiatrická škála nebo Beckova sebeposuzovací stupnice deprese. (17)

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady bakalářské práce

3.1.1 Cíle práce

- Cíl 1** Popsat základní škály a testy používané všeobecnou sestrou k vyhodnocení soběstačnosti pacienta a pro zjištění rizika vzniku dekubitů na standardních odděleních vybraných zdravotnických zařízení.
- Cíl 2** Zjistit, jak komplexní je Barthel test základních všedních činností z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jeho položek.
- Cíl 3** Zjistit, jak komplexní je škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jejich položek.

3.1.2 Výzkumné předpoklady

- Předpoklad 2** Předpokládáme, že více než 30 % všeobecných sester považuje Barthel test základních všedních činností za nekomplexní.
- Předpoklad 3** Předpokládáme, že více než 32 % všeobecných sester považuje rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za nekomplexní.

3.2 Metodika výzkumu

Pro sběr dat byl zvolen kvantitativní výzkum metodou strukturovaného rozhovoru (Příloha Q). Před samotným výzkumem byla provedena pilotní studie o výzkumném vzorku 10 respondentů, která měla ověřit, zda jsou otázky formulovány srozumitelně. Na základě výsledků tohoto předvýzkumu byly rovněž upřesněny výzkumné předpoklady. Zvolená forma strukturovaného rozhovoru se prokázala jako vyhovující, a proto byla v nezměněné podobě použita pro následující výzkum.

Výzkumné šetření bylo realizováno na osmi odděleních Krajské nemocnice Liberec, a.s., čtyřech interních a čtyřech chirurgických, v průběhu října a listopadu 2016 a února a března 2017. Respondentům bylo pokládáno celkem 22 otázek, z toho 14 uzavřených a 8 otevřených, z nichž ve třech otázkách bylo možné uvést více než jednu odpověď. Čtyři otázky byly použity za účelem bližší charakteristiky výzkumného vzorku, přičemž jedna z nich (otázka č. 3) byla míněna jako kontrolní pro zjištění úrovně dosaženého vzdělání v souladu se současným věkem. Další čtyři otázky jsou pro doplnění tématu zaměřeny na problematiku obecného využívání hodnoticích technik na daném oddělení. Následujících čtrnáct otázek bylo rovnoměrně rozděleno k problematice Bartheové testu základních všedních činností a rozšířené škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. V průběhu výzkumu byly respondentům k dispozici zkoumané škály k nahlédnutí.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Osloveno bylo celkem 37 respondentů ze čtyř interních a čtyř chirurgických oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. Do výzkumu byly zapojeny pouze všeobecné sestry s vysokoškolským, vyšším odborným nebo středoškolským vzděláním pracující bez odborného dohledu. Výzkumný vzorek byl tvořen pouze ženami. Z oslovených respondentů se výzkumu nakonec zúčastnilo 33 jedinců, což činí úspěšnost 89 %. Bližší informace o zkoumaném vzorku jsou dále analyzovány v rámci prvních čtyř položek strukturovaného rozhovoru.

3.4 Analýza výzkumného šetření

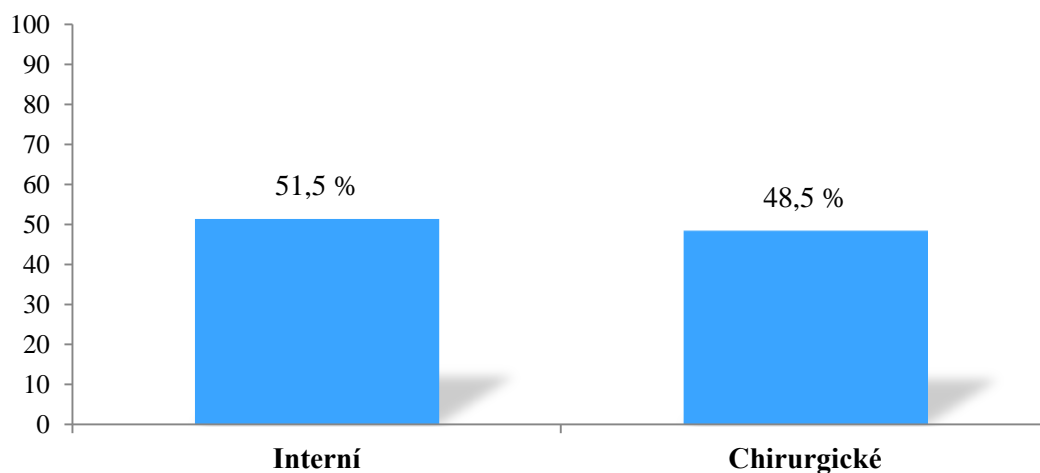
Výsledky šetření byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel 2010 do kontingenčních tabulek a doplněny sloupcovými grafy. Jsou uváděny v absolutní, relativní i celkové četnosti a v procentech, kdy byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

3.4.1 Analýza výzkumných dat blíže charakterizující výzkumný vzorek

3.4.1.1 Analýza výzkumné položky č. 1: Oddělení

Tab. 1 Oddělení

Odpověď	n_i	f_i [%]
Interní	17	51,5
Chirurgické	16	48,5
Σ	33	100,0



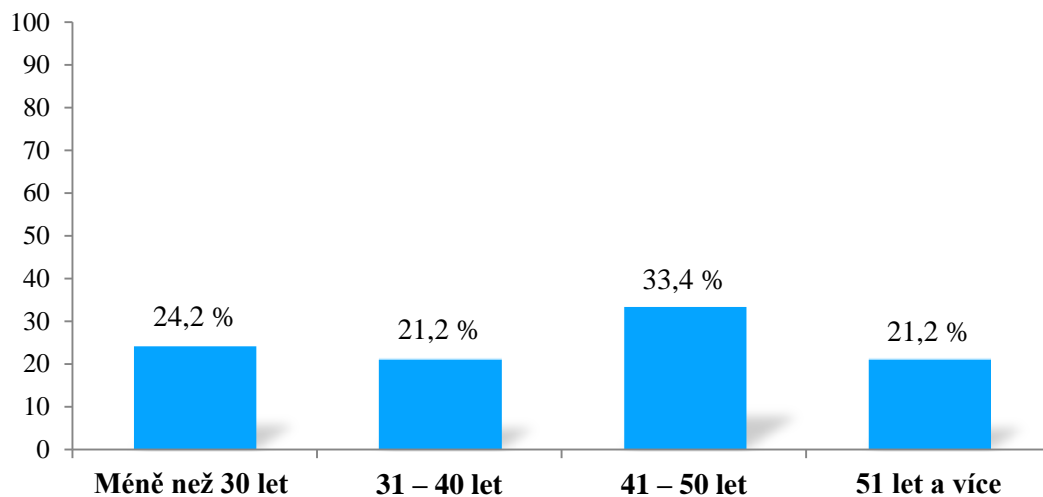
Graf 1 Oddělení

Vzorek respondentů byl složen ze 17 všeobecných sester pracujících na interním oddělení (51,5 %) a z 16 všeobecných sester pracujících na oddělení chirurgickém (48,5 %).

3.4.1.2 Analýza výzkumné položky č. 2: Věk respondentů

Tab. 2 Věk respondentů

Odpověď	n_i	f_i [%]
Méně než 30 let	8	24,2
31 – 40 let	7	21,2
41 – 50 let	11	33,4
51 let a více	7	21,2
Σ	33	100,0



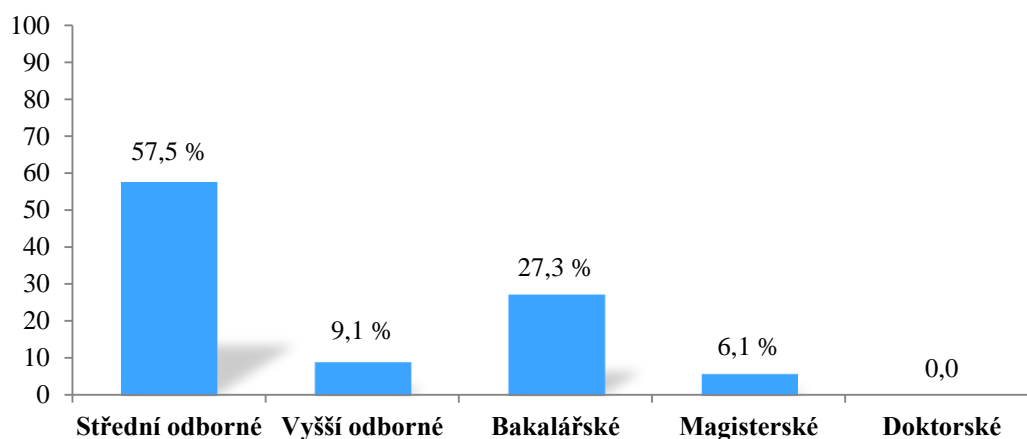
Graf 2 Věk respondentů

Nejvíce zastoupenou byla věková skupina v rozmezí 41 – 50 let, která s počtem 11 respondentů tvořila 33,4 % výzkumného vzorku. Věková skupina méně než 30 let zahrnovala 8 respondentů (24,2 %) a zcela nejméně se výzkumného šetření zúčastnili respondenti ve věku 31 – 40 let a 51 let a více, v obou bylo zaznamenáno 7 respondentů tvořících 21,2 %.

3.4.1.3 Analýza výzkumné položky č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	n_i	f_i [%]
Střední odborné	19	57,5
Vyšší odborné	3	9,1
Bakalářské	9	27,3
Magisterské	2	6,1
Doktorské	0	0,0
Σ	33	100,0



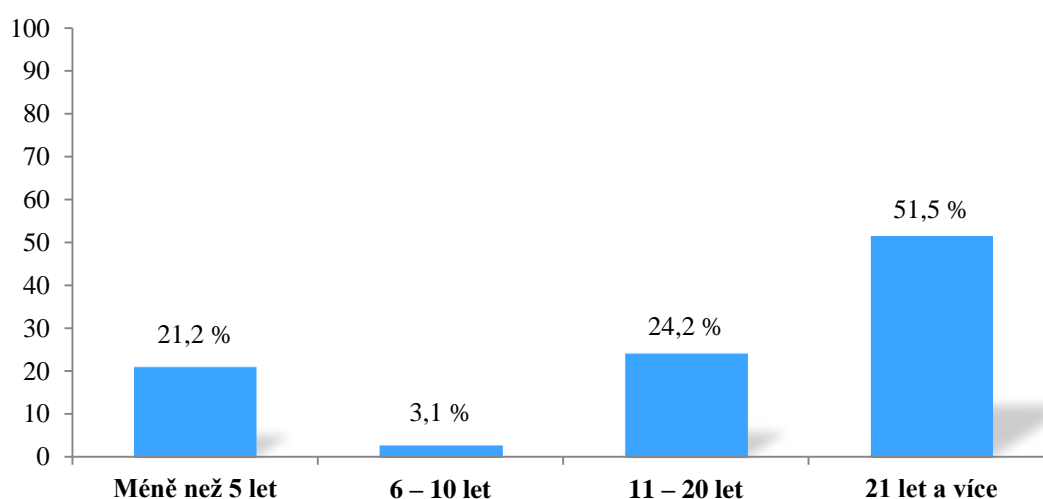
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Respondentů se středoškolským vzděláním se výzkumného šetření zúčastnilo 19 (57,5 %), s bakalářským titulem 9 (27,3 %). Celkem 3 respondenti dosáhli vyššího odborného vzdělání, 2 respondenti získali magisterský titul (6,1 %).

3.4.1.4 Analýza výzkumné položky č. 4: Délka praxe v oboru

Tab. 4 Délka praxe v oboru

Odpověď	n_i	f_i [%]
Méně než 5 let	7	21,2
6 – 10 let	1	3,1
11 – 20 let	8	24,2
21 let a více	17	51,5
Σ	33	100,0



Graf 4 Délka praxe v oboru

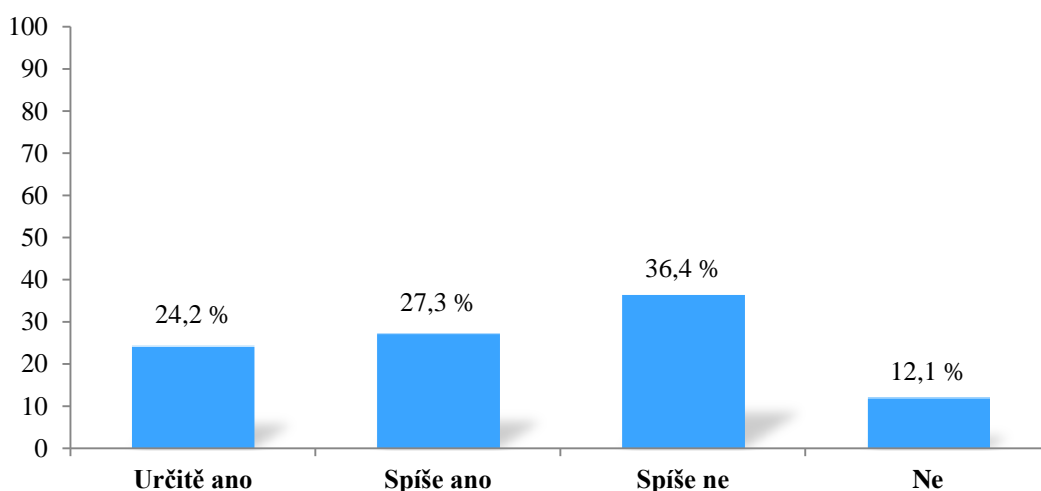
Nejvíce respondentů, tedy 17 (51,5 %), pracuje v ošetrovatelské praxi déle než 21 let. S počtem 8 respondentů (24,2 %) byla další nejčtenější odpovědí délka praxe mezi 11 a 20 lety, 7 respondentů (21,2 %) uvedlo délku praxe kratší než 5 let. Varianta s délkou praxe 6 – 10 let byla zmíněna pouze jedním respondentem (3,1 %).

3.4.2 Analýza výzkumných dat obecně zaměřených na hodnoticí techniky na daném oddělení

3.4.2.1 Analýza výzkumné položky č. 5: Celková spokojenost s výběrem hodnoticích testů a škál na oddělení

Tab. 5 Celková spokojenost s výběrem hodnoticích testů a škál na oddělení

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	8	24,2
Spíše ano	9	27,3
Spíše ne	12	36,4
Ne	4	12,1
Σ	33	100,0



Graf 5 Celková spokojenost s výběrem hodnoticích testů a škál na oddělení

Celkem 12 respondentů (36,4 %) uvedlo, že spíše nejsou spokojeni s výběrem druhů hodnoticích škál na svém oddělení a 9 respondentů (27,3 %) je naopak spíše spokojeno. 8 respondentů (24,2 %) zvolilo odpověď určitě ano a pouze 4 respondenti (12,1 %) se uchýlili k odpovědi ne.

3.4.2.2 Analýza výzkumné položky č. 6: Důvod celkové nespokojenosti s výběrem hodnoticích škál a testů na oddělení

Tab. 6 Důvod celkové nespokojenosti s výběrem hodnoticích škál a testů na oddělení

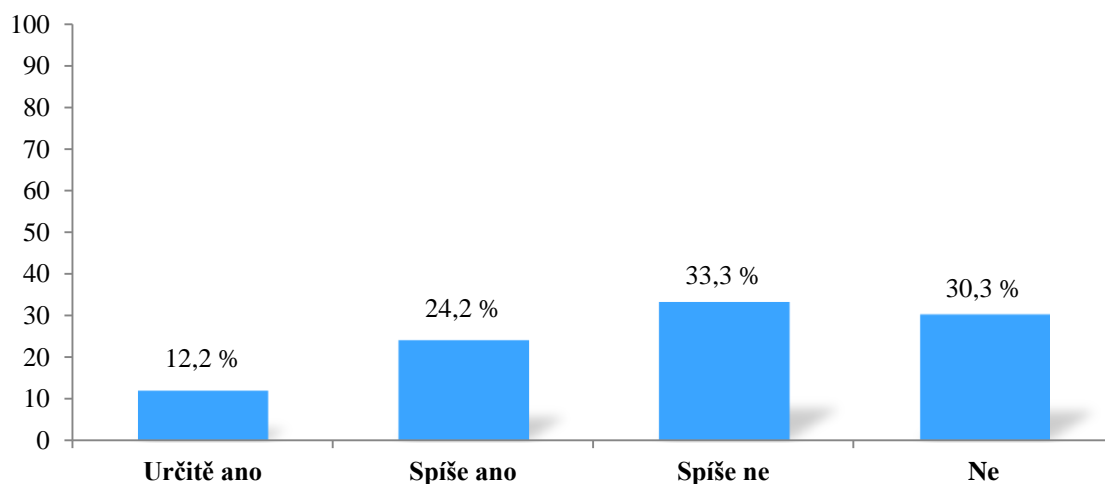
Odpověď	n_i	f_i [%]
Příliš mnoho škál a testů	16	100,0
Σ	16	100,0

Z 16 respondentů, kteří v otázce č. 5 odpověděli jednu ze záporných odpovědí (spíše ne a ne), všichni uvedli jako důvod své nespokojenosti příliš velký počet škál a testů.

3.4.2.3 Analýza výzkumné položky č. 7: Hodnoticí techniky a jejich objektivita

Tab. 7 Hodnoticí techniky a jejich objektivita

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	4	12,2
Spíše ano	8	24,2
Spíše ne	11	33,3
Ne	10	30,3
Σ	33	100,0



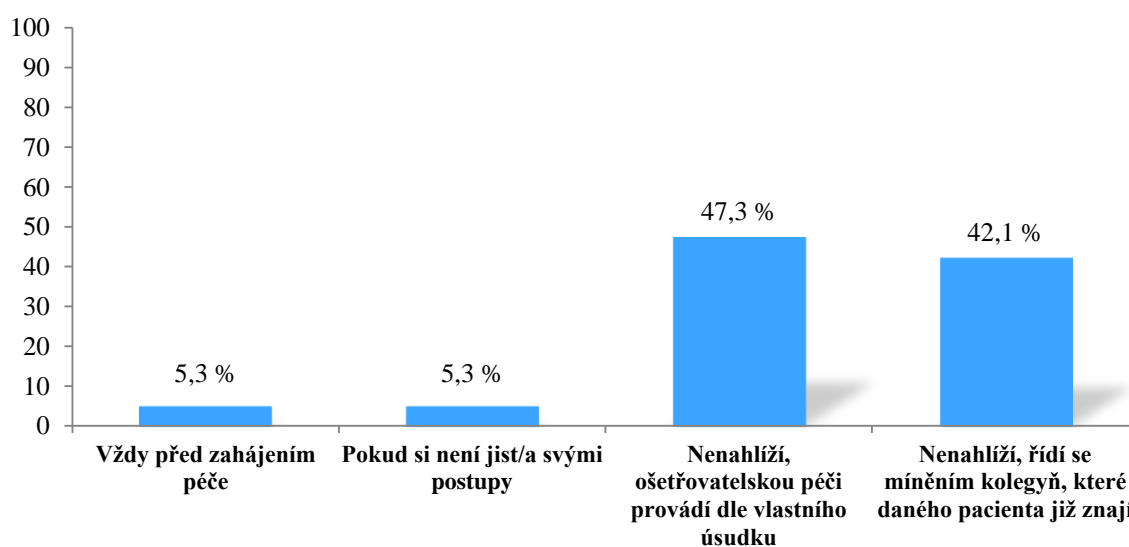
Graf 6 Hodnoticí techniky a jejich objektivita

11 respondentů (33,3 %) udává, že pomocí škál a testů objektivně hodnotit spíše nelze. Dalších 10 respondentů (30,3 %) uvedlo striktně zápornou odpověď, 8 respondentů (24,2 %) se přiklání k odpovědi spíše ano a pouze 4 respondenti (12,2 %) zvolili odpověď určitě ano.

3.4.2.4 Analýza výzkumné položky č. 8: Nahlížení do výsledků hodnoticích testů a škál u neznámého pacienta

Tab. 8 Nahlížení do výsledků hodnoticích testů a škál u neznámého pacienta

Odpověď	n_i	f_i [%]
Vždy před zahájením péče	2	5,3
Pokud si není jist/a svými postupy	2	5,3
Nenahlíží, ošetrovatelskou péči provádí dle vlastního úsudku	18	47,3
Nenahlíží, řídí se míněním kolegyň, které daného pacienta již znají	16	42,1
Σ	38	100,0



Graf 7 Nahlížení do výsledků hodnoticích testů a škál u neznámého pacienta

U otázky č. 8 bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem 18 respondentů (47,3 %) provádí ošetrovatelskou péči podle vlastního úsudku, 16 respondentů (42,1 %) řídí se míněním kolegyň, které daného pacienta již znají.

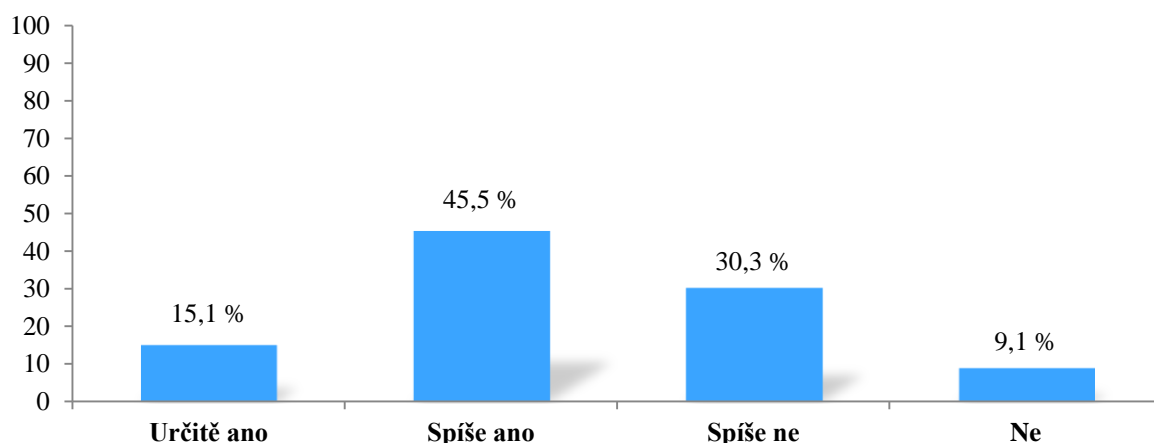
se v případě prvotního poskytování péče cizímu pacientovi řídí míněním kolegyň, které již daného pacienta znají. Pouze 2 respondenti (5,3 %) v případě nejistoty nahlédnou do výsledků škál a testů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, pro další 2 respondenty (5,3 %) je nahlížení do těchto výsledků primárním postupem.

3.4.3 Analýza výzkumných dat týkajících se Barthelové testu základních všedních činností

3.4.3.1 Analýza výzkumné položky č. 9: Vhodnost Barthelové testu základních všedních činností k posuzování pacientovy soběstačnosti

Tab. 9 Vhodnost Barthelové testu základních všedních činností k posuzování pacientovy soběstačnosti

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	5	15,1
Spíše ano	15	45,5
Spíše ne	10	30,3
Ne	3	9,1
Σ	33	100,0



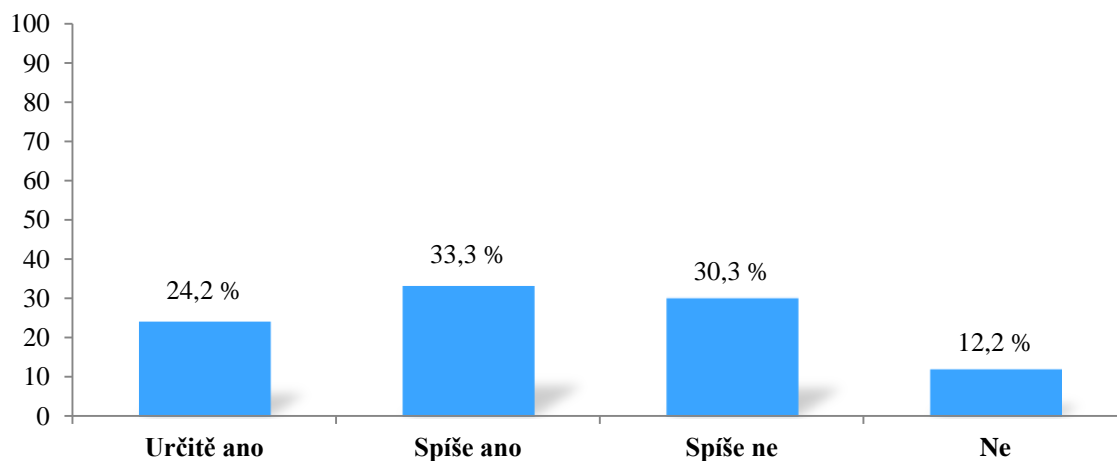
Graf 8 Vhodnost Barthelové testu základních všedních činností k posuzování pacientovy soběstačnosti

15 respondentů (45,5 %) Barthelové test základních všedních činností za dobrou techniku spíše považuje, 10 respondentů (30,3 %) naopak spíše ne. 5 respondentů (15,1 %) uvedlo odpověď určitě ano a pouze 3 respondenti (9,1 %) odpověděli striktně záporně.

3.4.3.2 Analýza výzkumné položky č. 10: Aktuálnost Barthelové testu základních všedních činností

Tab. 10 Aktuálnost Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	8	24,2
Spíše ano	11	33,3
Spíše ne	10	30,3
Ne	4	12,2
Σ	33	100,0



Graf 9 Aktuálnost Barthelové testu základních všedních činností

Zde bylo zaznamenáno nejvíce odpovědí z prostřední části škály: 11 respondentů (33,3 %) zvolilo na otázku aktuality tohoto testu odpověď spíše ano, 10 respondentů (30,3 %) tento test za aktuální spíše nepovažuje. Dalších 8 respondentů (24,2 %) zvolilo odpověď určitě ano a 4 respondenti (12,2 %) odpověď ne.

3.4.3.3 Analýza výzkumné položky č. 11: Absence konkrétní položky u Barthelové testu základních všedních činností

Tab. 11 Absence konkrétní položky u Barthelové testu základních všedních činností

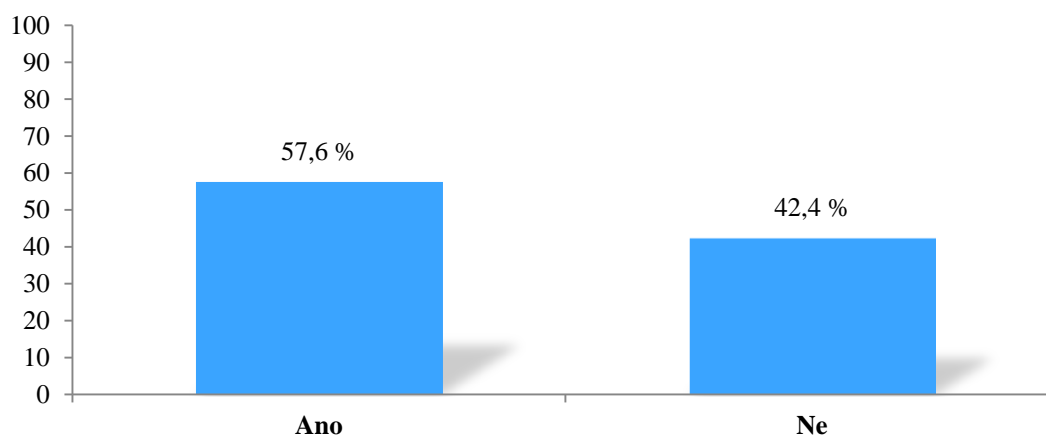
Odpověď	n_i	f_i [%]
Ano	0	0,0
Ne	33	100,0
Σ	33	100,0

33 respondentů (100 %) uvedlo, že jim žádná položka v Barthelové testu základních všedních činností nechybí.

3.4.3.4 Analýza výzkumné položky č. 12: Přítomnost výhrad k položkám Barthelové testu základních všedních činností

Tab. 12 Přítomnost výhrad k položkám Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	n_i	f_i [%]
Ano	19	57,6
Ne	14	42,4
Σ	33	100,0



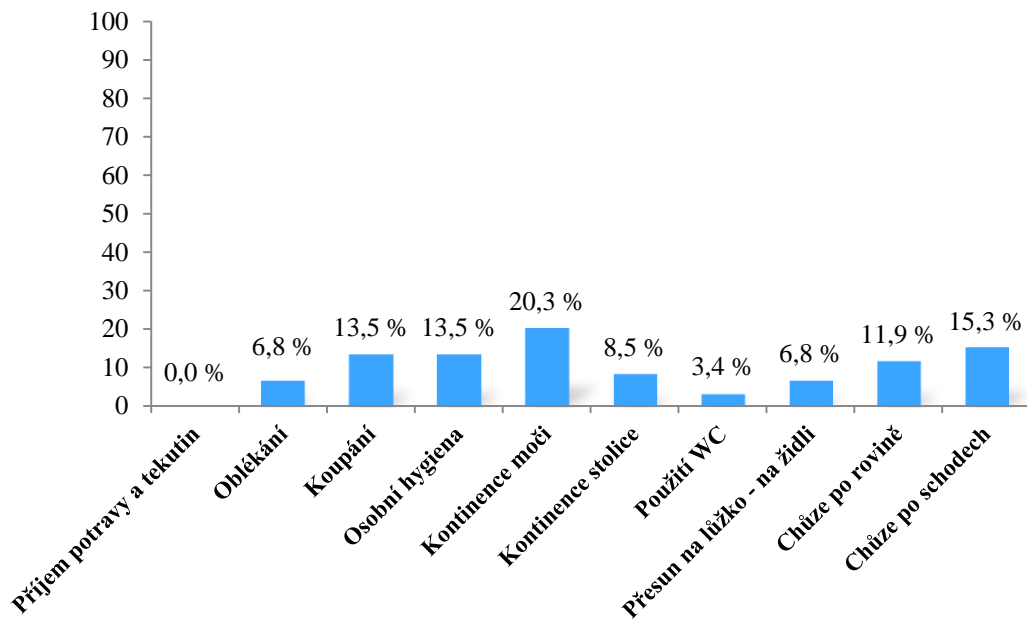
Graf 10 Přítomnost výhrad k položkám Barthelové testu základních všedních činností

Tuto otázku lze považovat za filtrační. Celkem 19 respondentů (57,6 %) mělo výhrady ke konkrétním položkám Barthelové testu základních všedních činností, 14 (42,4 %) zůstalo bez připomínek.

3.4.3.5 Analýza výzkumné položky č. 13: Zastoupení jednotlivých položek Barthelové testu základních všedních činností, ke kterým měli respondenti výhrady

Tab. 13 Zastoupení jednotlivých položek Barthelové testu základních všedních činností, ke kterým měli respondenti výhrady

Odpověď	n_i	f_i [%]
Příjem potravy a tekutin	0	0,0
Oblékání	4	6,8
Koupání	8	13,5
Osobní hygiena	8	13,5
Kontinence moči	12	20,3
Kontinence stolice	5	8,5
Použití WC	2	3,4
Přesun na lůžko - na židli	4	6,8
Chůze po rovině	7	11,9
Chůze po schodech	9	15,3
Σ	59	100,0



Graf 11 Zastoupení jednotlivých položek Barthelové testu základních všedních činností, ke kterým měli respondenti výhrady

Zde mohli respondenti zvolit více odpovědí, výhrady byly zaznamenány ke každé položce krom položky týkající se příjmu potravy a tekutin. Nespokojenost respondenti nejčastěji vyjádřili s položkou kontinence moči, a to ve 12 případech (20,3 %). Chůze po schodech byla zmíněna 9krát (15,3 %), koupání a osobní hygiena obě celkem 8krát (13,5 %). Celkem 7 respondentů (11,9 %) mělo výhrady k položce chůze po rovině, 5 respondentů (8,5 %) k položce kontinence stolice a 4 respondenti (6,8 %) se podělili o připomínky k položkám přesun na lůžko - na židli a oblékání. 2 respondenti (3,4 %) vyjádřili nespokojenost s položkou použití WC.

Tab. 14 Důvody nespokojenosti s jednotlivými položkami Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	Důvod	n _i	f _i [%]
Příjem potravy a tekutin	Bez připomínek	0	0,0
Oblékání	Nadbytečnost	4	6,8
Koupání	Nerozlišení bodových hodnot u možnosti "samostatně a "s pomocí"	4	6,8
	Duplicitní k položce osobní hygiena	4	6,8
Osobní hygiena	Nerozlišení bodových hodnot u možnosti "samostatně a "s pomocí"	4	6,8
	Duplicitní k položce koupání	4	6,8
Kontinence moči	Nadbytečnost	1	1,6
	Kam zařadit pacienta s PMK?	7	11,9
	Nevhodná formulace odpovědí	4	6,8
Kontinence stolice	Nadbytečnost	2	3,4
	Kam zařadit pacienta se stomií?	2	3,4
	Nevhodná formulace odpovědí	1	1,6
Použití WC	Nadbytečnost	2	3,4
Přesun na lůžko – na židli	Nadbytečnost	2	3,4
	Subjektivní posouzení odpovědí	2	3,4
Chůze po rovině	Nadbytečnost	3	5,1
	Subjektivní posouzení odpovědí	4	6,8
Chůze po schodech	Nadbytečnost	9	15,2
Σ		59	100,0

U této otázky měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, shromážděno bylo celkem 59 odpovědí od 19 respondentů, tedy od těch, kteří v předchozí otázce týkající se přítomnosti výhrad k dané škále odpověděli kladně. Nejčtenější připomínkou byla nadbytečnost položky chůze po schodech, tuto skutečnost uvedlo 9 respondentů

(15,2 %). Za nadbytečnou je rovněž považována položka oblékání (4 respondenti; 6,8 %), chůze po rovině (3 respondenti; 5,1 %), přesun na lůžko – na židli (2 respondenti; 3,4 %), použití WC (2 respondenti; 3,4 %), kontinence stolice (2 respondenti; 3,4 %) a kontinence moči (1 respondent; 1,6 %).

Celkem 4 respondenti (6,8 %) měli výhrady k položkám koupání a osobní hygiena, považují je takřka za shodné a jedna z nich by podle nich měla být z testu vyškrtnuta. Další 4 respondenti (6,8 %) pak u obou položek poukazovali na absenci bodového rozlišení odpovědí „samostatně“ a „s pomocí“.

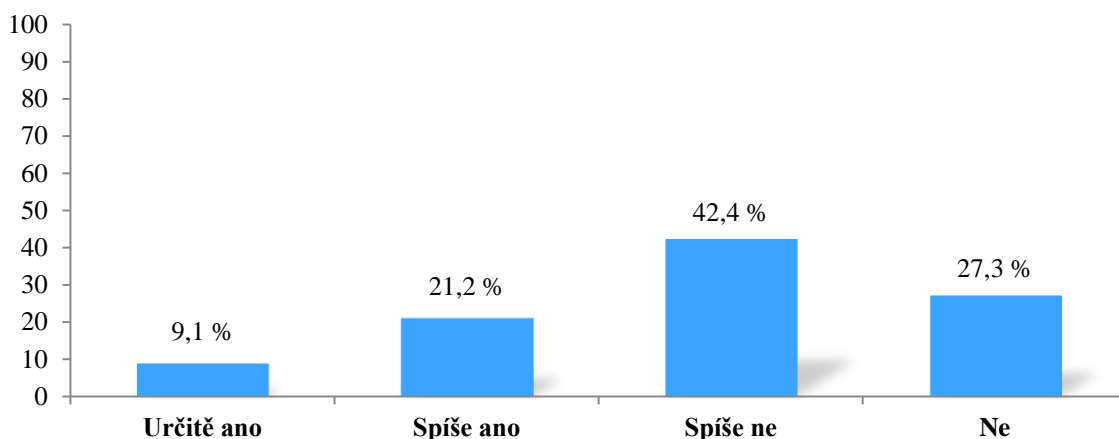
Respondenti dále reagovali na nejasné formulace odpovědí u oblastí kontinence moči (4 respondenti; 6,8 %) a kontinence stolice (1 respondent; 1,6 %). U kontinence moči se také často objevil problém ohledně posuzování pacienta s PMK (7 respondentů; 11,9 %) a se stomií (2 respondenti; 3,4 %), kteří se vyznačují jistou specifitou a tak respondenti často nevědí, kam tyto pacienty zařadit.

Dalším problémem je podle respondentů riziko subjektivního volení odpovědi v oblasti přesun na lůžko – na židli (2 respondenti; 3,4 %) a chůze po rovině (4 respondenti; 6,8 %), zde zejména co se týče zařazení pacienta využívajícího kompenzačních pomůcek v podobě francouzských holí či berlí, kdy je podle respondentů možné označit jak odpověď „samostatně“, tak „s pomocí“.

3.4.3.6 Analýza výzkumné položky č. 14: Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Barthelové testu základních všedních činností

Tab. 15 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	3	9,1
Spíše ano	7	21,2
Spíše ne	14	42,4
Ne	9	27,3
Σ	33	100,0



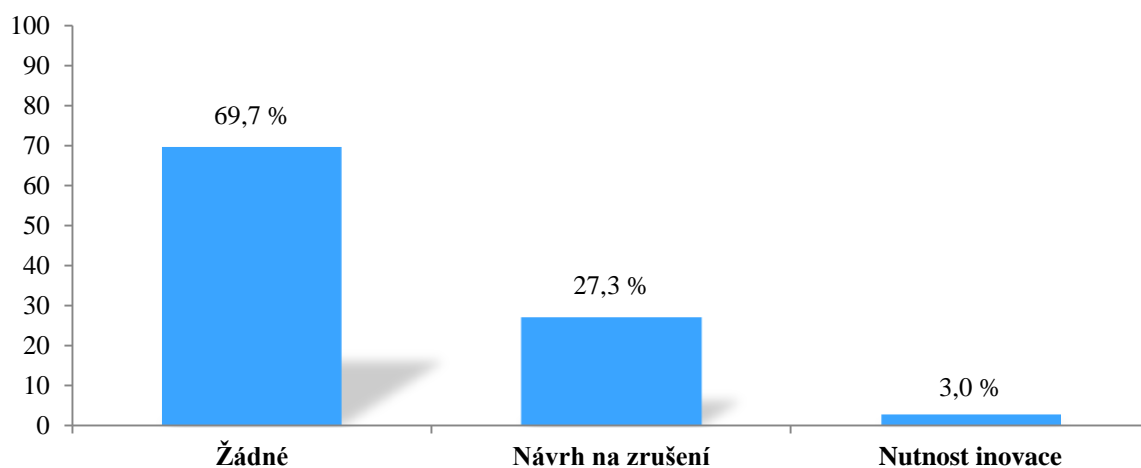
Graf 12 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Barthelové testu základních všedních činností

Celkem 14 respondentů (42,4 %) považuje výsledné kategorické zařazení pacienta v rámci Barthelové testu základních všedních činností za spíše neodpovídající, 9 respondentů (27,3 %) zvolilo dokonce striktně zápornou odpověď. Odpověď spíše ano byla zvolena 7 respondenty (21,2 %) a zbývající odpověď určitě ano pouze 3 respondenty (9,1 %).

3.4.3.7 Analýza výzkumné položky č. 15: Další poznámky k Barthelové testu základních všedních činností

Tab. 16 Další poznámky k Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	n_i	f_i [%]
Žádné	23	69,7
Návrh na zrušení	9	27,3
Nutnost inovace	1	3,0
Σ	33	100,0



Graf 13 Další poznámky k Barthelové testu základních všedních činností

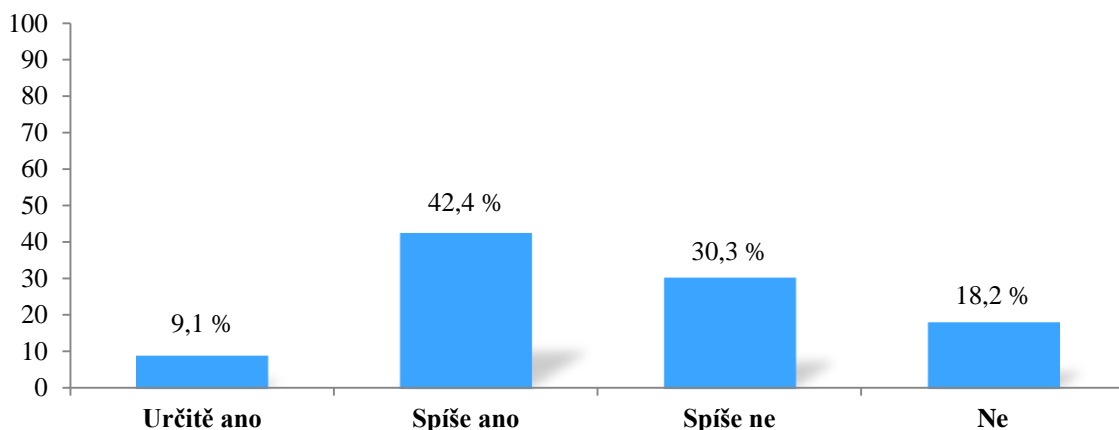
Valná většina, tedy 23 (69,7 %) respondentů žádné další připomínky k tomuto testu nemá, 9 (27,3 %) by ovšem daný test nejraději úplně z ošetrovatelské dokumentace vyškrtnli. Zbývající 1 respondent (3,0 %) by ocenil jeho inovaci.

3.4.4 Analýza výzkumných dat týkajících se rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

3.4.4.1 Analýza výzkumné položky č. 16: Vhodnost rozšířené škály dle Nortonové ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů

Tab. 17 Vhodnost rozšířené škály dle Nortonové ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	3	9,1
Spíše ano	14	42,4
Spíše ne	10	30,3
Ne	6	18,2
Σ	33	100,0

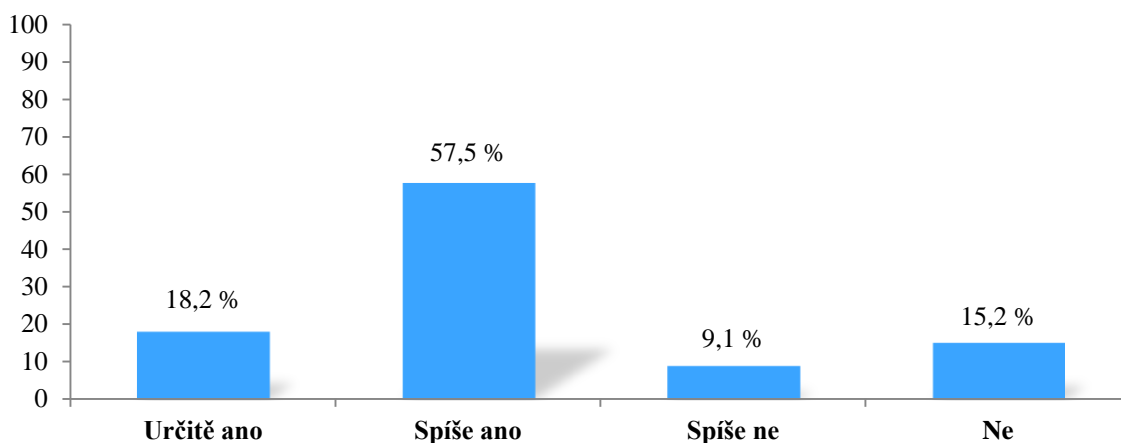


Graf 14 Vhodnost rozšířené škály dle Nortonové ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů
 Celkem 14 respondentů (42,4 %) rozšířenou škálu dle Nortonové za dobrou techniku k posuzování rizika vzniku dekubitů spíše považuje, 10 respondentů (30,3 %) naopak spíše ne. 6 respondentů (18,2 %) zvolilo odpověď ne, možnost určitě ano byla zvolena 3 respondenty (9,1 %).

3.4.4.2 Analýza výzkumné položky č. 17: Aktuálnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 18 Aktuálnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	6	18,2
Spíše ano	19	57,5
Spíše ne	3	9,1
Ne	5	15,2
Σ	33	100,0

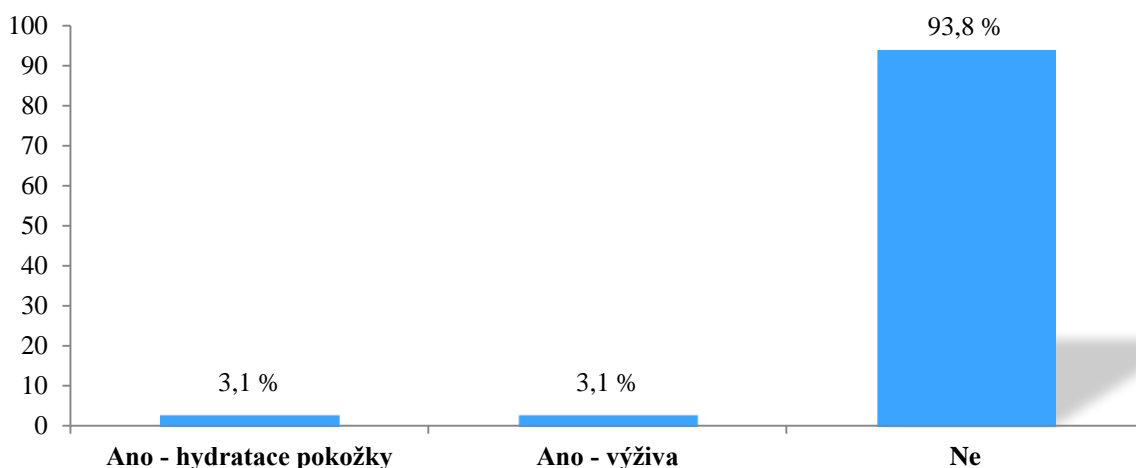


Graf 15 Aktuálnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové 19 respondentů (57,5 %) zvolilo v otázce aktuality rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové odpověď spíše ano, odpověď určitě ano byla zvolena 6 respondenty (18,2 %). K odpovědi ne se přiklonilo 5 respondentů (15,2 %) a k odpovědi spíše ne 3 respondenti (9,1 %).

3.4.4.3 Analýza výzkumné položky č. 18: Absence konkrétní položky u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 19 Absence konkrétní položky u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	n_i	f_i [%]
Ano - hydratace pokožky	1	3,1
Ano - výživa	1	3,1
Ne	31	93,8
Σ	33	100,0



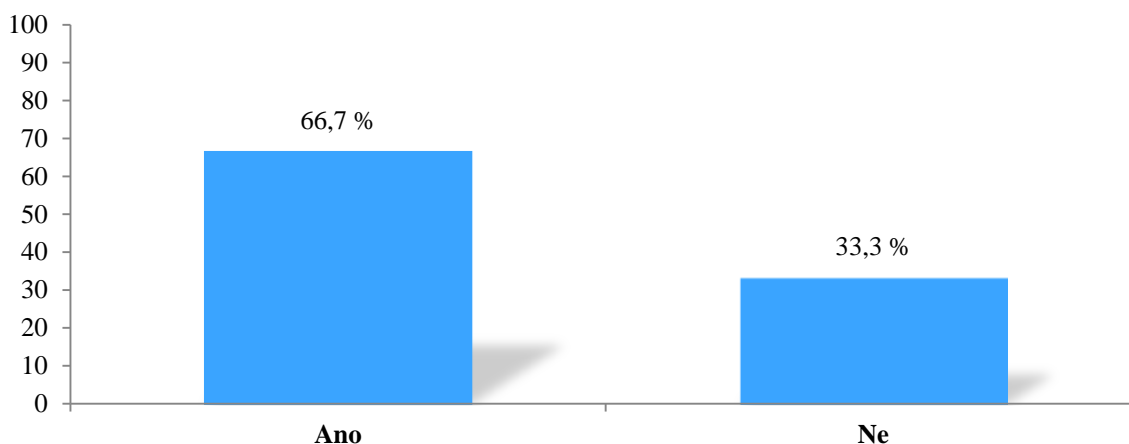
Graf 16 Absence konkrétní položky u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

31 respondentů (93,8 %) uvedlo, že jim žádná položka v rozšířené škále dle Nortonové nechybí, hydrataci pokožky postrádá 1 respondent (3,1 %), stejně tak stav výživy.

3.4.4.4 Analýza výzkumné položky č. 19: Přítomnost výhrad ke konkrétním položkám rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 20 Přítomnost výhrad ke konkrétním položkám rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	n_i	f_i [%]
Ano	22	66,7
Ne	11	33,3
Σ	33	100,0



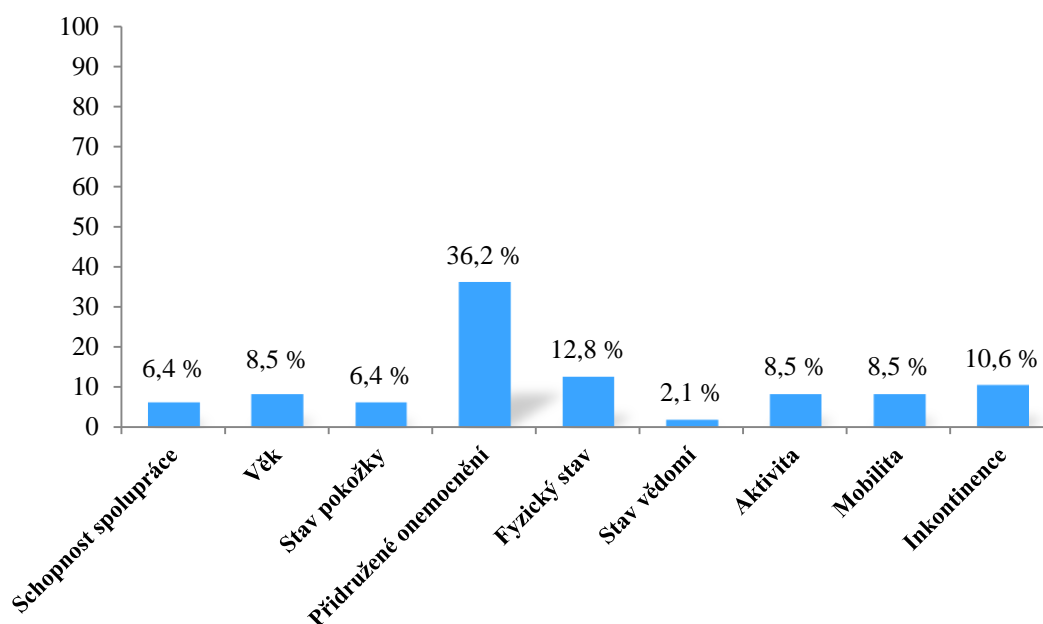
Graf 17 Přítomnost výhrad ke konkrétním položkám Rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tato otázka byla použita coby filtrační. Výhrady k některým položkám této škály mělo 22 respondentů (66,7 %), bez připomínek zůstalo 11 respondentů (33,3 %).

3.4.4.5 Analýza výzkumné položky č. 20: Výhrady k jednotlivým položkám rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 21 Zastoupení jednotlivých položek rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, ke kterým měli respondenti výhrady

Odpověď	n_i	f_i [%]
Schopnost spolupráce	3	6,4
Věk	4	8,5
Stav pokožky	3	6,4
Přidružené onemocnění	17	36,2
Fyzický stav	6	12,8
Stav vědomí	1	2,1
Aktivita	4	8,5
Mobilita	4	8,5
Inkontinence	5	10,6
Σ	47	100,0



Graf 18 Zastoupení jednotlivých položek rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, ke kterým měli respondenti výhrady

V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, zahrnuto bylo 47 odpovědí od 22 respondentů, tedy těch, kteří v předchozí otázce ohledně přítomnosti výhrad k položkám dané škály odpověděli kladně. Nejvíce respondentů, tedy 17 (36,2 %), mělo výhrady k položce přidružené onemocnění. Dalších 6 respondentů (12,8 %) se podělilo o připomínky k položce fyzický stav, 5 respondentů (10,6 %) k položce inkontinence, 4 respondenti (8,5 %) k položkám věk, aktivita a mobilita a 3 respondenti (6,4 %) zmínili rovněž položky schopnost spolupráce a stav pokožky. Položka stav vědomí byla okomentována pouze jedním respondentem (2,1 %).

Tab. 22 Důvody nespokojenosti s jednotlivými položkami rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	Důvod	n _i	f _i [%]
Schopnost spolupráce	Subjektivní posouzení odpovědi	3	6,4
Věk	Nerelevantní	4	8,5
Stav pokožky	Alergie - aktuálně či dlouhodobě?	2	4,3
	Subjektivní posouzení odpovědi	1	2,1
Přidružené onemocnění	Nemožnost zařazení pacienta	15	31,9
	Nevhodné řazení odpovědi	2	4,3
Fyzický stav	Subjektivní posouzení odpovědi	3	6,4
	Nadbytečnost (duplicita k položce mobilita nebo aktivita)	3	6,4
Stav vědomí	Bez připomínek	1	2,1
Aktivita	Subjektivní posouzení odpovědi	1	2,1
	Nadbytečnost (duplicita k položce mobilita nebo fyzický stav)	3	6,4
Mobilita	Nadbytečnost (duplicita k položce aktivita nebo fyzický stav)	4	8,5
Inkontinence	Nevhodná formulace odpovědi	5	10,6
Σ		47	100,0

15 respondentů (31,9 %) považuje položku přidružené onemocnění za nešťastnou proto, že často není možné pacienta správně zařadit do daných kategorií, protože trpí zcela jiným onemocněním. Stejně tak bylo u této položky zmiňováno nevhodné řazení odpovědi (2 respondenti; 4,3 %).

Poměrně častou výtkou byla také nevhodná formulace odpovědi u položky inkontinence, kterou uvedlo 5 respondentů (10,6 %).

Dále byly zaznamenány poznámky ohledně vzájemné podobnosti 3 položek: fyzický stav, mobilita a aktivita. Z těchto tří položek považují mobilitu na nadbytečnou

4 respondenti (8,5 %), položky aktivita a fyzický stav zmínili coby duplicitní 3 respondenti (6,4 %).

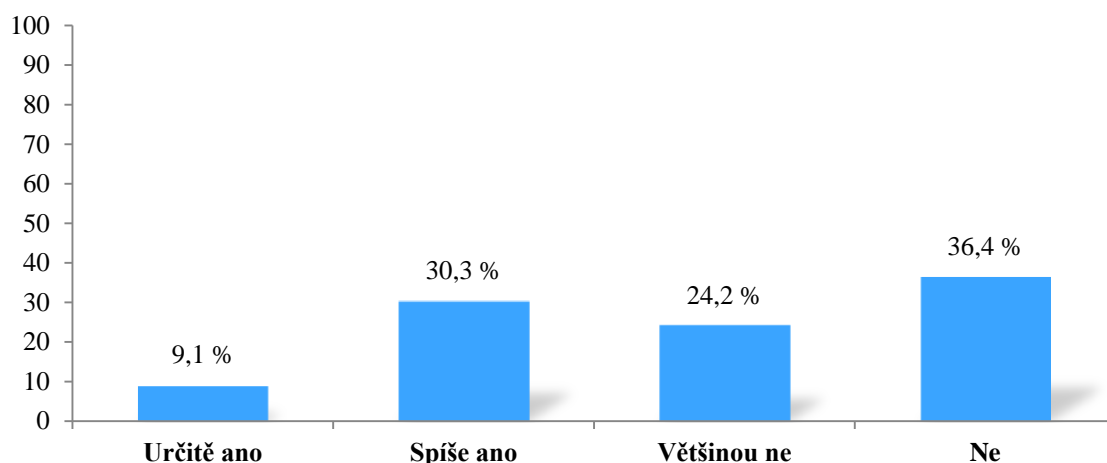
Položku věk považují 4 respondenti (8,5 %) za nerelevantní, podle nich totiž skutečné stáří mnohdy neodpovídá skutečné vitalitě pacienta.

U položek schopnost spolupráce a fyzický stav zmínili 3 respondenti (6,4 %) problém s možností subjektivního hodnocení, stejně tak u stavu pokožky, kde se jednalo o 1 respondenta (2,1 %). V rámci domény týkající se stavu pokožky si rovněž 2 respondenti (4,3 %) nejsou jistí odpovědí „alergie“. Zde tápou, zda jde o alergii přítomnou v anamnéze nebo o aktuální reakci.

3.4.4.6 Analýza výzkumné položky č. 21: Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 23 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	n_i	f_i [%]
Určitě ano	3	9,1
Spíše ano	10	30,3
Většinou ne	8	24,2
Ne	12	36,4
Σ	33	100,0



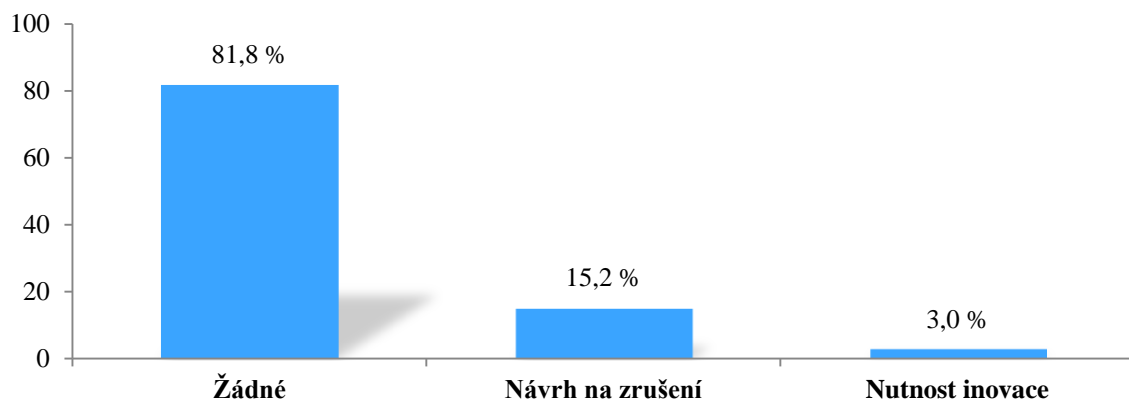
Graf 19 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

12 respondentů (36,4 %) uvedlo, že výsledné hodnocení pacienta podle rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové zcela neodpovídá jeho reálnému stavu. 10 respondentů (30,3 %) uvedlo odpověď spíše ano, 8 respondentů (24,2 %) se přiklonilo k odpovědi většinou ne a 3 (9,1 %) zvolili odpověď určitě ano.

3.4.4.7 Analýza výzkumné položky č. 22: Další poznámky k rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 23 Další poznámky k rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	n_i	f_i [%]
Žádné	27	81,8
Návrh na zrušení	5	15,2
Nutnost inovace	1	3,0
Σ	33	100,0



Graf 20 Další poznámky k Rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

27 respondentů (81,8 %) nemělo k této škále žádné další připomínky. 5 respondentů (15,2 %) vyjádřilo přání škálu z dokumentace úplně odstranit, 1 respondent (3,0 %) by uvítal inovaci.

3.5 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Výzkumné předpoklady cílům č. 2 a 3 byly stanoveny na základě pilotní studie.

3.5.1 Zhodnocení cíle č. 1

Cíl 1: Popsat základní škály a testy používané všeobecnou sestrou k vyhodnocení soběstačnosti pacienta a pro zjištění rizika vzniku dekubitů na standardních odděleních vybraných zdravotnických zařízení.

Cíl č. 1 byl splněn zpracováním teoretické části.

3.5.2 Zhodnocení cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

Cíl 2: Zjistit, jak komplexní je Barthel test základních všedních činností z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jeho položek.

Předpoklad 2: Předpokládáme, že více než 30 % všeobecných sester považuje Barthel test základních všedních činností za nekomplexní.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 9, 10, 11, 12 a 14. V otázce č. 9 odpovědělo pouze 39 % respondentů, že Barthelov test základních všedních činností považuje za zcela nebo částečně nevhodnou techniku pro posuzování pacientovy soběstačnosti. Co se týče otázky č. 10, opět méně než polovina (47 %) ji považuje za zcela nebo částečně neaktuální. Výsledky otázky č. 11 ukázaly, že žádný z respondentů ji nepovažuje za neúplnou a nevyžaduje doplnění další položky. U otázky č. 12 naproti tomu 58 % respondentů uvedlo, že má výhrady ke konkrétním položkám tohoto testu. A konečně výsledky otázky č. 14 ukazují, že podle 70 % respondentů výsledné kategorické zařazení pacientů neodpovídá jejich reálnému stavu.

Předpokládali jsme, že více než 30 % všeobecných sester považuje Barthelov test základních všedních činností za nekomplexní. Výsledky provedeného výzkumu prokázaly, že celkem 42 % všeobecných sester jej za nekomplexní skutečně považuje.

Výzkumný předpoklad č. 1 je v souladu s výzkumným šetřením.

Tab. 24 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

Položka	Pozitivní odpovědi [%]	Negativní odpovědi [%]	Σ [%]
Položka č. 9	60,6	39,4	100,0
Položka č. 10	57,5	42,5	100,0
Položka č. 11	100,0	0,0	100,0
Položka č. 12	42,4	57,6	100,0
Položka č. 14	30,3	69,7	100,0
Průměr [%]	58,2	41,8	100,0

U otázek č. 9, 10, a 14 jsou za pozitivní odpovědi považovány odpovědi ano a spíše ano, za negativní ne a spíše ne. U otázek č. 11 a 12 je za pozitivní odpovědi považována odpověď ne. Co se týče negativních odpovědí, u otázky č. 11 je za negativní odpověď považováno uvedení chybějící položky, u otázky č. 12 je to odpověď ano.

3.5.3 Zhodnocení cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3

Cíl 3: Zjistit, jak komplexní je škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové z pohledu všeobecných sester v souvislosti s aktuálností jejích položek.

Předpoklad 3: Předpokládáme, že více než 32 % všeobecných sester považuje škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za nekomplexní.

Stanovený předpoklad byl ověřován pomocí otázek č. 16, 17, 18, 19 a 21. Podle výsledků otázky č. 16 považuje škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za nevhodnou nebo částečně nevhodnou 49 % respondentů. U otázky č. 17 výsledky ukázaly, že pouze 24 % respondentů pokládá tuto techniku za zčásti nebo zcela neaktuální. Co se týče otázky č. 18, pouze 6 % respondentů postrádá ve škále konkrétní položku. Otázka č. 19 se ptala na výhrady ke konkrétním položkám, které má 67 % respondentů. A nakonec je zde otázka č. 21, u níž výsledky ukázaly, že 61 % respondentů pokládá výsledné zařazení pacientů za částečně nebo zcela neodpovídající jejich reálnému stavu.

Předpokládali jsme, že více než 32 % všeobecných sester považuje rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za nekomplexní. Výsledky provedeného výzkumu prokázaly, že celkem 41 % všeobecných sester jej za nekomplexní skutečně považuje. **Výzkumný předpoklad č. 3 je tedy v souladu s výzkumným šetřením.**

Tab. 25 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

Položka	Pozitivní odpovědi [%]	Negativní odpovědi [%]	Σ [%]
Položka č. 16	51,5	48,5	100,0
Položka č. 17	75,7	24,3	100,0
Položka č. 18	93,8	6,2	100,0
Položka č. 19	33,3	66,7	100,0
Položka č. 21	39,4	60,6	100,0
Průměr [%]	58,7	41,3	100,0

U otázek č. 16, 17, a 21 jsou za pozitivní odpovědi považovány odpovědi ano a spíše ano, za negativní ne a spíše ne. U otázek č. 18 a 19 je za pozitivní odpovědi považována odpověď ne. Co se týče negativních odpovědí, u otázky č. 18 je za negativní odpověď považováno uvedení chybějící položky, u otázky č. 19 je to odpověď ano.

3.6 Diskuze

Výzkumné šetření k bakalářské práci bylo zaměřeno na hodnoticí techniky v ošetrovatelství s podrobnějším pohledem na Barthelové test základních všedních činností a rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Jak je zřejmé z porovnání původních verzí těchto technik s verzemi používanými dnes, již dlouhou dobu zde nedošlo k inovaci, proto je výzkum soustředěn na komplexnost těchto technik zejména z hlediska jejich aktuálnosti. Byly zde stanoveny 2 cíle, každý s jedním výzkumným předpokladem. V rámci ověřování výzkumného předpokladu č. 2 bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry považují Barthelové test základních všedních činností z hlediska aktuálnosti za komplexní, nebo zda k němu mají nějaké výhrady. Podle Bórikové a její konceptuální analýzy z roku 2010 (27) se spolehlivost tohoto testu pohybuje v rozmezí 0,87-0,93. To je poněkud v rozporu s výsledky našeho šetření, podle kterého jej 42 % všeobecných sester považuje za nekomplexní. Celkem 39 % sester uvedlo, že jej v globálu hodnotí jako nevhodnou techniku k posuzování pacientovy soběstačnosti, 42 % sester jej také považuje za více či méně neaktuální. Tato procenta se nezdají být nijak závratná, dalšími dotazy však vyšlo najevo, že 58 % má výhrady k některým konkrétním položkám. Důvodem negativních ohlasů sester na tento nástroj může být jeho časová náročnost. Podle Pokorné a její publikace z roku 2013 (15) zabere administrace testu u neznámého pacienta 15–20 minut, což může mít na sestry a jejich smýšlení v souvislosti s nedostatkem personálu na oddělení a jejich nadměrnou vyčerpáním velký vliv. Co se týče souladu výsledného bodového hodnocení pacienta s jeho skutečným stavem, zde byli respondenti velice kritičtí: 70 % sester jej považuje za spíše nebo zcela neodpovídající. Zde však může hrát roli nesprávný způsob používání hodnoticích technik, jak bude zmíněno dále. Bóriková (27) také vyhodnocuje slabosti této techniky. Udává, že je soustředěna pouze na oblast fyzické mobility a že výsledné skóre může ukazovat rozdíl mezi posouzením pacienta a profesionála. Jako další problém vidí slabou hranici mezi lehkou a střední závislostí, toto tvrzení můžeme současně jako jediné s přihlédnutím k výsledkům našeho šetření potvrdit. Respondenti zde v 7 % případů ze všech výhrad ke konkrétním položkám dali najevo nespokojenost ohledně bodů koupání a osobní hygieny, kde postrádají bodové rozlišení odpovědí samostatně a s pomocí.

Úpravy podle respondentů ale vyžaduje množství dalších položek, celkově se jedná o 9 položek z 10. Ač tento názor nebyl dohledán v jiných odborných publikacích či studiích, jedním ze zásadních problémů jsou podle respondentů duplikované a nadbytečné položky. Vezmeme-li opět v úvahu již zmíněnou časovou vyčíselnost sester, lze považovat přítomnost zbytečných položek v takto poměrně dlouhém testu za velice negativní. Pokorná v roce 2013 (15) rovněž poukazuje na problém subjektivního zhodnocení odpovědí. Jako konkrétní příklad zmiňuje hodnocení kontinence moči v případě pacienta se zavedeným PMK. Ze všech nasbíraných připomínek v rámci výzkumného šetření toto domnění tvořilo 12 %. V této oblasti sestry nejsou schopny zvolit přesnou odpověď a dochází k tomu, že každá z nich pacienta v rámci položky inkontinence hodnotí zcela jinak. Stejný problém vidí sestry i u položky kontinence stolice u pacienta se stomií, kde se jedná o 3 %. Subjektivní posouzení odpovědí se podle respondentů do výsledků promítá i v případě položek chůze po rovině a přesun na lůžko – na židli. U chůze po rovině uvádí, že mají problém s odhadnutím vzdálenosti 50m, a rovněž upozorňují na úskalí hodnocení pacienta samostatně používajícího kompenzační pomůcky v podobě holí či berlí. Zde je otázkou, zda zvolit odpověď samostatně či s pomocí, dochází tak opět k subjektivnímu hodnocení. U položky přesun na lůžko – na židli respondenti zmiňují možnost subjektivního pojetí odpovědi s malou pomocí. Tomuto bohužel nejspíš není možné zabránit, avšak musíme poznamenat, že tento faktor částečně shazuje tvrzení Pokorné z roku 2013, podle kterého využívání hodnotících nástrojů umožňuje objektivizaci posouzení jedince. (15)

Cíl č. 3 zahrnoval ověřování výzkumného předpokladu zaměřeného na komplexnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové Podle Miloše Suchého a jeho projektu zaměřeného na sledování dekubitů z roku 2008 (42) není rozšířená škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové do dnešní doby ve všech zdravotnických zařízeních využívána v odpovídající kvalitě. Tato fakta rozhodně souhlasí s výsledky našeho šetření, podle něhož ji z hlediska aktuálnosti považuje za nekomplexní 41 % sester. Celkem 49 % sester ji hodnotí jako spíše nebo zcela nevhodnou techniku pro posuzování rizika pro vznik dekubitů, výhrady ke konkrétním položkám mělo 67 % z nich. Podle autorky Pavlové a jejího šetření z roku 2009 (51) si třetina sester myslí, že daleko lépe zvládne posoudit riziko vzniku dekubitů u daného pacienta sama. S tím se ztotožňují i autoři Mikula a Müllerová (2008, s. 19), kteří uvádějí: „*Pacienta v ohrožení pozná zkušený zdravotník i bez použití*

skórovacích škál.“ Otázkou však zůstává, kdy lze pracovníky považovat za dostatečně zkušené a zda by v jejich závěrech došlo ke shodě. Dále 61 % respondentů tvrdí, že dle jejich názoru výsledné zařazení pacienta nesouhlasí s jeho celkovým stavem, což by společně s již zmíněnou časovou náročností hodnotících technik mohlo být jedním ze zásadních důvodů pro celkovou nespokojenost s touto škálou. Zde bylo respondenty dále uváděno, že nesoulad nachází jak v rámci nadhodnocování, tak i podhodnocování stavu pacienta. Zejména podhodnocování pak následně pramení v další a další úkony, které je odborný pracovník nucen provádět. Jako příklad můžeme jmenovat ordinaci polohování u soběstačného pacienta na základě falešného výsledku rizika vzniku dekubitů. V rámci odborné literatury a již provedených studií jsme nenalezli podobný soubor informací, který by umožnil srovnání. Co se týče otázky na aktuálnost této techniky, zde 76 % nekriticky volí odpověď ano nebo spíše ano. Na základě výsledků své studie Suchý (42) dále upozorňuje na fakt, že tato technika umožňuje rozdílný výklad jednotlivých položek různými hodnotiteli. Výsledky našeho šetření toto tvrzení potvrzují. Na možnost subjektivního posouzení odpovědí poukazují sestry u třech položek: schopnost spolupráce, fyzický stav, aktivita a stav pokožky, u které byla rovněž zmíněna nejistota v případě hodnocení pacienta s alergií. Zde totiž není definováno, zda se jedná o aktuální stav, nebo o přítomnost záznamu v anamnéze. Výhrady byly zaznamenány i k dalším položkám této škály, nespokojenost převládá u položky přidružené onemocnění, která byla zmíněna v celkem 32 % případech. Zde často nejsou sestry schopné pacienta zařadit, zejména proto, že jeho stav neodpovídá ani jedné z uvedených kategorií. Část respondentů také vyjádřila nespokojenost s řazením odpovědí, ve kterém nevidí logiku zejména proto, že zde navíc hraje roli časový faktor. Jeden z respondentů jako příklad uvedl hypotetický kontrast dvou pacientů, z nichž jeden trpí diabetem již 20 let a provází jej komplikace spojené s tímto onemocněním, zatímco druhý se potýká s nedávno diagnostikovaným karcinomem bez manifestace. Vezmeme-li v úvahu kompetence všeobecné sestry, která přirozeně není oprávněna samostatně hodnotit závažnost lékařských diagnóz a srovnávat je s diagnózami ostatními, opět narážíme na poměrně významný problém. Na zmatenost sester ohledně této položky poukazuje i autorka Pavlová ve své bakalářské práci (51). Její výzkumné šetření zahrnovalo téměř 90 % respondentů, kteří používají rozšířenou škálu dle Nortonové každý den, avšak v otázce přidružených onemocnění ovlivňujících vznik dekubitů uvedlo anémii pouze 39 % dotázaných.

Z tohoto výsledku autorka usuzuje, že „respondenti sice vyplňují stupnice, které hodnotí riziko vzniku dekubitů, ale už zřejmě nevědí, proč jsou tyto stupnice takto sestaveny a proč jsou tam některé položky uvedeny.“ (2009, s. 67) Zároveň se v celé škále opět vyskytuje množství nadbytečných a duplicitních položek. Zde se jednalo především o položky fyzický stav, aktivita a mobilita, které jsou považovány takřka za shodné. Respondenti se dále rozcházeli pouze v názorech na to, která z nich je ta nejvhodnější a která by měla být ze škály vyřazena. Nezbytné je souhrnné vyjádření k otázkám č. 10 a č. 17, které zjišťovaly názor respondentů na aktuálnost daných hodnoticích technik a které by se daly v procesu ověřování výzkumných předpokladů považovat za stěžejní. Zde nebyla ani v nejmenším naplněna očekávání, která panovala před zahájením výzkumu. Výsledky zde vyplynuly až překvapivě dobře, sestry ve valné většině volily kladné odpovědi. Většina záporných odpovědí se pak zdála být vyřčena plně automaticky v rámci komplexního negativního smýšlení o hodnoticích technikách, na které jsme narazili v předchozích otázkách, avšak ne z důvodu skutečného zamýšlení se nad daným problémem. Dle současné literatury obě zkoumané škály nezaznamenaly zevrubnou inovaci již přes 30 let. Před zahájením výzkumu panoval předpoklad, že sestry, které budou techniky považovat v těchto otázkách za neaktuální, budou současně například u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové u položek č. 18 a 20 automaticky jmenovat skutečnosti, které v souvislosti s posunem vědy v této škále postrádají. Krajčík a Bajanová v roce 2012 (7) například poukazují na riziko přilehnutí močového katétru, vodící části venózní kanyly a drénů, tvorbu vlhkosti v oblasti náplasti fixující venózní kanylu, nebezpečí otlaku v souvislosti se zábranami a nesprávného přiložení dlah. Dále v procesu prevence zmiňují nutnost ochrany oblasti kořene nosu při dlouhodobé aplikaci kyslíku, nezbytnost měnění polohy orální sondy a umístění čidla pro pulzní oxymetrii. My můžeme tento výčet doplnit o další negativní faktory jako např. přítomnost intubace, infekce a vodících kabelů od EKG a jiných zařízení. Jako adekvátní odpovědi respondentů mohou být označeny pouze připomínky ohledně opomenutí pacientů se zavedeným PMK či stomií ve spojení s inkontinencí v obou technikách, u Barthelové testu pak označení položky chůze po schodech jako zbytečné v souvislosti s aktuálním používáním výtahů nebo poukázání na absenci zahrnutí některých kompenzačních pomůcek v otázce chůze po rovině. Ohlédneme-li se zpět, důvod těchto výsledků by mohl být v nešťastné volbě oddělení, na kterých byl výzkum prováděn - měly by zde

být zahrnuty rovněž jednotky intenzivní péče, pooperační jednotky a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Dalším neméně důležitým faktorem jistě mohl být poměrně úzký vzorek tázaných respondentů.

Podle studií autorek Hanákové z roku 2012 (46) a Handrejchové z roku 2011 (47), sestry celkově považují hodnoticí techniky za přínosné. Shrneme-li však výsledky našeho šetření spadající pod cíle č. 2 a 3, nemůžeme s tímto tvrzením souhlasit. Nespokojenost sester se strukturou daných hodnoticích technik se pohybuje okolo 40%. Přičteme-li k číselným hodnotám rovněž osobní dojem získaný v průběhu vedení strukturovaných rozhovorů, ani zdaleka nelze říci, že by druhá polovina sester smýšlela o dané problematice v pozitivním duchu. Vystává tak zde podezření, že přítomnost pozitivních odpovědí pramení spíše z nezájmu o inovaci, než z čiré spokojenosti. Pomoci mohl také fakt, že polovina výzkumu byla prováděna již v době, kdy k jisté inovaci dokumentace došlo a sestry tak nepociťovaly motivaci k rozebírání této problematiky.

Celkový pohled sester na hodnoticí techniky lze tedy na základě výsledků šetření i osobních dojmů hodnotit spíše negativně. Domníváme se, že tato skutečnost do jisté míry navíc ovlivnila průběh celého výzkumu. V reakci na podnět nadřízených pracovníků se většina sester do výzkumu zapojila, některé však se značně odmítavým přístupem. Nespokojenost s danou problematikou byla zcela očividná, zejména pak co se týče časové náročnosti provádění hodnoticích technik, což potvrzuje i Kubátová ve svém výzkumu k diplomové práci z roku 2010 (49). Coby překážku při používání hodnoticích technik vnímá časovou náročnost 81 ze 354 respondentů, byl to druhý nejčastěji udávaný problém v dané otázce. Jako příklad k obecné negativitě můžeme uvést jeden ze strukturovaných rozhovorů, ve kterém respondentka uvedla, že má výhrady ke všem položkám dané techniky. Když pak ale byla vyzvána, aby se k nim konkrétně vyjádřila, odpovědí nám bylo pouze to, že všechny považuje za zbytečné. Průběh výzkumu rovněž vyvolal zdání, že respondenti v otázkách volí jednu z odpovědí, aniž by se nad nimi hlouběji zamýšleli. Příkladem může být otázka č. 5 týkající se výběru hodnoticích technik na daném oddělení. Před zahájením výzkumu jsme předpokládali, že alespoň část respondentů bude mít přehled o existujících škálách a testech a uvede jejich lepší alternativu nebo další oblast hodnocení pacienta, kterou by bylo vhodné do systému zařadit. Toho jsme se však nedočkali a v otázce č. 6, která pobízela k odůvodnění nespokojenosti, následovala ve všech případech

pouze odpověď, že je jich až příliš mnoho. Tento výsledek nicméně souhlasí s poznatkem Flaisigové z roku 2013 (45), konkrétní škálu podle šetření v rámci její bakalářské práce nepostrádá nikdo z celkového počtu 90 respondentů. V našem šetření rovněž u položky č. 11 nepadl žádný inovativní návrh ohledně posuzovací oblasti, která potenciálně ve zkoumané hodnoticí technice chybí. Všechny tyto výsledky vedly k jistému překvapení a nepříjemnému dojmu, že sestry nemají zájem přispět k tomu, aby péče byla poskytována co nejefektivněji, nýbrž pouze na tom, aby byla postavena jednoduše. To lze opět považovat za důsledek jejich enormní zaneprázdněnosti, která nejspíše pramení částečně i z nadměry administrativní práce. Dalším důvodem může být nedostatek znalostí v této oblasti, 51 % sester by podle Flaisigové (45) uvítalo další informace. Na celkovou nechuť ohledně práce s hodnoticími technikami poukazují i poznámky, které bylo možno dodávat po vyčerpání stanovených otázek ke zkoumaným hodnoticím technikám. U Barthelové testu základních všedních činností bylo doplněno skoro 27 % respondentů, že by nejraději tuto techniku z dokumentace zcela vyřadili, u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové se jednalo o 15 %. Podle výsledků šetření Handrejchové z roku 2011 (47) 60 % sester, které nevnímají hodnoticí techniky jako přínos, tvrdí, že plně postačuje vyhodnotit stav pacienta pozorováním. S tím volně souvisí fakt, který vzešel z našeho výzkumného šetření, a sice že žádná ze sester nenahlíží do bodových výsledků testů a škál za účelem usnadnění vlastní práce. Důvodem může být neobjektivita těchto technik, na kterou upozornilo v menší či větší míře celkem 64 % respondentů, a ze které může pramenit jistá nedůvěra.

Na základě všech těchto výsledků byly vytvořeny návrhy a doporučení do ošetrovatelské praxe, které budou rozvedeny v následující kapitole.

3.7 Návrh a doporučení pro praxi

Výsledky výzkumného šetření přinesly závěr, že hodnoticí techniky jsou sestrami vnímány spíše negativně. Zde se přirozeně nabízí řešení v podobě inovace, která již v Krajské nemocnici Liberec, a. s. proběhla a 1. března 2017 byla uvedena do praxe, nicméně v mnoha dalších nemocnicích napříč Českou republikou k tomuto posunu zatím nedošlo. V souvislosti s pokroky ošetřovatelské vědy je nutné postupovat kupředu, a proto by i hodnoticí techniky měly být soustavně upravovány v souvislosti s aktuálními požadavky. Přípomínky, které byly získány v rámci tohoto výzkumu, byly brány v úvahu při tvorbě vlastních verzí Barthelové testu základních všedních činností a rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, které jsou jedním z výstupů této práce. (Příloha R, S) Tyto návrhy mohou být předmětem dalšího zkoumání. Aby však inovace mohly úspěšně postupovat, je potřeba přimět sestry k aktivnímu zamýšlení se nad daným problémem. Hodnoticí techniky by tak rozhodně měly být zahrnuty do průběhu celoživotního vzdělávání tak, aby sestry kontinuálně získávaly další vědomosti z této oblasti a mohly samy přispět k žádoucím změnám. S nedostatkem informací souvisí i nesprávné používání hodnoticích technik. Podle výzkumného šetření sestry tyto nástroje nepovažují za objektivní, velké množství položek podle nich také umožňuje promítnutí subjektivních názorů do hodnocení pacienta. Důvodem toho všeho však může být nedostatečná úroveň informací, které jsou sestram dodávány ohledně správného používání hodnoticích technik. Podle výsledků výzkumu Hanákové z roku 2012 (46) 25 % sester nebylo v této oblasti na oddělení nikým zaškoleny. Nutností je tedy na daných pracovištích ustálit systém proškolení sester za účelem domluvy na jednotném postupu a následného sjednocení celého průběhu hodnocení. Tato standardizace by ideálně měla proběhnout i na národní úrovni vytvořením souhrnu doprovodných informací ke každé technice, které by obsahovaly význam jednotlivých položek a zevrubný popis, jak je správně uchopit. U rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové bylo již něco podobného sestaveno za podpory Ministerstva zdravotnictví Milošem Suchým et. al. v roce 2008. (42) (Příloha T)

V průběhu prezentace výsledků výzkumu a vyvozování závěrů a doporučení pro praxi však musíme brát v úvahu také okolnosti, se kterými se současné české zdravotnictví potýká. V době, kdy sestry v důsledku nedostatku personálu ve zdravotnictví zápasí

s neúměrným množstvím úkolů v kontrastu s nedostatkem času, nelze ani jiný než negativní výsledek výzkumu zaměřeného na spokojenost s hodnoticími technikami předpokládat. Stejně tak nelze očekávat hlubší zájem o jejich inovaci a také čas navíc věnovaný nastudování správného postupu při jejich používání. Proti hodnotícím technikám totiž svědčí jejich časová náročnost, což je vlastnost, která značně zastiňuje jejich pozitivní význam. Ten tkví v umožnění objektivizace a sjednocení terminologie, kterou zvyšující se úroveň ošetrovatelství vyžaduje nejen za účelem přehlednosti, ale také právní ochrany samotných sester. V řešení daného problému je nutné ponořit se o dost hlouběji, dokud tedy nebudou vyřešeny globální problémy českého zdravotnictví v čele se vzděláváním a platovým ohodnocením sester, potažmo nedostatkem personálu, inovace samotné struktury hodnotících technik nenajde požadovaný účinek.

4 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku hodnoticích technik v ošetrovatelství, zejména pak na hodnocení soběstačnosti a rizika vzniku dekubitů. Teoretická část popisuje jednotlivé škály a testy používané pro hodnocení zmíněných oblastí, důkladněji se pak věnuje Barthelové testu základních všedních činností a rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Stručně byly popsány i další oblasti hodnocení, se kterými se v praxi můžeme setkat, a uvedeny příklady konkrétních hodnoticích technik. Byla také stručně nastíněna problematika ošetrovatelského procesu a role hodnoticích technik v něm.

Byly stanoveny 3 cíle, v rámci výzkumné části byly plněny dva z nich. Výzkumné předpoklady byly upraveny na základě předvýzkumu. Výzkumné šetření ukázalo poměrně neuspokojující výsledky, a sice že téměř polovina všeobecných sester považuje Barthelové test základních všedních činností a rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové z hlediska jejich aktuálnosti za nekomplexní. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumnými předpoklady. Na základě nich byly vytvořeny návrhy na inovaci těchto nástrojů (Příloha S a T) a sepsán odborný článek (Příloha U), jehož účelem je poukázat na nutnost přehodnocení využívání hodnoticích technik. Dále byla uvedena řada doporučení a návrhů pro ošetrovatelskou praxi, včetně zdůraznění vlivu celkového stavu českého zdravotnictví na danou problematiku. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Na závěr je třeba dodat, že hodnoticí techniky coby součást ošetrovatelské dokumentace jsou jedním z témat, kterým bychom se v budoucnu měli věnovat, a stejně jako u ostatních sfér ošetrovatelské péče pracovat na jejich zlepšování.

Seznam odborné literatury

1. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
2. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
3. KALVACH, Zdeněk et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-40-26-3.
4. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2169-9.
5. KOHOUT, Pavel et al. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi, 2011. ISBN 978-80-87250-12-9.
6. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
7. KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-808-9171-958.
8. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
9. KRŠKA, Zdeněk et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
10. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
11. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ Marie, Renáta HERNOVÁ a ZAJÍČKOVÁ Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

12. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
13. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.
14. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetřovatelství - role sestry a nemocného - ošetřovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
15. POKORNÁ, Andrea, et al. *Ošetřovatelství v geriatрии: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
16. POKORNÁ, Andrea et al. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
17. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press, 2013. ISBN 978-80-246-1985-9.
18. SCHULER, Matthias, OSTER, Peter et al. *Geriatрии od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
19. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.
20. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
21. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
22. TÓTHOVÁ, Valerie. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9
23. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-324-8.

24. VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
25. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8468-7.
26. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

Odborná periodika

27. BÓRIKOVÁ, Ivana. Posudzovanie aktivít denného života: Assessment of activities of daily living. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2010, roč. 1, č. 1. ISSN 1804-2740.
28. ČAPSKÁ, Jana. Hodnoticí nástroje úrovně sebeděče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2013, roč. 23, č. 5. ISSN 1210-0404.
29. DOBROVODSKÁ, Libuše. Jak dobré jsou důkazy pro využívání hodnocení rizika k prevenci vzniku dekubitů? *Florence*. Praha: Ambit Media, 2012, roč. 8, č. 4. ISSN 1801-464X.
30. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, roč. 20, č. 7-8 [cit. 2015-15-12]. ISSN 1210-0404.
31. KLINKOVÁ, Květoslava. Prevence dekubitů, léčba a ošetřování. In: *Zdravotnictví a medicína*. Praha: Mladá fronta, 11.8.2008. ISSN 2336-2987.
32. KOPEČKOVÁ, Jana. Nutriční terapeut jako součást týmu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 22, č. 6. ISSN 1210-0404.
33. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. Léčba spasticity u chronického míšního poranění. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009, roč. 10, č. 3. ISSN 1213-1814.
34. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21, č. 4. ISSN 1210-0404.

Zákony a vyhlášky

35. ČESKO. Vyhláška č. 98/2012 Sb. ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1676. ISSN 1211-1244.
36. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 484. ISSN 1211-1244.

Elektronické zdroje

37. BARTOŠ, Aleš et al. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. In: *Psychiatrie pro Praxi*. 2008 [cit. 2015-10-6]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/18.pdf>
38. CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese* [online]. Jihlava: Vysoká škoda polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, 2012 [cit. 2015-15-12]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Hodnot%C3%ADc%C3%AD%20a%20m%C4%9B%C5%99%C3%ADc%C3%AD%20%C5%A1k%C3%A1ly%20pro%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%A9%20profese%20-%20Lada%20Cetlov%C3%A1%20a%20kol..pdf>
39. KERNISAN, Leslie. Activities of Daily Living: What Are ADLs and IADLs? In: *Caring.com* [online]. ©2007-2015 [cit. 2015-19-12] Dostupné z: <https://www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls>
40. Kolektiv autorů. Geriatric Assessment Tools. In: *The University of Iowa: Iowa geriatric education center* [online]. ©2002-2015 [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/>

41. OHORO, Tomuka. Assessment of the Validity and Internal Consistency of a Performance Evaluation Tool Based on the Japanese Version of the Modified Barthel Index for Elderly People Living at Home. In: *National Center for Biotechnology Information* [online]. 25. 12. 2014 [cit. 2015-19-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273070/>
42. SUCHÝ, Miloš et al. *Projekt sledování dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. In. Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008 [cit. 2016-17-11]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=9514&typ=application/msword&nav=Z%C3%A1kladn%C3%AD%20dokument%20-%20Sledov%C3%A1n%C3%AD%20dekubit%C5%AF.doc>
43. WOOST, Timo, Juergen DUKART, Stefan FRISCH, Henryk BARTHEL, Osama SABRI, Karsten MUELLER a Matthias SCHROETER. Neural correlates of the DemTect in Alzheimer's disease and frontotemporal lobar degeneration – A combined MRI & FDG-PET study. In: *NeuroImage: Clinical* [online]. Amsterdam: Elsevier, 2013, č. 2 [cit. 2015-20-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777755/pdf/main.pdf>

Absolventské práce

44. DOBIÁŠOVÁ, Veronika. *Hodnotící metody v psychiatrickém ošetrovatelství* [online]. Jihlava, 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Iva Dubnová. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/20788/thema/3985>
45. FLAISIGOVÁ, Denisa. *Míra využívání testů a škál v ošetrovatelské praxi na interním oddělení* [online]. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí bakalářské práce Simona Kubešová. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9939/BP%20Dana%20Flaisigova.pdf?sequence=1>

46. HANÁKOVÁ, Petra. *Hodnoticí a měřicí techniky zaměřené na posouzení soběstačnosti a zvládnání denních aktivit v praxi* [online]. Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Anna Krátká. Dostupné z:
https://portal.utb.cz/wps/PA_StagPortletsJSR168/KvalifPraceDownloadServlet?typ=1&adipidno=24047
47. HANDREJCHOVÁ, Ivana. *Hodnoticí škály jako součást ošetrovatelské dokumentace* [online]. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce František Dolák. Dostupné z:
http://theses.cz/id/j0kx00/Bakalsk_prce_Hodnotc_kly_jako_soust_oetovatelsk_dokumenta.pdf
48. HEBELKOVÁ, Pavla. *Prevence pádů* [online]. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce Hana Pinkavová. Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/176624/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE_MgrTEORIE__ANALYZA_DISKUZE.doc
49. KUBÁTOVÁ, Jitka. *Využívání hodnotících technik v ošetrovatelské péči v praxi* [online]. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí diplomové práce Marie Schusterová. Dostupné z:
https://theses.cz/id/p17ohc/Diplomov_prce_Kubtov.pdf
50. LENKOVÁ, Klára. *Nutriční screening jako indikátor kvality ošetrovatelské péče* [online]. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí diplomové práce Marie Schusterová. Dostupné z:
http://theses.cz/id/fikq49/DIPLOMOV_PRCE_2010.pdf
51. PAVLOVÁ, Lada. *Umíme správně posoudit riziko vzniku dekubitů?* [online]. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Hana Pinkavová. Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/214728/lf_b/bakalarska_prace.pdf

52. PECHOVÁ, Jana. *Využití škály Bradenové pro predikci rizika vzniku dekubitů* [online]. Pardubice, 2013. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí diplomové práce Petra Mandysová.

Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/52044/PechovaJ_VyuzitiSkaly_PM_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Seznam tabulek

- Tab. 1 Oddělení
- Tab. 2 Věk respondentek
- Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Tab. 4 Délka praxe v oboru
- Tab. 5 Celková spokojenost s výběrem hodnoticích testů a škál na oddělení
- Tab. 6 Důvod celkové nespokojenosti s výběrem hodnoticích škál a testů na oddělení
- Tab. 7 Hodnoticí techniky a jejich objektivita
- Tab. 8 Nahlížení do výsledků hodnoticích testů a škál u neznámého pacienta
- Tab. 9 Vhodnost Barthelové testu základních všedních činností k posuzování pacientovy soběstačnosti
- Tab. 10 Aktuálnost Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 11 Absence konkrétní položky u Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 12 Přítomnost výhrad k položkám Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 13 Zastoupení jednotlivých položek Barthelové testu základních všedních činností, ke kterým měli respondenti výhrady
- Tab. 14 Důvody nespokojenosti s jednotlivými položkami Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 15 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 16 Další poznámky k Barthelové testu základních všedních činností
- Tab. 17 Vhodnost rozšířené škály dle Nortonové ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů
- Tab. 18 Aktuálnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Tab. 19 Absence konkrétní položky u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Tab. 20 Přítomnost výhrad ke konkrétním položkám rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Tab. 21 Zastoupení jednotlivých položek rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, ke kterým měli respondenti výhrady

Tab. 22 Důvody nespokojenosti s jednotlivými položkami rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 23 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 23 Další poznámky k rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Tab. 24 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

Tab. 25 Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

Seznam grafů

Graf 1 Oddělení

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 4 Délka praxe v oboru

Graf 5 Celková spokojenost s výběrem hodnoticích testů a škál na oddělení

Graf 6 Hodnoticí techniky a jejich objektivita

Graf 7 Nahlížení do výsledků hodnoticích testů a škál u neznámého pacienta

Graf 8 Vhodnost Barthelové testu základních všedních činností k posuzování pacientovy soběstačnosti

Graf 9 Aktuálnost Barthelové testu základních všedních činností

Graf 10 Přítomnost výhrad k položkám Barthelové testu základních všedních činností

Graf 11 Zastoupení jednotlivých položek Barthelové testu základních všedních činností, ke kterým měli respondenti výhrady

Graf 12 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů s jejich reálným stavem u Barthelové testu základních všedních činností

Graf 13 Další poznámky k Barthelové testu základních všedních činností

Graf 14 Vhodnost rozšířené škály dle Nortonové ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů

Graf 15 Aktuálnost rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Graf 16 Absence konkrétní položky u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Graf 17 Přítomnost výhrad ke konkrétním položkám rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Graf 18 Zastoupení jednotlivých položek rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, ke kterým měli respondenti výhrady

Graf č. 19 Soulad výsledných kategorií zařazení pacientů a jejich skutečného stavu u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Graf 20 Další poznámky k rozšířené škále pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Seznam příloh

- Příloha A Barthelové test základních všedních činností (1965)
- Příloha B Modifikovaný test Barthelové
- Příloha C Funkční míra nezávislosti
- Příloha D Lawton-Brodyové škála instrumentálních denních činností
- Příloha E Index nezávislosti v každodenních aktivitách (Katzův index)
- Příloha F Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou
- Příloha G Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ)
- Příloha H Škála pro hodnocení rizika pro vznik dekubitů podle Nortonové (1962)
- Příloha I Rozšířená škála Nortonové
- Příloha J Waterlowové škála
- Příloha K Škála podle Bradenové
- Příloha L Vizuální analogová škála
- Příloha M Folsteinův test (Minimal test)
- Příloha N Glasgow coma scale
- Příloha O Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu
- Příloha P Nottinghamský screeningový dotazník
- Příloha Q Osnova strukturovaného rozhovoru
- Příloha R Návrh na inovaci Barthelové testu základních všedních činností
- Příloha S Návrh na inovaci rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha T Návod na použití rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové
- Příloha U Odborný článek
- Příloha V Protokol k provádění výzkumu 1
- Příloha W Protokol k provádění výzkumu 2
- Příloha X Protokol k provádění výzkumu 3
- Příloha Y Protokol k provádění výzkumu 4
- Příloha Z Protokol k provádění výzkumu 5
- Příloha A2 Protokol k provádění výzkumu 6
- Příloha B2 Protokol k provádění výzkumu 7
- Příloha C2 Protokol k provádění výzkumu 8

Příloha A Barthelové test základních všedních činností z roku 1965

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

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

Zdroj: (24)

Příloha B Modifikovaný test Barthelové

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

0–40 bodů – vysoce závislý

45–60 bodů – závislost středního stupně

65–95 bodů – lehká závislost

100 bodů – nezávislý

Zdroj: (16)

Příloha C Funkční míra nezávislosti

ÚROVNĚ	7 Úplná závislost 6 Modifikovaná závislost (kompenzační pomůcky)	Nevyžaduje asistenci		
	Modifikovaná závislost 5 Supervize (dohled) 4 Minimální asistence (klient: $\geq 75\%$) 3 Mírná asistence (klient: 50 – 75 %) Úplná závislost 2 Maximální závislost (klient: $\leq 25\%$) 1 Celková závislost (klient: 0 %)	Vyžaduje asistenci		
		Příjem	Propuštění	Následná péče
Osobní hygiena:				
A. Příjem jídla				
B. Osobní hygiena				
C. Koupání				
D. Oblékání – horní polovina těla				
E. Oblékání – dolní polovina těla				
F. Použití WC				
Ovládání sfikterů:				
G. Kontrola močení, část I.				
část II.				
H. Kontrola vyprazdňování, část I.				
část II.				
Přesuny:				
I. Postel, židle, vozík				
J. Toaleta				
K. Vana/sprchový kout				
Lokomoce:				
L. Chůze (ch), jízda na vozíku (v)		ch	ch	ch
		v	v	v
M. Schody				
Komunikace:				
N. Rozumění sluchové (s), zrakové (z)				
O. Expres (vyjadřování) verbální (v), nonverbální (n)				
Sociální schopnosti:				
P. Sociální interakce				
Q. Řešení problémů				
R. Paměť				
Celkově FIM:				

Zdroj: (3)

Příloha D Lawton-Brodyové škála instrumentálních denních činností

LAWTONOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ IADL			
IADL = Instrumental Activity Of Daily Living Scale			
Činnost	Body	Činnost	Body
Telefonování		Praní	
Ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla.	1	Zcela zajistí praní osobních věcí.	1
Vytočí několik dobře známých čísel.	1	Přepere drobné věci jako ponožky či punčochy.	1
Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla.	1	Veškeré praní musí zajistit jiní.	0
Není schopen telefon užívat.	0	Způsob dopravy, cestování	
Nakupování		Cestuje samostatně veřejnou dopravou či automobilem.	1
Postará se samostatně o všechny potřebné nákupy.	1	Zajišťuje si dopravu taxíkem, ale veřejnou dopravu neužívá.	1
Zvládá samostatně jen drobné nákupy.	0	Cestuje veřejnou dopravou s asistencí či doprovodem.	1
Potřebuje doprovod na každý nákup.	0	Doprava je omezena na taxi či automobilem s doprovodem.	0
Není schopen(a) nakupovat.	0	Necestuje vůbec.	0
Příprava jídla, vaření		Užívání léků	
Plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně.	1	Zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách.	1
Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience.	0	Sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách.	0
Ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu.	0	Není schopen užívat vlastní medikaci.	0
Vyžaduje uvaření a servírování jídla.	0	Nakládání s penězi	
Vedení domácnosti		Obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, dochází do banky).	1
Vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce).	1	Zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	1
Provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí.	1	Není schopen nakládat s penězi.	0
Provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty.	1		
Potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi.	1		
Nepodílí se vůbec na domácích pracích.	0		

Instrukce: v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování). **Hodnocení:** prostý popis, rozmezí 0 – 8 bodů.

Zdroj: (3)

Příloha E Index nezávislosti v každodenních aktivitách (Katzův index)

aktivita	nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) – 1 bod	závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) – 0 bodů
koupání (bathing)	myje se sám či dopomoc jen u jedné části těla (např. záda či ochrnutá končetina)	dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí
oblékání (dressing)	vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání; možná dopomoc s ponožkami či punčochami	pomoc při oblékání či pasivní oblečení
používání toalety (toileting)	dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, eventuálně očistit genitál	pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním nebo užíváním podložní mísy či „gramofonu“
přemísťování (transferring)	přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné	potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování
kontinence (continence)	kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen	úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice
jezení (feeding)	vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba	částečná či kompletní pomoc s jídlem či pasivní krmení

Zdroj: (4)

Příloha F Test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou

činnost	provedení činnosti	bodové skore
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	5
4. Inkontinence moči	občas	3
	stále	5
	permanentní katetr	2
5. Inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	malé	1
	velké	4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení: 0 bodů – zcela soběstačný, 38 bodů – zcela závislý

Zdroj: (24)

Příloha G Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ)

DOTAZNÍK FUNKČNÍHO STAVU (FAQ-CZ)

Jméno a příjmení posuzovaného: Ročník: Datum vyplnění:

Jméno vyplňujícího + vztah k posuzovanému: Diagnóza: MMSE:

Tento dotazník může vyplňovat pouze osoba, která důvěrně zná, jak si posuzovaný vede v běžném životě.

V každém řádku ZAKROUŽKUJTE míru schopnosti posuzované osoby:	Vykonává sám správně	Provádí sám s potížemi	Potřebuje pomoc druhého	Je zcela závislý, vykonává někdo jiný	Nikdy nevykonával/a, ale byl/a by nyní schopen/na	Nikdy nevykonával/a a měl/a by nyní potíže
1. Vyplnit složenky nebo platit účty, ukládat si finanční doklady	0	1	2	3	0	1
2. Vyplňovat úřední dokumenty nebo formuláře	0	1	2	3	0	1
3. Nakupovat běžné domácí potřeby, oblečení nebo potraviny	0	1	2	3	0	1
4. Hrát složitější společenské hry, věnovat se aktivně koníčkům	0	1	2	3	0	1
5. Připravit si kávu nebo čaj, vypnout sporák	0	1	2	3	0	1
6. Připravit si jídlo	0	1	2	3	0	1
7. Sledovat současné události	0	1	2	3	0	1
8. Porozumět a diskutovat o televizním pořadu, knize nebo časopisu	0	1	2	3	0	1
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0	1	2	3	0	1
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto nebo použít autobus	0	1	2	3	0	1
Celková soběstačnost	body		součet		součet	
Sčítáme body ve všech kategoriích. Výsledek lze přepočítat na procenta zachování aktivit denního života podle tabulky níže.	%		součet		součet	

Převod bodů na procento soběstačnosti

body	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
procenta	97	93	90	87	83	80	77	73	70	67	63	60	57	53	50	47	43	40	37	33	30	27	23	20	17	13	10	7	3	0



Přeloženo do češtiny: MUDr. Ales Baroš, Ph.D., Pavel Martinek. Zdroj české verze: Baroš A, Martinek P, Berčiček O, Balcák A, Křípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení funkčních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiatrie pro Praxi 2008; 1(9): 31-34 nebo www.pplb.unmc.edu/centrum_Psychiatrie.cz.
 Přeloženo do češtiny: MUDr. Ales Baroš, Ph.D., Pavel Martinek. Zdroj české verze: Baroš A, Martinek P, Berčiček O, Balcák A, Křípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení funkčních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiatrie pro Praxi 2008; 1(9): 31-34 nebo www.pplb.unmc.edu/centrum_Psychiatrie.cz.
 America. Přeloženo do češtiny se svolením majitele práv. The Gerontological Society of America není za svévolně přeložením odpovědná. Autorská práva vyhrazena. Souhlas s poskytnutím kopie.

Zdroj: (38)

Příloha H Škála pro hodnocení rizika pro vznik dekubitů podle Nortonové (1962)

body	A fyzický stav	B stav vědomí	C aktivita	D pohyblivost	E inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá – moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

hodnocení	předpokládaná úroveň rizika
17–20	pravděpodobně žádné riziko
15–16	nízké riziko
13–14	střední riziko
10–12	vysoké riziko
5–9	velmi vysoké riziko
celkové hodnocení: 16 bodů a méně = riziko	

Zdroj: (12)

Příloha I Rozšířená škála Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	bdělý	chodící samostatný	úplná	kontinentní
3	malá	do 30 let	suchá, šupinatá	snížení imunity horečka diabetes mellitus	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
2	částečná	do 60 let	vlhká	sklerosis multiplex obezita anémie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontinence převážně moči
1	žádná	60 let +	alergie porušená	onemocnění cév kachexie karcinom	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkontinence moči a stolice

Riziko vzniku dekubitu

- nízké (25–24 bodů)
- střední (23–19 bodů)
- vysoké (18–14 bodů)
- velmi vysoké (13–9 bodů)

Zdroj: (14)

Příloha J Waterlowové škála

Stavba těla/výška v poměru k váze	Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Medikace	
	0	1	muž žena	14 – 49	1	2		1
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	1	cytostatika, vysoké dávky steroidů	4
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	2		
oběžní	2	suchá	1	14 – 49	1	1		
podprůměrný	3	edematózní	1	50–64	2	2	protizánětlivé léky	
		vlhká (zvyš. teplota)	1	65–74	3	3		
		nepřirozeně zbarvená	2	75–80	4	4		
		porušená/ložisko	3	81+	5	5		
Kontinence		Pohyblivost						
úplná/katetrizován	0	plná	0	průměrná	0	0	Operace/trauma	5
občasná inkontinence	1	neklidný/vrtí se	1	snížená	1	1	ortopedická pod úroveň pasu	
katetrizován/inkontinence stolice	2	apatie	2	sonda (pouze tekutiny)	2	2	páteř	
obojí inkontinence	3	omezená hybnost	3	nic ústy/anorexie	3	3	trvajících déle než 2 hodiny	5
		nehybny/trakce v křesle	4					
			5					

Zdroj: (25)

Příloha K Škála podle Bradenové

<i>Smyslové vnímání</i>	1.	2.	3.	4.
Schopnost reagovat smysluplně na potíže spojené s tlakem	Zcela omezené: Nereaguje (jako odpověď nesténá, neškube se, neuchopuje) na bolestivé podněty z důvodu sníženého stavu vědomí nebo sedativ, NEBO má omezenou schopnost cítit bolest na většině povrchu těla	Velmi omezené: reaguje jen na bolestivé podněty; potíže nevyjadřuje slovně, pouze sténáním nebo neklidem, NEBO má smyslovou poruchu omezující schopnost cítit bolest nebo potíže na polovině těla.	Mírně omezené: reaguje na verbální povely, ale nemůže vždy slovně vyjádřit potíže nebo potřebu změny polohy.	Žádné poškození: reaguje na verbální povely; nemá smyslovou poruchu, která by omezila jeho schopnost cítit nebo oznámit bolest či potíže.
Vlhkost (stupeň vystavení vlhkosti)	Neustále vlhká: kůže je vlhká téměř neustále z potu, moči nebo z jiných tekutin; vlhkost zjištěna pokaždé, když je pacient přemísťen nebo otočen.	Velmi vlhká: kůže je často, ale ne vždy vlhká; ložní prádlo je nutné měnit nejméně jedenkrát za směnu.	Příležitostně vlhká: kůže je příležitostně vlhká, což vyžaduje výměnu ložního prádla přibližně jedenkrát denně.	Zřídka vlhká: kůže je obvykle suchá; ložní prádlo je třeba měnit pouze v obvyklých intervalech.
Aktivita (stupeň fyzické aktivity)	Upoután na lůžko	Upoután do křesla: schopnost chůze silně omezena nebo neexistuje; neunesou svou váhu a při přesunu na židli nebo invalidní vozík potřebuje asistenci.	Příležitostně chodí: během dne příležitostně chodí, ale jen velmi krátké vzdálenosti, s nebo bez asistence, většinu každé směny tráví na lůžku nebo na židli.	Chodí často: nejméně 2krát denně chodí mimo pokoj, v pokoji nejméně jednou za 2 h během doby, kdy nespí.
Mobilita (schopnost měnit a kontrolovat pozici těla)	Zcela imobilní: neprovede ani nejmenší změnu polohy těla nebo končetin bez asistence.	Velmi omezená: Provádí příležitostně mírné změny polohy těla nebo končetin, ale není schopen provádět časté nebo výrazné změny samostatně.	Mírně omezená: provádí časté, i když mírné změny polohy těla nebo končetin samostatně.	Bez omezení: provádí velké a časně změny polohy těla a končetin bez asistence.


Zdroj: (25)

Příloha L Vizuální analogová škála



Zdroj: (31)

Příloha M Folsteinův test (Minimental test)

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <p>Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém státě jsme? Ve které jsme zemi? Ve kterém městě jsme? Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení? tato ordinace?) Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</p>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta - například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty (viz bod 2)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Žádná • Ale • Jestliže • Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte</i> papír do pravé ruky, <i>přeložte</i> ho na polovinu a <i>položte</i> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení 0 - 10 bodů - těžká kognitivní porucha 11 - 20 bodů - středně těžká kognitivní porucha 21 - 23 bodů - lehká kognitivní porucha 24 - 30 bodů - pásmo normálu</p>	

Zdroj: (39)

Příloha N Glasgow coma scale

Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší motorická odpověď	Vyhoví příkazům	6
	Lokalizuje bolestivý podnět	5
	Normální flexe na bolest	4
	Spastická flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Žádná odpověď	1
Nejlepší slovní odpověď	Orientován	5
	Dezorientován	4
	Neaděkvátní slova	3
	Nesrozumitelné zvuky	2
	Žádná odpověď	1
CELKEM (maximum)		15

Hodnocení

Plné vědomí: 15 bodů

Lehká porucha vědomí 13 až 14 bodů

Střední porucha vědomí 9 až 12 bodů

Závažná porucha vědomí 3 až 8 bodů

Zdroj: (39)

Příloha O Jednoduchý screeningový nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro určení rizika pádu pacienta		
Během příjmového vyhodnocení posuďte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte status pacienta podle potřeby.		
		Aktivita Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	S použitím pomůcek	1
	Potřebuje pomoc	1
	Neschopen pohybu	1
Vyprazdňování	Nepotřebuje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Potřebuje pomoc	1
Medikace	Nemá rizikové léky	0
	Má léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové smyslové deficity	1
Mentální status	Pacient je orientován a je bystrý	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18–75	0
	75 a výše	1
	Celkové skóre	

PROTOKOL
Skóre 3 nebo více, vyžaduje následující:
Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“.
Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy.
Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety.
Umístěte signalizační zařízení na dosah ruky pacienta a vysvětlete jeho funkci.
Zajistěte vhodnou obuv.
Zajistěte hygienický režim (3/24 hodin).
Odstraňte překážky v okolí pacienta.
Zajistěte vhodné noční osvětlení.
Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v jeho dosahu.

Zdroj: (22)

Příloha P Nottinghamský screeningový dotazník

<i>Položka</i>	<i>Bodové ohodnocení</i>
1. BMI <ul style="list-style-type: none"> • BMI < 18 • BMI 18–20 • BMI > 20 hmotnost (kg) _____ tělesná výška _____	2 1 0
2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících <ul style="list-style-type: none"> • více než 3 kg • do 3 kg • žádný, hmotnost stálá 	2 1 0
3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací <ul style="list-style-type: none"> • ano • ne 	2 0
4. Stresový faktor/závažnost základního onemocnění <ul style="list-style-type: none"> • <i>závažný</i> (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) • <i>mírně až středně závažný</i> (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, DM, CHOPN, nespecifické střevní záněty) • <i>žádný</i> 	2 1 0

Zdroj: (3)

Hodnoticí techniky v ošetrovatelství

Strukturovaný rozhovor pro sestry

1. Oddělení:

.....

2. Kolik je Vám let?

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

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné b) Vyšší odborné c) Bakalářské
d) Magisterské e) Doktorské

4. Jaká je délka Vaší praxe v oboru?

- a) méně než 5 let b) 6 – 10 let c) 11 – 20 let d) 21 let a více

5. Jste celkově spokojen/a s výběrem druhů hodnoticích škál a testů používaných na Vašem oddělení?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

Na otázku č. 6 odpovídá respondent/ka pouze v případě, že zvolil/a odpověď c nebo d.

6. Z jakého důvodu nejste příliš spokojen/a s výběrem druhů hodnoticích škál a testů?

.....
.....

7. Myslíte si, že používání hodnoticích škál a testů umožňuje posoudit pacienta objektivně?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

8. Řídíte se při poskytování ošetrovatelské péče neznámému pacientovi údaji vycházejícími ze škál a testů, které jsou součástí dokumentace?

- a) Ano, vždy před zahájením péče
b) Ano, pokud si nejsem jist/a svými postupy
d) Ne, ošetrovatelskou péči provádím dle vlastního úsudku

- e) Ne, řídím se míněním kolegyň, které daného pacienta již znají
f) Jiné:

Barthelové test základních všedních činností

9. Považujete tento test za dobrou techniku k posuzování pacientovy soběstačnosti?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

10. Považujete tuto techniku za aktuální v souvislosti se současnou úrovní ošetrovatelské péče?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

11. Chybí Vám v testu konkrétní položka? Jaká?

.....

12. Máte výhrady k některé položce této škály?

- a) Ano b) Ne

Na otázku č. 13 odpovídá respondent/ka pouze v případě, že v předchozí otázce zvolil/a kladnou odpověď.

13. Označte konkrétní položku, ke které máte výhrady, a uveďte důvod:

a) Příjem potravy a tekutin:

.....

b) Oblékání:

.....

c) Koupání:

.....

d) Osobní hygiena:

.....

e) Kontinence moči:

.....

f) Kontinence stolice:

.....

g) Použití WC:

.....

h) Přesun na lůžko - na židli:

.....

ch) Chůze po rovině:

.....

i) Chůze po schodech:

.....

14. Odpovídají podle Vás výsledné kategorie zařazení pacientů dle získaných bodů jejich skutečnému stavu?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

15. Další poznámky k této škále:

.....
.....

Rozšířená škála pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

16. Považujete tuto škálu za dobrou techniku ke zhodnocení pacientova rizika pro vznik dekubitů?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

17. Považujete tuto techniku za aktuální v souvislosti se současnou úrovní ošetrovatelské péče?

- a) Určitě ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

18. Chybí Vám ve škále konkrétní položka? Jaká?

.....

19. Máte výhrady k některé položce této škály? a) Ano b) Ne

Na otázku č. 20 odpovídá respondent/ka pouze v případě, že v předchozí otázce zvolil/a kladnou odpověď.

20. Označte konkrétní položku, ke které máte výhrady, a uveďte důvod:

a) Schopnost spolupráce:

.....

b) Věk:

.....

c) Stav pokožky:

.....

d) Přidružené onemocnění:

.....

e) Fyzický stav:

.....

f) Stav vědomí:

.....

g) Aktivita:

.....

h) Mobilita:

.....

ch) Inkontinence:

.....

21. Odpovídají podle Vás výsledné kategorie zařazení pacientů dle získaných bodů jejich skutečnému stavu?

a) Určitě ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

22. Další poznámky k této škále:

.....

.....

Příloha R Návrh na inovaci Barthelové testu základních všedních činností

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vytvořen návrh na inovaci Barthelové testu základních činností, který je založen na zevrubném zestručnění celé techniky. Položky, které byly respondenty označeny jako nadbytečné, byly všechny kromě chůze po rovině odstraněny. Doplněny byly položky, které byly uvedeny coby chybějící.

Zestručněný Barthel test základních všedních činností		
Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	PMK	10
	Přítomná inkontinence - soběstačný	5
	Přítomná inkontinence - nesoběstačný	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Stomie - soběstačný	5
	Stomie - nesoběstačný	0
	Inkontinence - soběstačný	5
	Přítomná inkontinence - nesoběstačný	0
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomůckou samostatně	10
	S fyzickou podporou	5
	Na vozíku	0
	Nechopen přesunu	0
Stupeň závislosti		
Plně soběstačný	90	
Částečně soběstačný	85 - 65	
Nesoběstačný	65 a méně	

Součástí testu je legenda, která byla vytvořena za účelem eliminace subjektivního posouzení pacienta.

Zestručněný Barthel test základních všedních činností - vysvětlivky		
Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	Naprosto samostatně
	S pomocí	Např. nutnost nakrájení masa, přidržení hrníčku, pomoc s vysazením k jídlu
	Neprovede	Krmení
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	Naprosto samostatně
	S pomocí	Např. dovedení do koupelny a posazení do sprchy, pomoc s umytím vlasů, dočištění
	Neprovede	V leže nebo na vozíku je kompletně umyt personálem
Kontinence moči	Plně kontinentní	Naprosto kontinentní
	PMK	PMK, moč neuniká, pouze nutnost zvýšené hygieny okolo močové trubice, výměna sáčků
	Přítomná inkontinence - soběstačný	Např. občasný únik moči, samostatně používá inkontinenční pomůcky (vložku)
	Přítomná inkontinence - nesoběstačný	Nutnost přebalování
Kontinence stolice	Plně kontinentní	Naprosto kontinentní
	Stomie - soběstačný	Pacient zvládá péči o stomii sám, je pouze kontrolován, jsou mu dodávány pomůcky
	Stomie - nesoběstačný	Péče o stomii musí být prováděna personálem
	Inkontinence - soběstačný	Pacient trpí občasným únikem stolice (např. při průjmu), samostatně používá inkontinenční pomůcky (vložku)
	Přítomná inkontinence - nesoběstačný	Nutnost přebalování
Chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	Naprosto samostatně
	S pomůckou samostatně	Používá berle, hole, chodítko, vozík aj. - nevyžaduje však pomoc
	S fyzickou podporou	Nutná fyzická přítomnost člena personálu, vysoké riziko pádu
	Na sedačce	Nutná fyzická přítomnost člena personálu, který ovládá sedačku
	Nechopen přesunu	Transportován vleže

Zdroj: Autor

Příloha S Návrh na inovaci rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vytvořen návrh na rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, který je založen na zestručnění celé techniky. Položky, které byly respondenty označeny jako nadbytečné, byly odstraněny, a odpovědi byly přeformulovány.

Zestručněná škála pro hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové		
Schopnost spolupráce	Úplná	3
	Omezená	2
	Nespolupracuje	1
Stav pokožky	Normální	4
	Akutní stav alergie	3
	Vlhká	2
	Suchá	1
Přidružené onemocnění	Žádné	4
	1. stupeň	3
	2. stupeň	2
	3. stupeň	1
Stav vědomí	Bdělý	4
	Apatický	3
	Zmatený	2
	Bezvědomí	1
	Přítomná inkontinence - nesoběstačný	0
Fyzická aktivita	Úplná, bez omezení	4
	Mění samostatně polohu	3
	Změní polohu s pomocí	2
	Neschopen změnit polohu	1
	Nechopen přesunu	0
Inkontinence	Není	3
	PMK, stomie	2
	Inkotinence - soběstačný	2
	Inkontinence - nesoběstačný	1
Stupeň závislosti		
Žádné riziko	52 - 49	
Nízké riziko	49 - 14	
Vysoké riziko	13 a méně	

Rovněž byly vytvořeny vysvětlivky k přesnému vyplnění škály.

Zestručená škála pro hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové		
Schopnost spolupráce	Úplná	Zcela samostatně
	Omezená	Potřeba dopomoci, např. se vstáváním, jídlem, pitím, chůzí, zmatenost, ztížená komunikace
	Nespolupracuje	Nespolupracuje (nechce anebo nemůže), velká zmatenost
Stav pokožky	Normální	Normální
	Akutní stav alergie	Projevy alergie
	Vlhká	Opcená
	Suchá	Suchá, nutno promazávat
Přidružené onemocnění	Žádné	Žádné
	1. stupeň	Nutno sestavit podrobný seznam diagnóz lékařem
	2. stupeň	
	3. stupeň	
Stav vědomí	Bdělý	Bdělý
	Apatický	Komunikuje omezeně, nevnímá
	Zmatený	Odpovídá nepřiléhavě, chová se nelogicky
	Bezvědomí	Nereaguje
Fyzická aktivita	Úplná, bez omezení	Bez omezení
	Mění samostatně polohu	Polohuje se sám, pouze kontrola
	Změní polohu s pomocí	Potřebuje dopomoc s polohováním, ale komunikuje a spolupracuje
	Neschopen změnit polohu	Nutno polohovat
Inkontinence	Není	Plně kontinentní močí i stolicí
	PMK, stomie	Péči může poskytovat personál, je zde však riziko vytečení obsahu, otlaku
	Inkontinence - soběstačný	Trpí občasným únikem moči/stolice, ale je si toho vědom a sám využívá kompenzačních pomůcek
	Inkontinence - nesoběstačný	Nutno přebalovat

Zdroj: Autor

Příloha T Návod na použití rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Motivace a ochota ke spolupráci

4	Plná	Kontinuální spolupráce
3	Malá	Spolupracuje na výzvu
2	Částečná	Spolupracuje občas na výzvu
1	Žádná	Nespolupracuje

Věk

4	méně než 10 let
3	mezi 10 a 30 lety
2	mezi 30 a 60 lety
1	starší 60 let

Stav kůže

4	Intaktní	Normální stav kůže
3	Lehké změny	Suchá, šupinatá, lehké zánětlivé, nebo alergické projevy
2	Střední změny	Vlhká, střední alergické, nebo zánětlivé projevy
1	Těžké změny	Ragády, macerace, těžká dehydratace, těžké alergické projevy

Souběžná onemocnění

4	Žádná	Podle stupně projevu: např. cukrovka bez poškození až po těžká poškození, místní léčitelný karcinom až generalizovaný karcinom atd.
3	Lehká forma	
2	Střední forma	
1	Těžká forma	

Somatický stav

4	Dobry	Podle stupně projevu	
3	Obstojný		
2	Špatný		Například kachexie, adipositas
1	Velmi špatný		Pacient je velmi ohrožen svým somatickým stavem

Duševní stav

4	Jasně vědomí
3	Apatický, nezúčastněný
2	Zmatený, desorientovaný místem i časem
1	Stupor až bezvědomí

Aktivita

4	Chodící bez pomoci	Úplná nezávislost na podpoře
3	Chodící s pomocí	Potřeba částečné podpory
2	Závislý na invalidním vozíku	Potřeba rozsáhlé podpory
1	Ležící	Naprostá závislost na většině úkonů

Pohyblivost

4	Plná	
3	Částečně omezená	Mírná omezení v kloubech (ramenní, kyčelní, kolenní)
2	Velmi omezená	Omezení hybnosti po operacích kloubů, kontraktury, rozsáhlé fixace

1	Zcela omezená	Není schopen vykonávat samostatně žádné pohyby, nebo jen s velkými obtížemi
---	---------------	---

Inkontinence

4	Žádná
3	Občasná
2	Převážně moč
1	Moč i stolice

Zdroj: (42)

Příloha U Návrh na odborný článek

Hodnoticí techniky v ošetrovatelství

Souhrn:

Oslovili jsme 33 všeobecných sester k účasti na výzkumném šetření metodou strukturovaného rozhovoru, které bylo zaměřeno na komplexnost Barthelové testu základních všedních činností a rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.

Klíčová slova:

hodnoticí techniky, dokumentace, test Barthelové, škála Nortonové

Úvod:

Podle vyhlášky č. 98/2012 Sb. je ošetrovatelská anamnéza pacienta a zhodnocení jeho zdravotního stavu nutnou součástí ošetrovatelské dokumentace. K tomu slouží hodnoticí techniky, které jsou považovány za doplňkovou metodou v průběhu sběru informací v rámci první fáze ošetrovatelského procesu. Umožňují ošetrovatelskému týmu objektivně posoudit stav pacienta, určit a kategorizovat rizikové pacienty a zároveň hodnotit účinnost ošetrovatelské péče. (4)

Barthelové test základních všedních činností představuje mezinárodně nejuznávanější nástroj k měření úrovně fyzického poškození, který umožňuje sestře získat orientační náhled na pravděpodobné nároky pacienta na ošetrovatelskou péči. (2) První verze tohoto testu byla publikována v roce 1965 americkými autorkami Dorotheou Barthelovou a Florence Mahoneyovou. (5) Od té doby je v mnohých zařízeních používána v takřka nezměněné podobě.

Škála pro hodnocení rizika pro vznik dekubitů podle Nortonové byla vyvinuta v roce 1962 a k jejímu rozšíření došlo v roce 1987 zásluhou německé profesorky Christel Biensteinové. (3) Tato verze je ve zdravotnických zařízeních hojně používána dodnes.

Cíl:

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda všeobecné sestry považují Barthelové test základních všedních činností a rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové za komplexní z hlediska aktuálnosti jejich položek.

Metodika a charakteristika výzkumného vzorku:

Pro sběr dat byl zvolen kvantitativní výzkum metodou strukturovaného rozhovoru. Celé výzkumné šetření bylo realizováno na osmi odděleních Krajské nemocnice Liberec, a.s, v průběhu října a listopadu 2016 a února a března 2017. Do výzkumu se zapojilo celkem 33 respondentů ze čtyř interních a čtyř chirurgických oddělení, jednalo se pouze o všeobecné sestry s vysokoškolským, vyšším odborným nebo středoškolským vzděláním pracující bez odborného dohledu. Pokládáno bylo celkem 22 otázek, v průběhu výzkumu byly k dispozici zkoumané škály k nahlédnutí.

Výsledky:

První soubor otázek byl orientován na Barthelové test základních všedních činností. Zprůměrováním pozitivních a negativních odpovědí byl vyvozen závěr, že celkem 42 % sester považuje tuto techniku za nekomplexní.

Ve výzkumu jsme se mj. zaměřili na konkrétní položky testu, ke kterým si našlo výhrady 58 % respondentů. Z celkového počtu odpovědí měli respondenti nejvíce připomínek k položkám koupání, osobní hygiena, kontinence moči, chůze po schodech a chůze po rovině. Položky koupání a osobní hygiena respondenti považují za takřka shodné a navrhovali by jednu z nich odstranit, rovněž se pozastavují nad absencí bodového rozlišení odpovědí samostatně a s pomocí. U otázky kontinence moči bylo poukázáno na nesrovnalosti v případě, že má pacient zaveden permanentní močový katétr. Stejně tak byla zmíněna nevhodná formulace odpovědí, zejména co se týče odpovědi „občas inkontinentní“, u které není plně pochopen její význam. Položku chůze po schodech část respondentů považuje za zcela zbytečnou, u položky chůze po rovině bylo poukazováno na možnost subjektivního posouzení. Stejně tak podle respondentů není dost dobře možné odhadnout vzdálenost 50m. Šetření ohledně Barthelové testu zakončila otázka, zda dle respondentů výsledné zařazení pacienta souhlasí s jeho celkovým stavem - 70 % respondentů zde vyjádřilo částečný či úplný nesouhlas.

Tab. 1 Výhrady k jednotlivým položkám Barthelové testu základních všedních činností

Odpověď	Důvod	n_i	f_i [%]
Příjem potravy a tekutin	Bez připomínek	0	0,0
Oblékání	Nadbytečnost	4	6,8
Koupání	Nerozlišení bodových hodnot u možnosti "samostatně a "s pomocí"	4	6,8
	Duplicitní k položce osobní hygiena	4	6,8
Osobní hygiena	Nerozlišení bodových hodnot u možnosti "samostatně a "s pomocí"	4	6,8
	Duplicitní k položce koupání	4	6,8
Kontinence moči	Nadbytečnost	1	1,7
	Kam zařadit pacienta s PMK?	7	11,9
	Nevhodná formulace odpovědí	4	6,8
Kontinence stolice	Nadbytečnost	2	3,4
	Kam zařadit pacienta se stomií?	2	3,4
	Nevhodná formulace odpovědí	1	1,7
Použití WC	Nadbytečnost	2	3,4
Přesun na lůžko – na židli	Nadbytečnost	2	3,4
	Subjektivní posouzení odpovědí	2	3,4
Chůze po rovině	Nadbytečnost	3	5,1
	Subjektivní posouzení odpovědí	4	6,8
Chůze po schodech	Nadbytečnost	9	15,3
Σ		59	100,0

Druhá sekce byla zaměřena na rozšířenou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, která obsahovala stejné otázky jako část předešlá. Tato technika byla vyhodnocena jako nekomplexní ze 41 %.

Výhrady ke konkrétním položkám mělo 67 % respondentů. Valná většina z nich reagovala na položku přidružená onemocnění, kde často není možné pacienta zařadit mezi uvedené kategorie. Rovněž se zde opakuje poznámka ohledně nevhodné formulace odpovědí u položky inkontinence. Respondenti se rovněž pozastavují nad vzájemnou

podobností položek fyzický stav, aktivita a mobilita - navrhovali by některé z nich odstranit. Šetření bylo zakončováno otázkou na téma souladu výsledného zařazení pacienta s jeho skutečným stavem, kde odpovědi *spíše ne* a *ne* dosahovaly celkem 61 %.

Tab. 2 Výhrady k jednotlivým položkám škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Odpověď	Důvod	n _i	f _i [%]
Schopnost spolupráce	Subjektivní posouzení odpovědí	3	6,4
Věk	Nerelevantní	4	8,5
Stav pokožky	Alergie - aktuálně či dlouhodobě?	2	4,3
	Subjektivní posouzení odpovědí	1	2,1
Přidružené onemocnění	Nemožnost zařazení pacienta	15	31,9
	Nevhodné řazení odpovědí	2	4,3
Fyzický stav	Subjektivní posouzení odpovědí	3	6,4
	Nadbytečnost (duplicita k položce mobilita nebo aktivita)	3	6,4
Stav vědomí	Bez připomínek	1	2,1
Aktivita	Subjektivní posouzení odpovědí	1	2,1
	Nadbytečnost (duplicita k položce mobilita nebo fyzický stav)	3	6,4
Mobilita	Nadbytečnost (duplicita k položce aktivita nebo fyzický stav)	4	8,5
Inkontinence	Nevhodná formulace odpovědí	5	10,6
Σ		47	100,0

Diskuze a závěr:

Barthelové test základních všedních činností ani rozšířená škála dle Nortonové nezaznamenaly zevrubnou inovaci již přes 30 let. O této skutečnosti vypovídají i výsledky našeho šetření, podle kterého přibližně polovina všeobecných sester považuje tyto techniky za nekomplexní. Během celého výzkumu bylo nasbíráno nespočet podnětných komentářů, zejména ohledně jednotlivých položek těchto technik.

U Barthelové testu základních všedních činností opravy podle respondentů vyžaduje 9 položek z 10. Jedním ze zásadních problémů se ukázaly být nadbytečné a duplikované

položky. Vezmeme-li v úvahu obrovskou časovou vytiženost dnešních sester, lze považovat přítomnost nadbytečných položek v takto poměrně dlouhém testu za velice negativní. Jedná se zejména o položku chůze po schodech v souvislosti s možností využívání nemocničních výtahů a o vzájemně podobné položky osobní hygiena a koupání, u těchto úkonů také chybí bodové rozlišení možností samostatně a s pomocí. Svízelné je rovněž subjektivní zhodnocení odpovědí. Asi největším problémem je u této techniky hodnocení kontinence v případě, že má pacient zaveden permanentní močový katétr. V takovéto situaci sestry nemohou zvolit přesnou odpověď a dochází k tomu, že každá z nich pacienta v rámci položky inkontinence ohodnotí zcela jinak. Stejný problém vidí sestry v menší míře i u položky kontinence stolice u pacienta se stomií. Subjektivní posouzení odpovědí se podle respondentů do výsledků promítá i v případě položky chůze po rovině, kde bylo upozorněno na úskalí hodnocení pacienta samostatně používajícího kompenzačních pomůcek v podobě holí či berlí. Zde je otázkou, zda zvolit odpověď samostatně či s pomocí.

Rozšířená škála pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové podle respondentů rovněž umožňuje rozdílný výklad jednotlivých položek různými hodnotiteli. Na možnost subjektivního posouzení odpovědí odkazují sestry u třech položek: schopnost spolupráce, fyzický stav a stav pokožky. U kategorie stav pokožky se jedná především o nejistotu ohledně hodnocení pacienta s alergií, není zde totiž definováno, zda se jedná o aktuální stav, nebo o přítomnost záznamu v anamnéze. Nespokojenost převládá u položky přidružené onemocnění, která byla komentována celkem 32 % vyfiltrovaných respondentů. Zde často nejsou sestry schopny pacienta zařadit, protože jeho stav neodpovídá ani jedné z uvedených kategorií. Vezmeme-li v úvahu kompetence všeobecné sestry, která přirozeně není oprávněna samostatně hodnotit závažnost lékařských diagnóz a srovnávat je s diagnózami ostatními, opět narážíme na poměrně významný problém. Zároveň zde byly další položky vyhodnoceny jako duplicitní - aktivita, fyzický stav a mobilita.

Podle mnoha respondentů výsledné ohodnocení pacienta oběma hodnotícími technikami zcela nebo částečně nesouhlasí s jeho skutečným stavem. Zejména u Nortonové škály se nesoulad objevuje jak v rámci nadhodnocování, tak i podhodnocování stavu. Podhodnocování pak následně pramení v další a další úkony, které je odborný pracovník nucen provádět. Jako příklad můžeme jmenovat ordinaci polohování u soběstačného pacienta na základě falešného výsledku rizika vzniku dekubitů.

Celkový pohled sester na hodnoticí techniky lze tedy na základě výsledků výzkumu hodnotit spíše negativně. Na nechuť ohledně práce s nimi poukazují i poznámky, které bylo možno dodávat po vyčerpání stanovených otázek ke zkoumaným hodnoticím technikám. U Barthelové testu základních všedních činností bylo dodáno 27 % respondentů, že by nejraději tuto techniku z dokumentace zcela vyřadili, u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové se jednalo o 15 %.

Ač výzkumné šetření přineslo poměrně pádné výsledky a prokázalo, že sestry jsou schopné kritického myšlení, přesto se jejich poznámky do jisté míry neslučovaly s očekáváním, které panovalo před zahájením výzkumu. Tehdy jsme očekávali, že sestry, které budou techniky považovat za neaktuální, budou současně například u rozšířené škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové coby výhrady k jednotlivým položkám automaticky jmenovat skutečnosti, které jim v souvislosti s posunem vědy v dané škále chybí. Krajčík a Bajanová (2012) například poukazují na riziko přilehnutí močového katétru, vodící části venózní kanyly a drénů, tvorbu vlhkosti v oblasti náplasti fixující venózní kanylu, nebezpečí otlaku v souvislosti se zábranami a nesprávného přiložení dlah. Dále v procesu prevence zmiňují nutnost ochrany oblastí kořene nosu při dlouhodobé aplikaci kyslíku, nezbytnost měnění polohy orální sondy a umístění čidla pro pulzní oxymetrii. (1) Jako adekvátní odpovědi mohou být v rámci našeho šetření označeny pouze připomínky ohledně opomenutí pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem či stomií ve spojení s inkontinencí v obou technikách, u Barthelové testu pak označení položky chůze po schodech jako zbytečné v souvislosti s aktuálním používáním výtahů nebo upozornění na absenci zahrnutí některých kompenzačních pomůcek v položce chůze po rovině. Ohlédneme-li se zpět, důvod těchto výsledků by mohl být v nešťastné volbě oddělení, na kterých byl výzkum prováděn - měly by zde být zahrnuty rovněž jednotky intenzivní péče, pooperační jednotky a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Dalším neméně důležitým faktorem jistě mohl být úzký vzorek tázaných respondentů.

Doporučení pro praxi

Co se týče doporučení pro ošetrovatelskou praxi, nezbytná je přirozeně inovace hodnoticích technik. Aby však změny mohly úspěšně postupovat, je potřeba přimět sestry k aktivnímu zamýšlení se nad daným problémem. Hodnoticí techniky by tak rozhodně měly být zahrnuty do průběhu celoživotního vzdělávání tak, aby sestry

kontinuálně získávaly další vědomosti z této oblasti a mohly samy k žádoucím změnám přispět. Důležité je rovněž školení na konkrétních pracovištích, tedy prohloubení poznatků sester ohledně těchto škál kvůli eliminaci subjektivizace výsledků.

Proti hodnotícím technikám ale svědčí časová náročnost, což je vlastnost, která značně zastiňuje jejich pozitivní význam. Sestry v kontextu své vytíženosti nelze nutit k inovační snaze nad rámec jejich pracovních povinností, v řešení daného problému je tedy nutné ponořit se o dost hlouběji. Dokud nebudou vyřešeny globální problémy českého zdravotnictví v čele se vzděláváním a platovým ohodnocením sester, potažmo nedostatkem personálu, pohybujeme se v začarovaném kruhu.

Autor:

Anna Šolcová, studentka Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci
(an.solcova@gmail.com)

Zdroje:

1. KRAJČÍK, Š.; BAJANOVÁ, E. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba, 2012. 85 s. ISBN 978-808-9171-958.
2. MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
3. MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
4. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetrovatelství - role sestry a nemocného - ošetrovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
5. POKORNÁ, A. a kol. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

Zdroj: Autor

Příloha V Protokol k provádění výzkumu 1



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
OŠETŘOVATELSTVÍ, VŠEOBECNÁ SESTRA	D13000107	3.
Téma práce	HODNOTICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEUROLOGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FRYAUFOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií Studentská 2, 461 17 Liberec 1 podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Milena Dudová vrchní sestra podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.11.2016	
Datum ukončení výzkumu	10.11.2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 31.10.2016


Šolcová
.....
podpis studenta

Příloha W Protokol k provádění výzkumu 2

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ, VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D13000107	Ročník 3.
Téma práce	HODNOTÍCÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ODDĚLENÍ VŠEOBECNÉ INTERNY 4A	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií Studentská 2, 461 17 Liberec 1 podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. I. ŠKODOVÁ	
Datum zahájení výzkumu	1. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 11. 2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 31. 10. 2016


 podpis studenta

Příloha X Protokol k provádění výzkumu 3



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
ŮŠETŘOVATELSTVÍ, VŠEOBECNÁ SESTRA	D13000107	3.
Téma práce	HODNOTÍCÍ TECHNIKY V ŮŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ONKOCHIRURGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FRYAUFOVÁ	
Vyřázení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií Studentská 2, 461 17 Liberec 1 podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetravatelské péče podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. L. KOHOUTOVÁ podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.11.2016	
Datum ukončení výzkumu	10.11.2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		



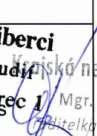

V LIBERCI dne 31.10.2016

Šolcová
podpis studenta




Příloha Y Protokol k provádění výzkumu 4

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor	Osobní číslo studenta	Ročník
OŠETŘOVATELSTVÍ, VŠEOBECNÁ SESTRA	D13000107	3.
Téma práce	HODNOTÍCÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ODDĚLENÍ VŠEOBECNÉ CHIRURGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Technická univerzita v Liberci Fakulta zdravotnických studií Studentská 2, 461 17 Liberec 1  podpis Mgr. Marie Fryaufová šéfklinička ošetrovatelské péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Datum zahájení výzkumu	1. 11. 2016	
Datum ukončení výzkumu	10. 11. 2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCÍ dne 31. 10. 2016



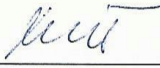
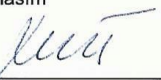

 podpis studenta




Příloha Z Protokol k provádění výzkumu 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D13000107	Ročník 3.
Téma práce	HODNOTICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	UROLOGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Křiškovice Liberec, a.s. V. zisková nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče podpis 460 01 Liberec IČ: 27283933 (3)	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím 	
Datum zahájení výzkumu	20.2.2017	
Datum ukončení výzkumu	12.3.2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 20.2.2017


.....
podpis studenta







Příloha A2 Protokol k provádění výzkumu 6



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ, VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D13000107	Ročník 3.
Téma práce	HODNOTÍCÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ONKOLOGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím a. ROP  podpis Mgr. L. KOHOUTOVÁ	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis Mgr. D. HRSTKOVÁ	
Datum zahájení výzkumu	20. 2. 2017	
Datum ukončení výzkumu	12. 3. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 19. 2. 2017.


podpis studenta





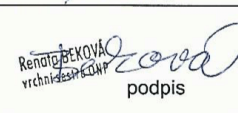


Příloha B2 Protokol k provádění výzkumu 7




TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D13000107	Ročník 3.
Téma práce	HODNOTICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	
Jméno vedoucího práce	MgA. MARIE FROŇKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím M. ŽOP  podpis Mgr. I. KOHOUTOVÁ  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Renata ŠKOVÁ  podpis vrchní sestřička	
Datum zahájení výzkumu	20.2.2017	
Datum ukončení výzkumu	12.3.2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		


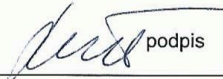
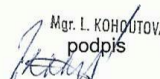
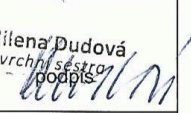
V LIBERCI dne 19.2.2017


.....
podpis studenta




Příloha C2 Protokol k provádění výzkumu 8

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	ŠOLCOVÁ ANNA	
Studijní program/obor OŠETŘOVATELSTVÍ; VŠEOBECNÁ SEŠTRA	Osobní číslo studenta D13000107	Ročník 3.
Téma práce	HODNOTICÍ TECHNIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEUROCHIRURGIE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŮKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím a z. p.  podpis Mgr. L. KOHOUTOVÁ	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis Milena Dudová vrchní sestra	
Datum zahájení výzkumu	20. 2. 2017	
Datum ukončení výzkumu	12. 3. 2017	
Počet oslovených respondentů (personálu)	5	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V LIBERCI dne 19. 2. 2017



 podpis studenta

