



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Mgr. Jan Neugebauer

Školitel: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 7. 2021

.....
Neugebauer Jan

Poděkování

Rád bych poděkoval prof. PhDr. Valerii Tóthové, Ph.D. za odborné rady, vedení, trpělivost a psychickou podporu při zpracování celé studie.

Dále bych rád poděkoval Grantové agentuře Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za finanční podporu při zpracování studie a všem kolegům, kteří se přímo i nepřímo účastnili na její realizaci.

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním

Abstrakt

Úvod: Tělesné znevýhodnění je velmi diskutabilní téma z pohledu terminologie, variability i specifik péče. V souvislosti s touto problematikou nahlížíme na celý koncept v rámci analýzy a uspokojování aktuálních potřeb, které se výrazně odlišují v závislosti na druhu, míře a reverzibilitě znevýhodnění. Obecné potřeby bývají stálé, avšak u těchto pacientů bývá výrazněji ovlivněno spektrum potřeb, které se v souvislosti se znevýhodněním modifikovali, nebo které nově vznikli. Pro pečlivou analýzu lze využít hodnotící a měřící nástroje, zaměřující se na problematickou oblast (např. soběstačnost či rizikové faktory) nebo komplexně na míru znevýhodnění. V České republice jsou aktuálně evidovány pouze nástroje specificky hodnotící každou oblast separovaně. Implementace komplexního nástroje by mohla přispět ke zlepšení péče o pacienty s tělesným znevýhodněním v klinické praxi.

Cíl: Cílem disertační práce bylo analyzovat dostupné hodnotící a měřící nástroje pro hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním v ošetrovatelství, zmapovat poskytovanou péči o tyto pacienty a analyzovat problematické situace, které jsou u pacientů s tělesným znevýhodněním v průběhu hospitalizace přítomny.

Metodika: Pro zpracování práce byl využit mix metod za použití techniky dotazníkového šetření a metody Focus groups. Dotazníkové šetření probíhalo u dvou skupin označené jako A a B. Výzkumný soubor A měl reprezentativní charakter a byl tvořen sestrami z celé České republiky. Výzkumný soubor B byl tvořen pacienty s tělesným znevýhodněním. V rámci sběru dat byly konstruovány dva odlišné dotazníky – nestandardizovaný pro výzkumný soubor A se zaměřením na využití hodnotících nástrojů, práci s výsledky, doporučení pro praxi a pojetí konceptu tělesného znevýhodnění; a kombinaci standardizovaného dotazníku WHODAS 2.0 obohaceného o nestandardizovaný blok otázek pro výzkumný soubor B, zaměřující se na pojetí vlastního těla a koncepci kvality života.

Výsledky: V klinické praxi se používání obecné standardizované nástroje, zejména pro hodnocení rizika pádu (Conley scale a Morse Fall Scale), hodnocení rizika vzniku dekubitů (Braden scale a Norton scale) a hodnocení soběstačnosti (Barthel test, test

instrumentálních všedních činností). V rámci aktivního vyhledávání specifických potřeb sestry také hodnotí oblast aktivity, motivace, mobility a výživy. Oblast sexuality a spirituality není v klinické praxi adekvátně hodnocena a sestry uvádí, že tato témata jsou stále tabuizována a považují za vhodnější alternativu, aby tyto domény zajišťovali jiní specialisté. Pro oblast hodnocení by ve své praxi přivítaly jak nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů – Waterlow Scale, Knoll Scale nebo Shannon Scale; nástroje pro hodnocení rizika pádu – Morse Fall Scale, Conley Scale nebo Tinetti scale; nástroje pro hodnocení soběstačnosti – Barthel test, test instrumentálních všedních činností. U pacientů s tělesným znevýhodněním je aktuálně nejvíce problematickou doménou inkontinence moče, bolest a psychická oblast se zaměřením na sebeúctu a pocit bezpečí a jistoty. Sestry by pro využití v klinické praxi rády uvítaly komplexnější nástroj pro hodnocení problematiky tělesného znevýhodnění a pro tuto oblast by přivítaly i edukační kurzy, které jim pomohou této problematice více porozumět.

Závěr: V klinické praxi se používají standardizované i nestandardizované nástroje pro hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním. Mnoho ze standardizovaných nástrojů by respondenti uvítali ve své praxi a je doporučují pro využití v celé České republice. Pacienti s tělesným znevýhodněním velmi často trpí rizikem vzniku dekubitů, pádů, rozvojem infekcí, psychickými obtížemi a bolestí. Jako doporučení pro praxi souhlasíme s implementací standardizovaných nástrojů do klinické praxe. Nástroj WHODAS 2.0 je vhodně nastaven pro analyzování úrovně znevýhodnění a poukazuje na znevýhodněné oblasti. Dále může sestře pochopit náročnost onemocnění a dopadů zdravotních komplikací na psychickou i fyzickou stránku, která znemožňuje vykonávat standardní práci. V rámci studie byla na základě výsledků vytvořena a testována ošetrovatelská dokumentace, kterou doporučujeme implementovat do péče o pacienty s tělesným znevýhodněním.

Klíčová slova

Tělesné znevýhodnění; hodnotící nástroje; měřící nástroje; hodnocení v ošetrovatelství; WHODAS 2.0

Use of Evaluating and Measuring Tools for Assess Needs in People with Physical Disabilities

Abstract

Introduction: Physical disadvantage is a debatable topic regarding terminology, variability, and specifics of care. In connection with this issue, we look at the whole concept in analyzing and satisfying current needs, which differ significantly depending on the type, extent, and reversibility of disadvantage. General needs tend to be constant, but in these patients, the spectrum of needs that have been modified or newly created in connection with the disadvantage is more significantly affected. For careful analysis, the nurses can use the evaluation and measurement tools, focusing on the problematic area (e.g., self-sufficiency or risk factors) or comprehensively on the level of disadvantage. Nurses in the Czech Republic use only instruments specifically evaluating each area separately. Implementing a comprehensive tool could contribute to the improvement of care for patients with physical disabilities in clinical practice.

Aims: The dissertation aimed to analyze the available evaluation and measurement tools for evaluating patients with physical disabilities in nursing, map the care provided for these patients, and analyze problematic situations present in patients with physical disabilities during hospitalization.

Methodology: We use a mix of methods to process the work using the questionnaire survey technique and the Focus groups method. We create the questionnaire survey for two groups marked as A and B. Research group A had a representative character and consisted of nurses from all over the Czech Republic. Research group B consisted of patients with physical disabilities. Within the data collection, we create two different questionnaires - non-standardized for research set A with a focus on using evaluation tools, work with results, recommendations for practice, and the concept of physical disabilities. We also create a combination of a WHODAS 2.0 and further information focusing on the concept of own body and the quality of life for research set B.

Results: In clinical practice, the use of a general standardized tool, especially for fall risk assessment (Conley scale and Morse Fall Scale), pressure ulcer risk assessment (Braden scale and Norton scale), and self-sufficiency assessment (Barthel test, routine instrumental test). As part of the active search for the specific needs of the nurse, she also

evaluates the area of activity, motivation, mobility, and nutrition. Respondents do not evaluate sexuality and spirituality adequately in clinical practice, and nurses state that these topics are still taboo and consider it a more suitable alternative for these domains to be provided by other specialists. For the field of assessment, they would welcome in their practice both tools for assessing the risk of pressure ulcers - Waterlow Scale, Knoll Scale or Shannon Scale; fall risk assessment tools - Morse Fall Scale, Conley Scale or Tinetti scale; tools for self-sufficiency evaluation - Barthel test, a test of everyday instrumental activities. In patients with physical disabilities, the most problematic domains currently are urinary incontinence, pain, and the psychological area, focusing on self-esteem and a sense of security and safety. Nurses would like to welcome a more comprehensive tool for assessing the issue of physical disadvantage for use in clinical practice, and they would also welcome educational courses in this area, which will help them understand this issue better.

Conclusion: In clinical practice, respondents use standardized and non-standardized tools to evaluate patients with physical disabilities. The respondents would welcome many of the standardized tools in their practice and recommend them for use throughout the Czech Republic. Patients with physical disabilities often suffer from the risk of pressure ulcers, falls, the development of infections, mental health problems, and pain. As a recommendation for practice, we agree with the implementation of standardized tools into clinical practice. WHODAS 2.0 is well-suited for analyzing the level of disadvantage and points to disadvantaged areas. Furthermore, the nurse can understand the severity of the disease and the effects of health complications on the mental and physical side, which makes it impossible to perform everyday work. Based on the study results, we create and test nursing documentation, which we recommend implementing in patients with physical disabilities.

Key words

Physical disabilities; measuring tools, evaluating tools; assessment in nursing; WHODAS 2.0

Obsah

1	Filozofie znevýhodnění.....	14
1.1	Terminologie používaná při klasifikaci znevýhodnění	16
1.1.1	Vývoj terminologie.....	17
1.1.2	Osoba se specifickými potřebami.....	20
1.1.3	Klasifikace tělesného znevýhodnění	21
1.2	Well-being (blahobyt)	24
1.2.1	Psychologický dopad a adaptace	25
1.2.2	Pozitivní myšlení, sebe-motivace a sebe-odpovědnost	26
1.3	Holismus v kontextu znevýhodnění	27
1.4	Filosofie utrpení a závažného onemocnění	28
2	Vývoj monitorace znevýhodnění.....	30
2.1	Washington Group on Disability Statistics (WG).....	30
2.2	Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (ICIDH).....	31
2.3	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF)	32
3	Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním	33
3.1	Historie potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním.....	34
3.2	Potřeby zdravotnického personálu v klinické praxi	36
3.2.1	Komunikace.....	36
3.2.2	Potřeba času.....	37
3.2.3	Vzdělání.....	37
3.3	Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním v klinické praxi	38
3.3.1	Soběstačnost	38
3.3.1.1	Barthel test – Activities of Daily Living (ADL).....	39
3.3.1.2	Katzův test / Katzův index.....	40
3.3.2	Aktivita / Mobilita	41
3.3.2.1	Nástroje pro hodnocení rizika pádu.....	43
3.3.2.2	Morse Fall Scale	43

3.3.2.3	Conley scale.....	44
3.3.2.4	Tinetti scale.....	45
3.3.3	Dekubity	46
3.3.3.1	Norton scale	47
3.3.3.2	Braden scale.....	48
3.3.3.3	Waterlow scale.....	50
3.3.3.4	Knoll Tool, Assessment of Pressure Ulcer Potential.....	51
3.3.3.5	Shannon scale	52
3.3.3.6	Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCIPUS).....	53
3.3.4	Psychické zdraví.....	54
3.3.4.1	Sheehan Disability Scale	54
3.3.5	Znevýhodnění	55
3.3.5.1	The Washington Group Short Set of Questions on Disability (WG – SS).....	55
3.3.5.2	The Washington Group Extended Set.....	56
3.3.5.3	World Health Organization Disability Assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0).....	57
3.3.5.4	Model Disability Survey (MDS)	58
3.3.6	Infekce	59
4	Tělesné znevýhodnění v kontextu ošetrovatelského modelu OREM.....	60
4.1	Univerzální požadavky sebeděče	61
4.2	Vývojové požadavky sebeděče	62
4.3	Terapeutické požadavky sebeděče	63
5	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	64
5.1	Cíle práce	64
5.2	Hypotézy	64
5.3	Výzkumné otázky.....	65
6	Operacionalizace pojmů	66
6.1	Tělesné znevýhodnění	66

6.2	Měřicí a hodnotící nástroje.....	66
6.3	Potřeba.....	67
6.4	Holistický přístup	67
7	Metodika	68
7.1	Přípravná fáze.....	69
7.1.1	Rešerše a konstrukce dotazníků	69
7.1.2	Předvýzkum a plánování výzkumné strategie	69
7.2	Hlavní výzkumné šetření.....	70
7.2.1	Charakteristika výzkumného souboru A	70
7.2.2	Charakteristika výzkumného souboru B.....	71
7.2.3	Použité nástroje	71
7.2.4	Sběr a analýza dat.....	72
7.3	Kvalitativní výzkumné šetření.....	73
7.3.1	Přípravná fáze.....	73
7.3.2	Realizace Focus groups.....	74
7.3.3	Testování dokumentu a Follow-up strategie	74
8	Výsledky	75
8.1	Demografické údaje	75
8.2	Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru A	80
8.2.1	Vnímání konceptu tělesného znevýhodnění a přístup sester k těmto pacientům ..80	
8.2.2	Edukace ošetrovatelského personálu o problematice tělesného znevýhodnění ...83	
8.2.3	Náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním	86
8.2.4	Poskytovaná péče pacientům s tělesným znevýhodněním.....	87
8.2.5	Hodnocení vybraných oblastí u pacientů s tělesným znevýhodněním.....	97
8.2.6	Doporučení hodnotících nástrojů	105
8.2.7	Inovace pro zlepšení poskytované péče	122
8.3	Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru B.....	123
8.3.1	Standardizovaná část výzkumného šetření.....	123

8.3.2	Nestandardizovaní část výzkumného šetření	133
8.4	Statistická analýza vztahů mezi proměnnými	144
8.4.1	Analýza vztahů v rámci vzdělání sester	144
8.4.2	Analýza vztahů v rámci školení sester o problematice tělesného znevýhodnění	146
8.4.3	Analýza vztahů v rámci používání hodnotících nástrojů	147
8.4.4	Analýza vztahů v rámci měřených oblastí a používáním nástrojů.....	149
8.4.5	Analýza vztahů v rámci používání nástrojů a názorem na dostatečnost měření	150
8.5	Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření.....	152
8.5.1	Focus groups	152
8.5.2	Follow-up po testování dokumentace	154
9	Diskuse	155
9.1	Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním	156
9.2	Používání nestandardizovaných a standardizovaných nástrojů.....	162
9.3	Používání nástrojů pro hodnocení rizik.....	164
9.3	Sexualita a spiritualita v klinické praxi	165
9.4	Vzdělání v souvislosti s používáním hodnotících nástrojů	166
9.5	Vnímání svého zdraví pacienty s tělesným znevýhodněním.....	167
10	Závěr.....	169
11	Seznam použité literatury.....	172
	Seznam příloh	218
	Seznam grafů	219
	Seznam tabulek.....	222
	Seznam zkratek.....	224

Úvod

Ošetrovatelská profese je v moderní době velice progresivní vědní disciplínou, která má již pevné historické kořeny a teorie. Celý koncept ošetrovatelské filosofie, styl myšlení a přístupy/postoje ovlivňují charakter člověka, v tomto případě sester v klinické praxi. Vzhledem k tomu, že je ošetrovatelství velice variabilní, musí být i sestra ve své profesi velice pružná, neboť eviduje a analyzuje činy, názory a postoje sester, evidují informace o aktuálním zdravotním stavu jedinců a mají schopnost podporovat osoby v životě, stejně jako je doprovázet k důstojnému ukončení života.

Tělesné znevýhodnění se řadí mezi modernější označení, avšak v ošetrovatelské péči je chápána jako synonymum pro postižení nebo hendikep. Nepochopení principu znevýhodnění se zaměřením na interakci s okolím, společností i vlastními pocity vede k vyšší četnosti výskytu komplikací. Typickým sociologickým problémem v tomto kontextu je speciecismus/druhismus, který je velice podobný rasismu. Jedná se o pocit druhové nadřazenosti a potřebě diskriminovat znevýhodněné osoby, např. legitimizováním, zadávání nesplnitelných úkolů nebo zesměšňování či upozorňování na přítomné nedostatky. V ošetrovatelském podnebí je tento postoj zdravotnických pracovníků ojedinělý, avšak stále není zcela eliminován. Vytváření negativní atmosféry, pochybností nebo potřeba diskriminace bývá přítomna hlavně z důvodu předchozí negativní zkušenosti nebo nedostatku informací o dané problematice. V souvislosti s těmito fakty bychom rádi tento problém více specifikovali a rozšířili informace zdravotnických pracovníků o problematice hodnocení potřeb u pacientů s tělesným znevýhodněním.

Problematika tělesného znevýhodnění je velice specifická nejen z hlediska nejasné terminologie, ale také v souvislosti s různou intenzitou a různým spektrem přítomných potřeb, které mohou být i pro pacienta nově vzniklé nebo přítomným znevýhodněním modifikované. Všechny potřeby mohou být aktivně vyhledávány a hodnoceny, pokud ošetrovatelský personál postupuje podle planých opatření a má dostatek informací o rizikových oblastech, které je vhodné monitorovat. Se vzrůstající mírou znevýhodnění vzrůstá také množství potřeb a pro tyto účely je doporučováno využití specifické hodnotící a měřící nástroje. V klinické praxi jsou standardně evidovány ve zdravotnických zařízeních standardizované nástroje (např. test nezávislosti ADL –

Barthel test) a nestandardizované nástroje, které jsou vytvořeny na míru požadavků oddělení nebo celého zdravotnického zařízení.

Hodnocení nástrojů je obecně bráno velmi negativně, a proto nedochází ke správné monitoraci všech položek nebo hodnotících nástrojů a ošetrovatelský personál hodnotí pouze ty nejnnutnější. V mnoha případech již bylo popsáno, že existují souvislosti mezi používáním hodnotících nástrojů a věkem nebo nejvyšším dosaženým vzděláním. I z vlastních zkušeností mohu potvrdit, že sestry mnohdy nerozumí důležitosti používání těchto nástrojů a často se spokojují s vlastním úsudkem. Dalším velkým otazníkem v oblasti využití hodnotících nástrojů je digitalizace systému. V souvislosti s přechodem z tištěné verze do elektronické bychom mohli nalézt zdárný konsenzus a celková práce s hodnotícími nástroji i jednotlivými výsledky by mohla být více akceptovatelná pro uživatele a zájem ošetrovatelského personálu by se mohl zvýšit.

Veškeré tyto popsané teorie musí být v přímé návaznosti na přímou ošetrovatelskou péči, v tomto případě o pacienty s tělesným znevýhodněním. Pro naše účely proto mapujeme poskytovanou péči, využití standardizovaných nástrojů, potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním a možnou implementaci ošetrovatelské dokumentace.

1 Filozofie znevýhodnění

Slovo znevýhodnění je primárně odvozeno ze zahraničí přejatého slova „disabilita“, které má nyní své místo a využití i v Českém názvosloví (Novosad, 2011). Z etymologického pohledu bychom našli souvislosti s latinským jazykem, kde slovo „dis“ značí nedostatek, zatímco zbytek slova připomíná slovo „habitas“ vyjadřující schopnost nebo kapacitu (Boyles, Bailey, Mossey, 2008). Obecně lze konstatovat, že spojením těchto výrazů konstruujeme pohled na fyzický nebo psychický stav člověka, který je omezen v oblasti pohybu, smyslů nebo činností jedince (Soanes, 2003). Na základě velké variability jednotlivých omezení i jejich kombinací byla pro zlepšení celé problematiky konstruována jednotná terminologie, která sloužila jako teoretická opora pro další vymezení pole potřeb nebo tvorbu klasifikačních systémů (Neugebauer, Tóthová, 2020). Mnoho zahraničních autorů (Soanes, 2003; Liddiard, 2013; Bogart, 2014) se domnívá, že správným označením znevýhodněných lidí můžeme docílit odlišného sociálního postavení, které může mít budoucí vliv na postoje majoritní společnosti ve zdravotně sociální sféře.

Tento multidisciplinární pojem rozlišuje, podle Liddiarda (2013) dva základní typy – *tradiční* a *sociální*. Tradiční typ se zaměřuje na znevýhodnění zejména z funkční perspektivy. Všechny oblasti pojednávající o poškození, diagnostice, léčbě nebo prevenci jednotlivých tělesných struktur či jejich funkce patří do této kategorie. Oproti tomu typ sociální zaměřuje svůj pohled na sociologické a další možné psychopatologické procesy, které mají příčinu v tělesném znevýhodnění. Prakticky vždy se do tohoto typu zahrnují veškeré sociální interakce, které již činí nebo budou osobě s tělesným znevýhodněním činit problém (Liddard, 2013; Bogart, 2014; Neugebauer, Tóthová, 2019a). Tato širší perspektiva poukazuje na různé možnosti odchylek od běžných společenských hodnot a tyto osoby nejsou schopny vykonávat společností očekávané role (Kovalenkar et al., 2015). Zahraniční autoři se shodují, že je v moderním pohledu nutné rozlišovat rozdíl mezi pojmy „poškození“, které je bráno jako kognitivní a psychologická limitace, a „postižení“, které poukazuje na bariéry a negativní postoje externě vytvořené pro jednotlivce (Oliver, Sapey 1999; Jablensky 2009; Liddiard, 2013; Gane et al., 2018). Podle mezinárodní klasifikace vad, postižení a hendikepů (anglicky: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICIDH) vydané světovou zdravotnickou organizací (anglicky: World Health Organization – WHO) je poškození definováno jako jakýkoliv patologický stav či patologický proces v anatomické či

fyziologické části člověka. Postižení je v této klasifikaci definováno jako jakékoliv omezení či neschopnost vykonávat běžné aktivity způsobem obvyklým pro zdravého člověka, právě z důvodu přítomného poškození (Davis, Davis, 2020). Pro praktičtější představení a ilustraci problematiky lze využít příkladu zdravého postižení (částečné či úplné slepoty), která může být následkem interních nebo externích poškození (léze optického nervu, úraz, přítomné abnormality na sítnici apod.). Stejně tak pro postižení fyzické části těla (porucha lokomoce nebo atrofie svalů dolních končetin) bývá výsledkem interních nebo externích poškození (deformace, malformace, amputace, spinální muskulární atrofie apod.) struktur nebo celých částí (Lowe, 2010; Qian et al., 2015; Guralnik, 2000). U osob s tělesným znevýhodněním jsou, v rámci zdravotně sociální problematiky, všechny strukturální poruchy brány jako poškození (Kertay, 2019).

Pokud bychom se zabírali zdravotně sociální problematikou tělesného znevýhodnění, můžeme z hlediska majoritní společnosti neustále pozorovat mnohočetné předsudky směrem k pacientům s tělesným znevýhodněním (Neugebauer, Bártlová, 2019). Tento fenomén je často podmíněn nedostatečnou edukací majoritní společnosti nebo špatnými předchozími zkušenostmi. Všechny tyto negativní aspekty mohou vyústit v sociální fobie až stigmatizaci a pro osoby s tělesným znevýhodněním, které nejsou ve většině případů pro majoritní společnost hrozbou, je tento postoj hlavním faktorem pro vyhledávání sociální izolace (Neugebauer, Bártlová, 2019; Neugebauer, et al., 2021). Praktický pohled lze vysvětlit slovem „labelling“ (tzv. teorie nálepkování), které označuje proces interakce mezi jedinci, kteří odbočují od společensky přijatých norem a je na ně, podle této teorie, nahlíženo jako na unikátní nebo odlišné (Davidson 2020; Johnson et al., 2020). V rámci znevýhodnění se celý proces tvorby a přenosu negativních postojů, předsudků a stigmatizace zaměřuje spíše na sféru mentálních deficitů (Neugebauer, 2017). Specifické potřeby i jejich hierarchie se u pacientů s tělesným znevýhodněním v průběhu hospitalizace mění v závislosti na úrovni znevýhodnění (poškození jedné končetin či všech čtyřech, porucha posturologie apod.), čase, po který je hospitalizován (bezprostředně po operaci nebo několik dní po operačním výkonu) a reverzibilitě poškozené části s celkovou prognózou zdravotního stavu (Neugebauer et al., 2021a).

Mimo již zmíněné proměnné je v kontextu ošetřovatelství na znevýhodnění nahlíženo spíše v souvislosti s chronickým onemocněním, než jako na celkový zdravotně sociální stav (Marks, 2007). Tento koncept je přejatý z medicíny, kde se vždy podle aktuálních projevů diagnostikuje onemocnění a zahajuje léčba. V ošetřovatelském procesu se pak

sestra zaměřuje ještě na vyhodnocení efektivity aplikovaných intervencí a společně s lékaři se podílí na zvyšování efektivity léčby, komfortu pacienta i celkové kvality poskytované péče (Neugebauer, 2017; Tóthová, 2014). Aby mohlo být hodnocení stavu komplexní, je potřeba dostatečně porozumět i možným rizikům a souvislostem, které přímo vyplývají z funkčního a strukturálního poškození. V holistickém pojetí celkové problematiky je potřebné se zamýšlet také nad psychologickým pohledem, neboť dopad trvalého poškození a následná změna životních standardů či přijetí nových rolí s sebou nese obrovské psychické vypětí (Hetherington, Earlam, 1994; Bogart, 2014).

1.1 Terminologie používaná při klasifikaci znevýhodnění

Klasifikace tělesného je stále považována za základní screening pacientů pro nastavení vhodného přístupu a plánování další péče. Komplikovanou částí v definování disability je její princip, který je stále řazen mezi multidimenzionální (Altman, 2014; Bogart, 2014) a související okolnosti vyskytující se v mnoha variacích vytváří mnohdy velice originální zdravotní stav osob se znevýhodněním (Mitchell, Snyder, 2016). Z těchto důvodů se pro pracovní účely s osobou se znevýhodněním a k definování samotného znevýhodnění používá zpravidla situace asociovaná s úrazem, zdravím nebo fyzickým stavem, která vytváří specifické limitace v určitém časovém období (Altman, 2014).

Z klinického pohledu se znevýhodnění klasifikuje pomocí nutných opatření k rehabilitaci, edukaci a dalších podpůrných opatření (Mitchell, Snyder, 2016). Nové možnosti klinického i akademického definování pojmu může zahrnovat věk, pohlaví, rasu nebo jiné sociologicky podstatné charakteristiky (Mithcell, Snyder, 2016; Altman, 2014; Lutz, Bowers, 2003). Postupem času se z hodnocení fyzického zdraví dostává terminologie v ošetřovatelství k holistickému pohledu na osobu s tělesným znevýhodněním a všechny potřeby bio-psycho-sociálně-spirituální jsou v tomto kontextu vyhodnocovány (Neugebauer et al., 2021a). Aby byla zachována jednotu v názvosloví a hodnocených proměnných, existuje několik podpůrných skupin, které se přímo zaměřují na vývoj hodnotících nástrojů a úpravu terminologie u osob se znevýhodněním. Zpravidla se jedná o WHO nebo Washington Group on Disability Statistics (WG), které spolu kooperují (Madans et al., 2011; Brown et al., 2006).

1.1.1 Vývoj terminologie

Z historického pohledu se terminologie spíše opírala o pojem handicap a postižení (Krahn et al., 2015). Tyto názvy reflektovaly reverzibilitu zdravotního stavu osob v klinické praxi, u kterých bylo přítomno postižení hodnocené domény, ať se jednalo o postižení v oblasti sebezpečí, kontinence, percepce aj. Pokud byl pacient označen jako postižený, jeho stav byl stále reverzibilní (Fiatarone, Evans, 1993), ovšem v případě, že stav byl ireverzibilní, pacient byl označen jako handicapovaný (Ashadi et al., 2020; Krahn et al., 2015). Modernizace výzkumných i klinických metod a diskuse odborníků na toto téma vnesly do ošetrovatelské péče nové pojmy jako je „znevýhodnění“ a postupnou modifikací se pojmy „postižení“ a „handicap“ nahrazovaly za „dočasné“ a „trvalé znevýhodnění člověka“ (Fernández-lópez et al., 2009). V České republice je znevýhodnění bráno jako moderní synonymum pro pojem handicap, ale není synonymem pro postižení (Novosad, 2011).

Aktuálně používaná ošetrovatelská terminologie má základ v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10), která definuje poruchy, postižení a handicap. V anglickém jazyce byla tato mezinárodní klasifikace publikována v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací pro zkušební účely a na základě poptávky po revizích ze shromáždění WHA29.35 v roce 1976 (*International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, 1980*). Již od těchto let se terminologie pacientů se znevýhodněním začala modifikovat. Podle MKN – 10 (2008) jednotlivé definice postižení přibližně odpovídaly oblasti působnosti zdravotnických pracovníků, avšak byla viditelná obrovská absence závažnosti postižení vedoucí k trvalému handicapu (Peacock et al., 2015).

Nejasná terminologie vedla k používání zastaralých termínů v klinické praxi zdravotně sociální sféry, avšak veškerá podpůrná školení pro zaměstnance a dostupné odborné konference již používají terminologii moderní (Krahn et al., 2015; Smeltzer et al., 2012; Neugebauer, Tóthová, 2019b). Moderní publikace se při definování terminologie opírají zejména o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (anglicky: The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) jejíž cílem je klasifikace z hlediska disability, funkčních schopností, zdraví a schopností řešit situace, ve kterých se projevuje pacientovo omezení v přímé konfrontaci s facilitátorem prostředí (Teng et al., 2013). Samozřejmostí zůstává hodnocení aktuálního

zdravotního stavu pacienta a velký důraz je kladen také na projekci dalších komponentů utvářející jeho kvalitu života (Vanleit, 2009).

Značný průlom v pochopení zdraví, nemoci a postižení byl definován pomocí „*Impairment Disability Handicap Disorder*“ jenž se světově považuje za ekvivalent pro hodnocení znevýhodnění (Badley, 2009; Granger, 2009). Nejvíce citovanou definici popsala WHO (1980) v „*The International Classification of Impairments, Disabilities and Health*“, kde se zaměřuje právě na klasifikaci a terminologii znevýhodnění.

V tomto kontextu je pojem „*Impairment*“ definován jako narušení nebo zhoršení výkonu či poškození jedné nebo více funkcí (Novosad, 2011). Moderní klasifikace MKF obsahuje kategorie zaměřující se na tělesné struktury včetně jejich izolovaných i komplexních funkcí (Anastasiou, Kauffman, 2013; Maritz et al., 2017) včetně psychologických procesů doprovázejících zdravotní stav (Teng et al., 2013). České synonymum „poškození“ objektivně hodnotí poškozené části i jejich struktury související s akutním nebo chronickým onemocněním, což bývá hlavní důvod návštěvy ambulantní či lůžkové sféry zdravotnického zařízení (Rondinelli, Ranavaya, 2021). Pojem „*Disability*“ se zaměřuje na omezení schopností nebo přítomnost úplné neschopnosti v oblasti aktivit denního života (Novosad, 2011). V obecném pojetí lze konstatovat, že termín označuje i jakoukoliv restrikcí nebo nedostatek schopností vykonávat aktivity fyziologické pro zdravého člověka v téže věkové kategorii (Vanleit, 2009; Ashadi et al., 2020). Podle autorů Maritz et al. (2017) by moderní klasifikace měly být situované do třech dimenzí – tělesná, osobní a sociální. Ošetřovatelský proces by v klinické praxi měl být doplněn o hodnocení úrovně a druhu znevýhodnění, se zaměřením na tyto tři dimenze. Výsledná zjištění projektují nejen deficit vybraných dimenzí, ale i konkrétní aktivity, ve kterých je potřeba zásah sestry (Ashadi et al., 2020; Rondinelli, Ranavaya, 2021). Pojmem „*Handicap*“, které je v češtině označováno jako bariéra nebo nevýhoda, je definována oblast sociálních a osobních aktivit, ve kterých je osoba znevýhodněna (Novosad, 2011). V České republice je tento pojem chápán v obecném smyslu a jakákoliv nevýhoda oproti zdravé sociální skupině ve stejném věkovém rozmezí je brána právě jako hendikep. Obecně tento termín hovoří o individuálně získaných limitech, které brání v tradičním plnění očekávaných rolí z důvodu přítomnosti strukturálního či orgánového defektu (Wilkin, 2016). Moderní klasifikace obsahují příhodně nazvanou složku „*participace*“, která cílí právě na hodnocení těchto aspektů a jejich projekci do života jedinců (Anastasiou, Kaufman, 2013; Maritz et al., 2017; Teng et al., 2013; Neugebauer,

Bártlová, 2019; Neugebauer, Tóthová, 2019a; Neugebauer, Tóthová, 2019b). Finálním pojmem uzavírající tento koncept je „*disorder*“, který je v českém prostředí chápán jako porucha nebo dysfunkce v hodnocené oblasti (Novosad, 2011). Ačkoliv má tento pojem své místo v terminologii a definování znevýhodnění, pro českou praxi byl těžce uchopitelný, a proto zřídka kdy používaný. V celkovém kontextu skrývá pojem disorder jakékoliv odchylky od standardního chování či vývoje člověka (Wilkin, 2016).

Dalším mezníkem ve vývoji terminologie a označení osob se znevýhodněním byl rok 2006, ve kterém byla přijata Organizací spojených národů „*Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*“. Tento dokument uděluje status postižené osoby všem, kteří mají chronicky přítomné fyzické, duševní nebo smyslové znevýhodnění v interakci překážkami bránící v neomezeném zapojení do společnosti (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2020; United Nations Treaty Collection, 2020). Tato smlouva vstoupila v platnost v květnu 2008 a jménem České republiky byla podepsána 30. března 2007 v americkém New Yorku. Ratifikace tohoto dokumentu Evropskou unií proběhlo v prosinci 2010 (United Nations Treaty Collection, 2020). Celý dokument pojednává o respektování lidské důstojnosti a nezávislosti, integrace do společnosti, rovnocennosti, přístupnosti a zákazu diskriminace. Tento významný dokument je také smlouvou s majoritní společností, která se zavazuje dodržovat a chránit práva občanů se zdravotním postižením včetně aktivního vyhledávání možných pracovních příležitostí (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2020).

Mezi aktuálně používané termíny v České republice patří i osoba se specifickými potřebami (Cierňaková, 2011). Osoby se znevýhodněním tak dostávají méně diskriminující označení, které je vedeno v obecnější rovině. Podle autorů Larsson et al., (2011) se tímto termínem nespécificky označují osoby se znevýhodněním, ať už v rovině tělesné (mobilita, obratnost, výdrž, poškození funkce či struktury apod.), tak i mentální (kognitivní deficity, snížený intelekt, porucha učení). Další specifická terminologie je zaměřena na konkrétní činnosti např. aktivity denního života, respirační deficit, nevidomost, spánkové poruchy související se znevýhodněním apod. Právě z důvodu obrovské rozmanitosti se terminologie stala spíše obecnější a ošetrovatelská péče i ostatní sociologické a psychologické obory se více zaměřují na lidskou individualitu a specifické pole potřeb, které se nemocí modifikovali nebo nově vznikly (National Disability Coordination Officer Program, 2012).

1.1.2 Osoba se specifickými potřebami

Jak již bylo zmíněno, termín „osoba se specifickými potřebami“ je označení v obecné rovině a zahrnuje jakéhokoliv člověka, který je nějak zdravotně limitován (Brynes et al., 2017; Cerniňáková, 2011). Tyto osoby jsou znevýhodněné v rovině smyslové (zrak, sluch), tělesné nebo mentální (Müller, 2014). Do skupiny osob se specifickými potřebami můžeme také zařadit i poruchy učení (Maich, Sider, 2019; Talbot, 2009) či ADHD (Tucha, 2017; Luderer et al., 2019).

V souvislosti se stále se zvyšující se poptávkou po porozumění lidem různých náboženství, etnik i zvyklostí, se zvyšuje také nutnost porozumění osobám s různým druhem deficitu. Pro pochopení problematiky se tento pojem začal využívat zejména pro účely sociologie a pedagogiky (Tomlinson, 2015), přičemž jejich podstatou je zkoumání zákonitostí vývoje, výchovy, edukace, a rozvoje osob se znevýhodněním, postižením, narušením nebo jinými specifickými potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, korekce a také metod rehabilitace, kompenzace či reedukace (Kroupová, 2016).

V zahraniční literatuře se takto obecné označení objevuje již od devadesátých let, kde jej popsali autoři Harring et al. (1992). V české literatuře se objevuje několik klasifikačních systémů využitých v teoriích i klinické praxi, avšak jednu z nejvíce používaných uvádí Kendíková a Vosmik (2013), kteří popisují tři základní skupiny osob – *zdravotně postižené, zdravotně znevýhodněné a sociálně znevýhodněné*. Do skupiny zdravotně postižených osob patří zejména lidé se sluchovým, zrakovým, tělesným či mentálním deficitem. Tato postižení jsou typická narušením struktury nebo funkce, které bývají zpravidla vždy ireverzibilní. Do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním patří všechny osoby, které jsou oslabeny akutní či chronickou nemocí, neboť jejich ireverzibilní poškození není natolik limitující, aby docházelo k výrazně viditelným rozdílům oproti majoritní, zdravé populaci. Třetí skupinu tvoří osoby se sociálním znevýhodněním, kteří jsou typicky umístěni do ochranné výchovy, nebo je jim nařízena výchova ústavní. Do této skupiny patří všechny nezletilé osoby, které byly odebrány rodičům orgánem sociální správy, vykonavatelé trestu, bezdomovci nebo kulturně specifické skupiny.

Všechny osoby se specifickými potřebami mají v české republice možnost požadovat individualizovaný přístup v socio-kulturní sféře. Tento fenomén se projektuje také do oblasti pedagogiky, medicíny a ošetrovatelství (Cerniňáková, 2011; Brynes et al., 2017;

Kendíková, Vosmik, 2013). Zahraniční literatura označuje specifické potřeby i samotné znevýhodnění jako multidimenzionální fenomén, který můžeme klasifikovat do osmi oblastí – poranění tělesné struktury, míchy, hlavy, zraku, sluchu, kognitivních funkcí, psychologické aspekty a skryté / neviditelné změny (Hardiker et al., 2000; Larsson et al., 2011; Mercerat, Saïas, 2020). Na základě klasifikované oblasti pak osoba může požadovat úlevu nebo podporu v sociálně-pedagogické oblasti. Česká republika je opatřena legislativním rámcem, který pojednává o osobách se specifickými potřebami. Jedná se o zákon č. 561/2004 Sb. – *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*, přičemž se konkrétně k tomuto tématu vztahuje § 16–19.

Tento zákon má inspiraci v zahraniční literatuře, kde jsou těmto osobám poskytnuta podpůrná opatření, do kterých patří: poradenská pomoc, úprava podmínek při přijímání ke vzdělání, využití kompenzačních pomůcek, využití asistenta, poskytování vzdělání ve stavebně a technicky upravených prostorech apod. (Preskitt et al., 2013).

1.1.3 Klasifikace tělesného znevýhodnění

Vítková, odbornice na somatopedii, již v roce 1998 popsala klasifikaci tělesných znevýhodnění podle místa postižení do čtyř skupin: *Amputace, deformace, malformace a periferní / centrální obrny* (Vítková, 1998a). Každá z uvedených specifických skupin má typické projekce do sociální sféry člověka, ovlivňuje jeho osobnost, psychické zdraví a kumuluje odlišné spektrum rizikových faktorů, které je nutné v ošetrovatelské péči evidovat (Vítková, 1998b; Neugebauer, Tóthová, 2019a; Neugebauer, Tóthová, 2019b). Pro klasifikaci deformací je důležité rozdělení na vrozené a získané vady z vnitřní nebo vnější příčiny, pro klasifikování amputací a malformací taktéž (Krawczyk et al., 2016, Perkins et al., 2012).

Amputace končetin jsou jednou z výrazných a viditelných změn vedoucí k tělesnému znevýhodnění a v ošetrovatelské péči se nejvíce setkáváme s indikací k amputaci z příčiny ischemie tkáně, nejčastěji dolních končetin (Guralnik et al., 2000; Lin et al., 2019, Stolt et al. 2015), nebo jejich traumatického poškození (Clasper, Ramasamy, 2013). Později se začala ošetrovatelská péče a celková léčba odvíjet nejen od druhu a místa postižení, ale také od míry znevýhodnění a celkové zátěže pro pacienta (Suzuki et al., 2011). V průběhu procesu hospitalizace je potřeba reagovat na aktuální potřeby pacientů,

neboť již druhý den se standartně začíná pečovat o pahýl poklepovou masáží, základním posilováním nepostižených svalů, kontrolou měkkých tkání, prevence kontraktur, apod (Lin, et al., 2019, Krawczyk et al., 2016). V rámci holistického přístupu, ani v léčbě poškození somatických struktur nesmíme vynechat psychickou zátěž, která je v tomto případě podmíněna věkem, zkušenostmi, pohlavím, sociálním postavením apod. Prakticky ve všech případech, kdy má pacient porušený obraz těla a musí přijímat nové zvyklosti pro budoucí život, je psychické zdraví značně deformováno a psychologické či psychiatrické intervence mohou urychlit celý proces léčby (Sahu et al., 2016; Sahu et al., 2017).

Vrozené vývojové vady, považované za morfologické odchylky přesahující normální variabilitu spojenou s výraznými tvarovými a funkčními poruchami, jsou označovány jako malformace (Desilva et al., 2016). Do základních variací patří: anomálie, ageneze, aplázie, hypoplázie, atrézie, dysplázie, ektopie (heterotopie), dystopie a dysrafie (Klemetti, 1977; Persson, 2017; Hadžagić-Ćatibušić et al., 2008; Kalter, 1998). V obecnější rovině jsou vrozené vývojové vady typické narušením struktury tkání a orgánů s částečným nebo úplným omezením jejich funkce (Desilva et al., 2016). Příčina bývá v abnormálním ontogenetickém vývoji, který je zapříčiněn genetickými faktory a faktory z vnějšího prostředí (Persson, 2017). Ošetrovatelská péče se odvíjí od klinické závažnosti, která bývá, stejně jako znevýhodnění, velice variabilní – od nevýznamných kosmetických odchylek po vady letální, které způsobí i smrt svého nositele (Toufaily et al., 2018; Harris et al., 2017). V rámci problematiky tělesného znevýhodnění můžeme klasifikovat vrozené vývojové vady do dvou skupin: *podle mechanismu vzniku a podle četnosti a komplexnosti vad* (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2008). Podle mechanismu vzniku vývojové vady často hovoříme o malformacích – srdeční vady, rozštěpy páteře, polydaktylie apod.; disrupcích – patologické procesy narušující fyziologický vývoj tkáně např. zaškrcením; deformacích – pes equinovarus; a dysplaziích – osteogenesis imperfecta. Podle četnosti a komplexnosti vad hovoříme o izolovaných vadách – izolovaná polydaktylie; sekvencích – Potterové neboli oligohydramniální sekvence, deformace obličeje tlakem stěn dělohy apod.; asociacích – vady mají tendenci se vyvíjet spolu např. defekty obratlů; a syndromech – Downův syndrom (Harris et al., 2017; Ajao, Adoeye, 2019).

Pokud bychom nahlíželi na vrozené vývojové vady z hlediska ošetrovatelské péče, je potřeba evidovat, jak jejich další možný vývoj, tak rizika, která přímo souvisí s daným

onemocněním (Harris et al., 2017). Přímé ošetřování pacienta se zaměřuje na aktuální potřebu fyzických struktur, psychické zdraví, sociální interakce a celkové percepcie pacienta (Toufaily et al., 2018; Persson, 2017; Desilva et al., 2016).

Dalšími termíny úzce souvisejícími s tělesným znevýhodněním jsou podle Krause et al. (2014) centrální a periferní obrny, které dále rozdělujeme podle znevýhodnění svalového tonu (hypertonie, hypotonie, střídavý tonus), podle místa vzniku (tetraplegie / tetraparéza, kvadruplegie / kvadru-paréza, diplegie / diparéza, triplegie / triparéza, monoplegie / monoparéza) a podle mozkového pohybového postižení (zranění nebo poškození postihující mozek, dětská mozková obrna – DMO). Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s centrální či periferní obrnou je v rámci péče o bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby nutná edukace pacienta i jeho doprovodu, asistentů nebo pečujících osob (Jones et al., 2007; Hemsley et al., 2014).

Mnoho z výše uvedených patologií je v aktuálním dění preventivně sledováno již v prenatálním období a u novorozenců se provádí screening, aby mohla být časně zahájena případná terapie (Gmelig Myeling et al., 2018; Stavsky et al., 2017). V souvislosti s vývojem člověka je v dětském věku důležité zajišťovat dostatečnou výživu pro správný růst. Existuje mnoho strategií, které zlepšují problémy s příjmem potravy od správného sezení až po úpravu stravy se zaměřením na dobrou podání jídla (Baghdadorani et al., 2014). V tomto případě lze pro zajištění výživy využít nazogastrické sondy eventuelně lze využít i enterálních pump pro kontinuální podávání (Kuperminc et al., 2013) a v krajních situacích zvážit provedení perkutánní endoskopické gastrostomie (Karásková et al., 2013). Malnutrice nepříznivě ovlivňuje hojení ran a dlouhodobý deficit může vést až k rozvoji deformací, nebo jiného postižení tkání vedoucí k tělesnému znevýhodnění (Andrew et al., 2012).

Mezi poslední klasifikační systémy patří časový horizont, svalové napětí. Do rozdělení podle časového horizontu rozlišujeme tělesná znevýhodnění vrozená a získaná a v souvislosti se svalovým napětím hovoříme o hypertonii a hypotonii (Ohtake et al., 2018). Tato klasifikace je důležitá zejména pro následné adaptační procesy, které je pacient s tělesným znevýhodněním nucen absolvovat. V ošetrovatelské praxi sestra působí nejen jako osoba ošetřující fyzické tělo, ale také jako podpora, motivátor, edukátor a „spřízněná duše“, která krok po kroku pomáhá pacientovi s tělesným znevýhodněním v nalezení nového životního stylu, nových návyků, intervencí, využití kompenzačních

pomůcek i pracovních možností (Neugebauer, Tóthová, 2019b; Neugebauer, Tóthová, 2021).

1.2 Well-being (blahobyt)

Tento fenomén zaměřující se na kombinaci klíčových elementů vedoucích k bio-psycho-sociálně-spirituálnímu blahobytu (Premji, Hatfield, 2016). Tento velice abstraktní pojem zahrnující mnoho faktorů a variací byl důvodem, proč se v psychologii dostává do popředí termíny jako tělesná a psychická pohoda a subjektivní blahobyt (well-being). Tento pojem je subjektivně ovlivněný soubor emocionálních zážitků, které reflektují danou situaci (Křivohlavý, 2013). Pozitivní emocionální prožívání by mělo vždy převyšovat ty negativní, a proto se v tomto kontextu nejedná o blahobyt materiálního rázu, ale duševního (Fava, 2012). Pro pochopení celkové perspektivy „života se znevýhodněním“ je dobré zamyslet se nad dílčími faktory (smysluplnost / účel – purpose; vztahy – social relationships; finance – financial; fyzické zdraví – physical health; společnost – community), které se navzájem ovlivňují (Anderson, Jane-Llopis, 2011; Fava, 2012). Aby byl pacient v celkovém „blahobytu“ je potřeba podporovat všechny zmíněné oblasti, avšak se zaměřením na jeho vlastní autonomii a individualitu. Benefitem může být zvýšení zdraví, odolnost vůči stresu a efektivnější řešení krizových situací (Zautra, 2012).

Tento ne příliš zastaralý pojem byl postupem času více definován a s rostoucí diskusí byla sjednocena i používaná terminologie (Fava, 2012). Moderní snaha o objektivní zhodnocení zkoumaných aspektů vedle ke snaze pochopení pojmů jako je štěstí a spokojenost se životem. Aby nebylo pojetí chápáno pouze jednostranně, celý koncept zahrnoval také psychologický dopad, pozitivní myšlení a laicky popisovanou „dobrou náladu“ (Křivohlavý, 2013). Pokud bychom chtěli objektivně měřit diskutovaný blahobyt (well-being) je potřeba syntézou jednotlivých faktorů utvořit celkový obrázek o zkoumané problematice (Zautra, 2012; Seligman, 2011). Protože je tento proces výrazně ovlivněn lidským faktorem, podíl jednotlivých prvků na celkovém pojetí je individuální a proměnlivý v čase (Weiss et al., 2016). V mnoha případech je vlivem přijetí nových opatření v souvislosti s tělesným znevýhodněním narušena i právě tato složka psychického zdraví. Příkladem může být muž, který je stereotypně naučen každodenně pracovat v dopoledních hodinách, sportovat v odpoledních hodinách a věnovat se rodině a svým koníčkům ve víkendových dnech. Pokud u tohoto člověka dojde k rozvoji

paraplegie nebo jiného ireverzibilního defektu, musí být schopen přeskupit pole stereotypních činností a vytvořit si nový, socio-kulturní svět, opustit stávající aktivity a vyhledávat nové, pro aktuální stav příznivější (Weiss et al., 2016; Selingman, 2011).

1.2.1 Psychologický dopad a adaptace

V rámci vymezení problematiky psychologického dopadu a adaptace u pacientů se znevýhodněním je nutné sledovat veškeré faktory, které jsou v přímé interakci s pacientem (Fava, 2012). Samotný dopad, ať už se jedná o reorganizaci v oblasti denních aktivit, životních rolí, rehabilitačních intervencí nebo v oblasti osobních i rodinných vztahů, hraje velkou roli při samotné adaptaci (Werner, Shulman, 2013). Přítomné adaptační procesy se z psychologicko – ošetřovatelského hlediska zaměřujeme na: *stres, krizi, tělesný obraz, sebepojetí, stigma a kvalitu života* (Weiss et al., 2016).

Přítomnost tělesného znevýhodnění a přítomné limitace prakticky vždy zvyšují míru přítomného stresu (Falvo et al., 2017). Jeho kontinuální zvyšování vede k přemýšlení nad aktuálními hrozbami, závislostí / nezávislostí ve specifických činnostech, rodinnými rolími, budoucími cíli nebo ekonomickými plány (Horowitz, 1993). Stejná pravidla platí pro krize a krizové situace, které se odvíjí, zpravila vždy, z míry a druhu poškození či znevýhodnění (Suzuki et al., 2011). Velký důraz by se měl klást na sebepojetí a obraz těla, zejména jedná-li se o osoby s tělesným znevýhodněním (Lindsay et al., 2013). Nefunkční části těla působí negativním dojmem a v příliš neempatickém sociálním prostředí může podporovat majoritní společností vytvořené stigma, které se odráží v kvalitě života a výrazně zpomaluje celkový proces adaptace (Taleporos, McCabe, 2002; Wardian, Sun, 2015).

Celkový adaptační proces somatické části bývá situován na rehabilitační jednotky nebo specifická oddělení konstruované pro tyto účely (Lindsay et al., 2013). V souvislosti s výraznějšími defekty (jako jsou amputace) se doporučuje být v kontaktu s protetickým pracovištěm, které edukuje pacienty i pečující osoby o dalších možnostech a psychologický dopad nemusí mít extrémně negativní následky (Falvo et al., 2017 Weiss, 2016). Součástí všech adaptačních procesů jsou ergoterapie, rozvoj soběstačnosti, lokomoce i jemné motoriky a navrácení pocitu nezávislosti (Sá, Santos, 2019; Wardian, Sun, 2015). V případě využití kompenzačních či protetických pomůcek bývá koncept obohacen o edukaci v těchto oblastech. Mimo tyto aspekty by v ošetřovatelském podněbí měla být také snaha navrátit pacienta do sociálního prostředí, neboť pacient v rámci nově

přijímaných opatřeních standardně mívá pocit být sociálně izolován (Neugebauer, Bártlová, 2019). Autoři Sá a Santos (2019) považují za vhodnou motivaci např. jízdu v upraveném automobilu, rozvoj nových manuálních dovedností nebo práce s PC.

1.2.2 Pozitivní myšlení, sebe-motivace a sebe-odpovědnost

Filozofie tohoto konceptu vychází ze zkušeností zahraničních psychologů, kteří se neustále snaží zdokonalovat v koordinování emocí (Kato et al., 2015). V tomto případě by zdravotnický personál měl působit zejména pochopit, které emoce jsou správné, a které působí spíše destruktivně (Amado et al., 2019; Bedrov, Bulaj, 2018).

Podle Waltera et al. (2019) vychází síla pozitivního myšlení z přesvědčení o správném rozhodnutí a víru v sebe sama. Tento koncept nám může pomoci kontinuálně odstraňovat bariéry, udržovat své psychické zdraví a eliminovat negativní situace vyvolávající stresové odezvy (Boso et al., 2019). Budováním pozitivního myšlení se posiluje sebe-odpovědnost a nastavování pomyslných hranic (Amado et al., 2019). Z praktického hlediska se jedná o vytvoření si funkčních vzorců, které podporují zdravý životní styl nikoliv ve smyslu péče na mentální úrovni (Hogston, 1995; Froneman et al., 2016; Browne-Yung et al., 2017).

Zdravotnický personál by měl být schopen profesionálně zajistit pacientovu sebe-odpovědnost, která by jej mohla motivovat a vést k celkovému konceptu pozitivního pohledu na celou problematiku (Bedrov, Bulaj 2018; Kato et al., 2015). V rámci hospitalizace nebo komunitního ošetřovatelství je komunikace nedílnou součástí, a proto při správném zvolení všech dostupných technik se zainteresováním autonomie pacienta a jeho individuality. Můžeme rozvíjet nejen psychické a fyzické zdraví znevýhodněných osob, ale také samotného zdravotnického či sociálního pracovníka (Hogston, 1995; Boso et al., 2019).

Resnick et al. (2018) považuje za nutné vytvoření vazby mezi sebemotivací a sebe-odpovědností, které následně ovlivňují fyzickou, emocionální, finanční a sociální stránku a vytváří praktické výzvy, které člověka posouvají ve vývoji (Walter et al., 2019). Z psychologického hlediska se jedná o dva důležité faktory, které jsou ukázkou lidskosti a dávají nám možnosti emocionálně se adaptovat na příchozí tragédie, traumata nebo jiné životní lekce (Amado et al., 2019; Wardian, Sun, 2015). Sebemotivace, sebeodpovědnost i koncept pozitivního myšlení se vytváří postupně, v průběhu času, a teoretická i

empirická podpora může být při vyhledávání těchto životních přesvědčení klíčová (Resnick et al., 2018; Browne-Yung et al., 2017, Wardian, Sun, 2015).

1.3 Holismus v kontextu znevýhodnění

Typickým prvkem pro holismus je sledování pacienta v bio-psycho-sociálně-spirituální rovině, přičemž se klade důraz na pacientovu individualitu a autonomii (Jasemi et al., 2015; Tempest et al., 2013). Všechny zmíněné faktory spolu navzájem kooperují a vytváří dynamickou realitu, se kterou jsou osoby v neustálé interakci (Cowling, 2018). Ačkoliv se zdá, že holismus souvisí pouze s pohledem na pacienta v průběhu hospitalizace, filozofický pohled je odlišný (Jasemi et al., 2015). V rámci holistického myšlení totiž propojujeme veškeré aspekty působící na člověka, ať už na úrovni tělesné, nebo duchovní (McMillan et al., 2018). Jedním ze zajímavých faktů je návrat do řecké historie, kde je v Platonově pojetí zřejmá snaha řešit tento problém ve vztahu ke svým ideám a v naší realitě existuje nesmrtelná lidská duše, která je ohraničena (ukotvena) fyzickým tělem (Short, 1981). V této souvislosti můžeme nahlédnout do křesťanství, kde hovoří apoštol Pavel o protikladu duše a těla nebo řecký filozof Aristoteles, který řešil stejnou problematiku, a i on byl zastáncem tvrzení, že duše formuje tělo (Jankovský, 2018). Všechny tyto filozofické úryvky dodávají člověku nejen výjimečné postavení, ale také možnost obhajovat svou i cizí důstojnost (Frisch, Rabinowitsch, 2019; Short 1981).

Novověké, moderní myšlení se přesouvá spíše na konkrétní subjekty – člověku v interakci s realitou (Jasemi et al., 2015, Kiefer, 2008). Tento moderní fenomén byl primárně postaven na světové filozofii našich předků, neboť již Sokrates usiloval o výchovu autonomního a vnitřně svobodného člověka, originálního a kreativního (Tempest et al., 2013). Velice těžko lze filozoficky uchopit přítomnost, pokud bychom nerefletovali minulost a společné vize do budoucna (Kiefer, 2008). Snaha o deduktivní myšlení a nahlížení na věci v souvislostech s dotvářením celkového kontextu je jedním z hlavních principů úspěšného chápání osob i reality z holistického pohledu (Cowling, 2016; Short 1981). Současná liberální společnost klade důraz na individuální autonomii a osobní svobodu vedoucí ke zřetelnějšímu pochopení konceptu „kvality života“ (Ravesloot et al., 2016; Jasemi et al., 2015). Pokud bude každý člověk budovat pouze své individuální cíle a potřeby, jak může dojít k námi oblíbenému vytváření vztahů, sociálních vazeb a následnému konsenzu při rozhodování (Jankovský, 2018). Tato

moderní ilustrace aktuálního lidského myšlení zavádá domněnky, že již možná nelze najít společný konsenzus nebo velice ojediněle a vzniká tak postmoderní etická teorie kulturního relativismu, podle které jsou morální pravidla pouhým mýtem (Cowling, 2016; Cowling, 2018; Frisch, Rabinowitsch, 2019).

1.4 *Filosofie utrpení a závažného onemocnění*

Moderní zrychlená doba plná idealistických jedinců individuálně smýšlejících může zavdat myšlenku, že současný člověk vlastně ani nechce slyšet možné důsledky a pravý význam některých slov (Egnew, 2009; Rajati et al., 2018). Realita každodenního života nám neustále dává takové lekce, abychom utrpení či závažné onemocnění vzali na vědomí a respektovali skutečnost, že zcela přirozeně patří k životu (Oh, Gastmans, 2015). Je samozřejmostí, že člověk utrpení nevyhledává, ale pokud jej na své životní cestě střetne, je zdravé ho umět uchopit a vyrovnat se s ním (Dudgeon et al., 2002). Není náhodou, že filozofie utrpení a závažného onemocnění úzce souvisí s pojmem tělesné znevýhodnění, neboť lidé trpící tímto druhem znevýhodnění by mohli žít standartní a společensky uznávaný plnohodnotný život, přičemž důsledkem těchto onemocnění bývá narušení vnitřní homeostázy a duševní strádání, které může přetrvávat měsíce, i roky (Dudgeon et al., 2002; Fourie, 2015; Rajati et al., 2018).

Žijeme v době, která preferuje úspěch, výkon, zdraví a mládí. Kvalita života jednotlivců se odvíjí právě od těchto hodnot (Yang et al., 2016). Právě proto se v moderní době vyhýbáme diskusím na téma bolest a utrpení a někteří mohou takto opomenout velice závažnou problematiku, nebo ji, ba naopak, bagatelizovat (Egnew, 2009). Netvrdíme, že by se člověk měl zabývat svými problémy a pěstovat si tak „masochistické“ úchylinky (Jankovsky, 2018), avšak racionální zamyšlení nad svým životem, vyhledání možných řešení a projevení úcty a respektu k životu, kde radost, štěstí, zdraví, utrpení, bolest nebo nemoc jsou všechno emoce posilující duši člověka a jsou neodmyslitelnou částí nás všech (Jankovsky, 2018; Oh, Gastmans, 2015; Fourie, 2015).

Pokud se zamyslíme nad moudrostí našich předků, můžeme nalézt tvrzení, že „*Utrpení je jako rychlý kůň na cestě k poznání*“ (Jankovský, 2018). Při pohledu na utrpení z jiné perspektivy můžeme pozorovat nikoliv negativní dopad, ale pozitivní motivaci na cestě životem (Yang et al., 2016). Proto můžeme pozorovat mnoho paraplegických a kvadruplegických osob, jak se nahlas radují, oplývají mnohdy „morbidním“ humorem a zejména umějí filozofovat nad svým životním údělem (Varelius, 2018; Fourie, 2015).

Utrpení je pro ně událostí, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost (Jankovský, 2018). Pokud jsme v současné době obklopeni apatií, nechutí nebo neschopností být nablízku trpícímu člověku, jedná se pouze o důsledek pragmatického chování majoritní společnosti a všeobecně sdílené touhy po klidu a snahy každé utrpení a bolest, co možná nejrychleji odstranit (Yang et al., 2016). Vzniká poté mylný dojem, že utrpení neexistuje a v moderní době pro něj není místo. Odmítání utrpení v životě současného člověka vede nakonec ke slepotě vůči celé realitě a vztahy i samotné lidské bytí pak ztrácí svou charakteristickou hloubku (Jankovsky, 2018; Fourie, 2015; Varelius, 2018).

2 Vývoj monitorace znevýhodnění

Výchozím bodem pro kontinuální inovaci hodnocení tělesného znevýhodnění jsou aktuální české i zahraniční prameny na základě EBN. Jako základní stavební pilíře lze využít klasifikační systémy NANDA, NIC, NOC, Omaha, aj. (Herdman, 2010). Vzhledem k multidisciplinární problematice není podle autorů Vilásek et al. (2014) možné hodnotit veškeré aspekty související s tělesným znevýhodněním zároveň z důvodu legislativních opatření znemožňující kooperaci na odborných úrovních mezi zdravotním a sociálním úsekem. Ksibi et al. (2010) tuto problematiku řešil v Tureckém státě pomocí úpravy legislativního řádu a celkové úpravě klasifikace tělesného znevýhodnění.

2.1 *Washington Group on Disability Statistics (WG)*

Na základě rozvoje evidence base practise byl pro komparační účely v červnu 2001 svolán mezinárodní seminář pro hodnocení znevýhodnění (Madans et al., 2011). Washington Group of Disability statistics byla vytvořena právě na základě zvýšení poptávky pro měření a hodnocení znevýhodnění. Historicky proběhlo několik zasedání této organizace ve Washingtonu DC (2002), Otavě (2003), Bruselu (2004), Bankoku (2004), Dublinu (2007) nebo Lucembursku (2010) (Altman et al., 2016).

Washington Group on Disability Statistics se nezabývá pouze hodnotícími nástroji pro měření pacientů se znevýhodněním, ale také se podílí na tvorbě etických kodexů a konvencí pro správné interpretování práv osob s disabilitou (United Nations Enable, 2020). Její velké pole působnosti dává za vzniku spolupráci s mnoha světovými organizacemi, jako je WHO (World Health Organization), UNESCAP (UN Economic and Social Commission for Asia and Pacific), UNECE (UN Economic Commission for Europe), International Labor Organization, Organization for Economic Development and Co-operation, Inter-American Development Bank, World Bank, Eurostat, the Budapest Initiative apod. (Madans et al., 2011).

Další specifickou aktivitou WG je vytvoření dvou dotazníkových mustrů zaměřující se na hodnocení druhu a míry znevýhodnění s názvem *The Washington Group Short Set of Questions on Disability* a *Washington Group – Extended Question Set on Functioning (WG ES-F)* (Washington Group on Disability Statistics, 2020; Altman et al., 2016).

2.2 Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (ICIDH)

Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů, spíše známá jako „*The International Classification of Impairments, disabilities and Handicaps (ICIDH)*“ byla vydána v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací a vymezovala termín: poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) (Pipeková et al., 2010; Opatřilová, Procházková, 2011). Za poškození se v tomto kontextu považuje organické porušení mentální či psychické složky nebo funkce člověka. Ze samotného poškození vychází omezení, které se definuje jako neschopnost konat činnost či více činností způsobem nebo v takovém rozsahu, který je pro člověka bez omezení běžný (Badley, 2009). Přítomný nedostatek omezuje plnění rolí, které by byly pro konkrétního jedince normální. Vzniklé znevýhodnění již dosahuje do společenských rozměrů a jedná se tak o postižení této sféry (Simeonsson et al., 2000).

V roce 1997 změnila Světová zdravotnická organizace pojmy a jejich nové znění bylo přidáno do nové mezinárodní klasifikace. Oblasti z roku 1980: poškození, omezení a postižení, byly nahrazeny oblastmi: poškození (impairment), aktivita (activity) a participace (participation) (Schuntermann, 1996). Úprava těchto termínů vycházela zejména z nového pohledu na osoby s postižením, kdy byla ve velkém progresu sociální integrace lidí s postižením a zkoumání možných řešení k její nápomoci (Badley, 2009).

Podle Schuntermann (1996) byla mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů přeložena do mnoha světových jazyků, neboť definovala základní tři pojmy důležité pro mapování problematiky (poškození, postižení a handicap), avšak praktické zkušenosti poukazovaly, že samotná aplikace v klinické praxi vždy přináší nějaký problém (Simeonsson et al., 2000). Z tohoto důvodu byla v roce 1997 připravována nová revize ICDH-2 (beta verze) (Halbertsma et al., 2009), avšak finální podoba, používaná dodnes, vznikla v roce 2001 s rozdílnou klasifikací i názvem – Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: ÚZIS, 2020).

Aktuálně se v zahraničních zdravotnických zařízeních používá zejména Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, avšak existují i specifická oddělení, které se spíše přiklání k využití ICDH (Mbogoni, 2009). Komparace těchto dvou hodnotících nástrojů se hojně využívá také pro testování v akademickém prostředí a vytváření nových teorií (De Kleijn-De Vrankrijker, 2009; Mbogoni, 2009)

2.3 *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF)*

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), také známá jako “*The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*” poskytuje hodnotící pohled na dvě zásadní části tělesného znevýhodnění – hodnocení funkčnosti (se zaměřením na druh a míru znevýhodnění) a hodnocení kontextuálních faktorů přímo souvisejících s daným znevýhodněním (Resnik, Plow, 2009). Nástroj byl vyvinut roku 2001 Světovou zdravotnickou organizací a obecně je tělesné znevýhodnění definováno jako poškození interakce mezi zdravotním stavem člověka a kontextuálními faktory (Tabet et al., 2019).

Různé výzkumné projekty i přehledové studie poukazují na vysokou využitelnost této klasifikace, která je autory popisována jako validní, velice přínosná a dostatečně efektivní pro hodnocení celkového stavu pacienta s tělesným znevýhodněním (Castaneda et al., 2014; Stucki, 2004). Někteří autoři se zaměřovali na obecné využití ICF v ošetrovatelské profesi (Li et al., 2016), jiní se specificky zaměřovali např. na využití pro ošetrovatelský personál v rehabilitačním odvětví (Rggia Piexak et al., 2015). Celková hodnotící perspektiva tohoto nástroje je zaměřena i na komparační rozdíly mezi jednotlivými typy znevýhodnění. Ehrmann et al. (2018), který nástroj použil k hodnocení rozdílnosti potřeb pacientů s různým typem znevýhodnění popsal ve své studii signifikantní rozdíly v hierarchii potřeb pacientů s paraplegií, kvadruplegií, tetraplegií nebo v péči o pacienta v akutním stádiu transverzální míšní léze. Lze tedy hovořit o propojení mezi znevýhodněním, prostředím, léčbou a individualitou pacienta (Neugebauer, Tóthová, 2019a).

O využitelnosti této klasifikace hovoří i její neustálé modifikace, které jsou neustále přidávány a testovány na webových stránkách WHO. Jednou z aktuálně schválených a v zahraničí hojně využívaných je ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health, version for children and youth) (Sanches-Ferreira et al., 2018). Jako další modifikaci lze uvést ICF – CS (International Classification of Functioning, Disability and Health, core set), který se zaměřuje zejména na tělesnou funkci a v klinické praxi se doporučuje právě u pacientů s tělesným znevýhodněním (Neugebauer, Tóthová, 2019a).

3 Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním

Obecně je vyhledávání potřeb, jejich následná analýza a uspokojování důležitou součástí ošetrovatelského procesu (Tóthová, 2014). Tento pojem lze chápat z hlediska biologického, ekonomického, psychologického nebo sociálního (Popplewell, Rechel, Abel, 2014). Biologická potřeba pramení z narušení homeostázy organismus, ekonomická potřeba se zaměřuje na hmotné i nehmotné vnímání nedostatku vlastněného „majetku“, psychologická potřeba reflektuje veškeré nedostatky skrze psychický stav pacienta a sociální potřeba reflektuje veškeré nedostatky ze sociální roviny lidské interakce (Tóthová, 2014). Podle Bártlové (2005) lze potřeby nemocných pacientů klasifikovat do tří skupin: *potřeby, které se s nemocí nemění*, *potřeby, které se nemocí modifikovaly* a *potřeby, které nemocí vznikly*. Šamánková (2011) považuje za prioritní potřebu při hospitalizaci „být bez bolesti“. Saturace všech aktuálních potřeb je přímo závislá na faktorech jako jsou: zájem, aspirace (ambice), cíle, ideály a přesvědčení (Popplewell, Rechel, Abel, 2014). V kontextu tělesného znevýhodnění dochází k modifikaci priorit i samotných potřeb a u hospitalizovaných pacientů můžeme vedle již zmíněné potřebě „být bez bolesti“ sledovat také potřebu „uzdravit se“ (Bártlová, 2005). V tomto náročném období pro pacienta můžeme pozorovat různé široké spektrum potřeb, na které je potřeba aktivně reagovat a odstraňovat případné přidružené bariéry, které z daného onemocnění pramení (Alkawai, Alowayyed, 2017).

Kontinuální přehodnocování priorit u těchto pacientů poukazuje na další dvě důležité potřeby, a to *potřebu bezpečí a jistoty* a *potřebu být milován či někam patřit*, obecně bráno jako *potřeba lásky* (Shpigelman, 2014). Monitorace potřeby lásky (být milován) je jedním z fenoménů moderní doby, zejména pro rodiny s dětmi mladšího věku (Alsem et al., 2014) i adolescentů (Alriksson-Schmidt, 2010). Podle zahraničních studií, zejména z psychologického odvětví, má každý člověk potřebu být milován a respektován společenstvím, ve kterém žil, žije a žít bude (Ashok, et al., 2015). Pro zdravý vývoj a komplexní poskytování profesionální ošetrovatelské péče je důležité, aby si pacient mohl uchovat a vybavit vzpomínky z dřívějších životních etap pozitivně obohacující jeho psychické zdraví a tím ho zároveň motivuje k dalším krokům, k léčbě (Alsem et al., 2014; Ashok et al., 2015, Amado et al., 2019).

3.1 Historie potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním

Velkým průkopníkem, dodnes citovaným, v hodnocení potřeb je A. H. Maslow, který poprvé popsal a hierarchicky klasifikoval základní lidské potřeby do pyramidy (Kenrick et al., 2010). Tento americký psycholog se zabýval nejen psychologií vědy (Lester et al., 2010), ale i motivací a asociací (Maslow, 2014). Svou teorii základních lidských potřeb několikrát modifikoval a spolu s důležitostí zachování úrovně poukazuje na možnosti motivace, které bývají příčinou vrcholných zážitků pro jednotlivce (Zalenski, Raspa, 2006) a inspirací pro jejich okolí (Taormina, Gao, 2013). Vědecké publikování zaměřené na rozšíření studie teorie potřeb učinil A. H. Maslow zejména v letech 1954–1961 (Maslow, 2014). O publikace a přednášky byl velký zájem, na tento základ navázalo několik dalších výzkumníků a studium lidských potřeb dostalo nový, progresivní, rozměr (Hale et al., 2018; Maslow, 2014; Jackson, 2014; Carpenito-Moyet, 2003; Davis-Sharts, 1986).

Od roku 1978 vydaly Yura a Walsh několik publikací s názvem „Human needs“, kde poukazují na možnou individualitu a zakomponování potřeb do ošetrovatelského procesu. (Yura, Walsh, 1982; Yura, Walsh, 1983). Jejich pozdější publikace jsou věnované interpretaci možností využití metod k prohloubení vztahu – pacient s cílem podpořit studenty zdravotnických oborů (Yura, Walsh, 1983). Svým studiem formují svou vlastní osobnost a sbírají cenné zkušenosti, které budou později ve svém budoucím povolání potřebovat a uvědomění si jejich důležitosti je v tomto období klíčové (Yura, Walsh, 1983; Tian, Zhang, Huebner, 2018; Minshull, Ross, Turner, 1986). Neustálým doplňováním a rozšiřováním pole potřeb docházelo k rozvoji individuálně zaměřeného hodnocení pacientů (Katims, 1995) a pro studenty i stávající zdravotnické pracovníky byly vytvářeny modely a teorie, jak správně, efektivně a jednotně postupovat (Minshull et al., 1986; Taskin Yilmaz et al., 2015). Typickým příkladem je např. Model humanistické péče, jehož autorkou je M. J. H. Watson, která vychází právě z díla Maslowa a podporuje holistický přístup, kvalifikovanou péči, respektování hodnot a harmonii těla, mysli, duše (Durgun Ozan, 2017; Falk Rafael, 2000). V tomto případě došlo k novému rozdělení hierarchie potřeb na vyšší a nižší s přímou aplikací do ošetrovatelského procesu (Alligood, 2017). Důraz na nižší úroveň lidských potřeb je běžný a projektuje Maslowovu koncepci tak, aby vytvořil rámec pro ošetrovatelskou praxi (Tian et al., 2018; Maslow 2014). Rovněž klade stejný důraz na problémy pacientů,

kteře vznikají jako výsledek nesplněných potřeb jak na vyšších úrovních, tak i na nižších úrovních, čímž se uznává holistická a dynamická povaha člověka (Minshull et al., 1986). Z důvodu progresu této problematiky a zvyšující se poptávce po modernizaci stávajících technik testovali ve Spojeném království v roce 1986 ošetrovatelský model pro americký zdravotnický systém, který integruje ošetrovatelské vzdělávací programy, vzdělání a praxi tak, aby vyhovovaly potřebám pacientů, zaměstnanců a studentů (Cope et al., 2016). Tento model je neaplikovatelný pro Evropské země, které nemají nastavený tržní model hospodaření státu po stránce zdravotně – sociální ekonomiky (Jasemi et al., 2017).

Moderní pohled na lidské potřeby se ve velkém množství přidružených onemocnění a proměnlivém chování v průběhu hospitalizace i čase rekonvalescence může zdát poněkud chaotický (Hallström, Elander, 2016). Nsameluh et al., (2014) rozděluje potřeby podobně jako Bártlová (2005) na tři skupiny: *S nemocí neměnné, nemocí modifikované a nemocí vzniklé*. Za neměnné se v tomto případě považují všechny potřeby, které si pacient dokáže uspokojit sám, např. sebekpěče nebo dýchání; za nemocí modifikované potřeby se považují ty, jenž si pacient dokáže uspokojit sám, nicméně se změnili v průběhu hospitalizace, např. dietní opatření; poslední skupinou jsou potřeby nemocí vzniklé, které jsou závislé např. na režimovém opatření, lécích nebo využití kompenzačních pomůcek.

Zástupcem z mnoha dalších teorií a modelů, celosvětově známých, je Teorie základní ošetrovatelské péče popsána V. Hersonsonovou, která vychází z poznatků F. Nightingale a její publikace a uvedení v činnost proběhlo až ve 20. století (Jones, 2010). Hendersonová poukazuje na nový přístup – bio-psycho-sociálně-spirituální, který zahrnuje 14 elementárních potřeb a označuje je jako jednotlivé komponenty ošetrovatelské péče (Hancock, 2000). Zásadním poznatkem, pro dokreslení moderního pojetí potřeb pacientů, byl v tomto období rozvoj právě spirituality, jako základní potřeby pacientů při dodržování holisticko humanistického přístupu v klinické praxi (Alligood, 2017). Po uvedení tohoto konceptu probíhalo několik výzkumů, které potvrzují teorie V. Henderson a poukazují na zefektivnění celkové léčby, snížení emocionální dysbalance a snížení rozvoje komplikací při uspokojování spirituálních potřeb pacientů (Narayanasamy, Owens, 2001).

Vývojově mladší s konkrétní aplikací např. pro pacienty s tělesným znevýhodněním je Teorie čtyř konzervačních principů, kterou popsala M. E. Levine (Alligood, 2017) a aktuálně se stále zkoumá, jestli je tato teorie dostačující pro klinickou praxi (Mock et al.,

2007; Abumaria et al., 2015; Fawcett, 2016). V roce 2002–2006 se jeho aplikací zabývalo několik výzkumníků, kteří ve svých dílech popisují, že jako nástroj pro hodnocení specifické energetické poptávky je dostačující. (Mock et al., 2007). Tento model se velice často aplikuje u pacientů s nádorovým onemocněním, neboť je nutné sledovat faktory jako je výživa a s tím souvisí i teorie zachování strukturální integrity a zachování energie (Dušičková, Bártová a Tóthová, 2017). Aplikace do klinického prostředí v kontextu problematiky tělesného znevýhodnění souvisí se zvýšeným počtem rizik – zlomeniny (Maruyama et al. 2010), dekubity (Wall, Colley 2003), opruzeniny (Gabriel et al., 2019), infekce (James et al., 2018) nebo kožní defekty (Forjuoh, 2001). V souvislosti s těmito fakty by mohla teorie M. E. Levine sloužit i k monitoraci potřeb u pacientů s tělesným znevýhodněním (Plevová, Slowik, 2010).

3.2 Potřeby zdravotnického personálu v klinické praxi

3.2.1 Komunikace

Jako nejlepší nástroj pro měření a hodnocení potřeb se stále uvádí správná komunikace, protože zásadami správné komunikace můžeme rozkrýt mnoho faktů, které jsou potřebné pro správné nastavení ošetrovatelské péče, upevňuje také vztah sestra – pacient a buduje důvěru k sestře ze stran pacientů (Zacharová, 2016). Společnost předpokládá, že v ošetrovatelské profesi vychází komunikace z etického kodexu, principů slušného chování a nemělo by proto docházet k jednostrannému uspokojení (Ptáček, Bartůněk, 2014). V některých případech nutná jistá abstinence osobních potřeb a aplikace prosociálního chování, aby došlo k eliminování komunikačních bariér (Šulistová, 2010).

Pro účely klinické praxe je důležité, aby sestra znala možné komunikační bariéry a ovládala základy asertivního chování, neboť ve zdravotnických zařízeních je použití komunikace stěžejní pro odběr anamnézy nebo předávání informací a redukci stresové zátěže (Bauer et al., 2016; Williams-Pichota et al., 2010). Vysoká komunikační úroveň zdravotnických pracovníků je podle autorů Bullington et al. (2019) klíčem k poznání hodnot a filozofie bytí každého člověka. V rámci zachování lidské individuality by každý zdravotnický pracovník měl poznat socio-kulturní hodnoty ošetrovaného pacienta a respektovat jeho požadavky, v případě, že jsou reálné a vzhledem k zdravotnímu stavu smysluplné (Bauer et al., 2016).

3.2.2 Potřeba času

Jednou z nejčastějších bariér a požadavků od zdravotnického personálu je „potřeba času“ (Shields, Synnot, 2016). Stále zvyšujícími se kompetencemi, novými metodami a pomůckami přibývá i požadavků na práci a sestry subjektivně pocítují nedostatek prostoru pro pacienty, za které v době jejich směny nesou zodpovědnost (Mutshatshi et al., 2018). Potřeba času v kontextu negativních faktorů je považována za bariéru, která negativně ovlivňuje celý ošetrovatelský proces, znehodnocuje verbální komunikaci (sestra má tendenci komunikaci redukovat na minimální množství) a celkově narušuje zásady holismu a humanismu včetně navození zdravého vztahu sestra – pacient (Bahadori et al., 2020).

Tato problematika se řeší nejen ve většině zdravotnických organizací, ale i celých státech a jedním z opatření pro odstranění této bariéry je posílením personálního obsazení problematických úseků, snížením nutných povinností nebo vytvoření nových komunikačních strategií (West et al., 2005; Bahadori et al., 2020). Podle autorů Hemsley et al. (2012) je největší úkol vždy na sestřích, který extra čas pro výkon svého povolání potřebují, neboť ony se musí aktivně adaptovat na přicházející změny a své požadavky na pracovní podmínky důsledně a rozumně distribuovat manažerům jednotlivých zařízení.

3.2.3 Vzdělání

Dalším aktuálně diskutabilním faktorem je vzdělání a dosavadní zkušenosti v daném oboru (Conway, 1996; Devkota et al., 2017). Oba tyto faktory přispívají k emocionální stabilitě a vyzrálosti, přejímání zodpovědnosti a důstojnosti za druhé osoby a schopnosti kritického myšlení (Michelangelo, 2015). Nedostatečně emocionálně vyzrálé a nezkušené sestry mají tendenci nejen méně komunikovat s pacienty, ale i méně kooperovat v týmu (Devkota et al. 2017; Prezerakos, 2018).

V severním Irsku se při výzkumu v roce 1995, s primárním cílem analyzovat dosavadní vyučovací techniky a metody studentů ošetrovatelských škol, zjistilo, že při vykonávání praktické výuky jsou studenti ve velkém stresu a v manuálně náročnějších situacích

nedokáží adekvátně reagovat (Hamill, 1995). Z tohoto důvodu je v dnešní době kladen důraz na edukaci s využitím simulace a jiných moderních technik (Padilha et al., 2019).

3.3 Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním v klinické praxi

3.3.1 Soběstačnost

Soběstačnost se definuje jako schopnost jedince uspokojit své potřeby vlastními silami, jedná-li se zejména o vyjádření míry samostatnosti při sebeobsluze a vykonávání dalších denních činností (Ovayolu et al., 2012). Společně se soběstačností se v ošetrovatelské péči pojí pojem sebepéče, který vyjadřuje úroveň závislosti / nezávislosti pacienta na dalších osobách (Ireland, Johnston, 2012, Bayliss, 2003). V zahraniční literatuře se tento pojem objevuje zejména jako self-care, který se dělí na dílčí podoblasti (hygiena, výživa, vyprazdňování, oblékání apod.) a profesionální péče se zaměřuje na odstranění bariér a rozvoj vlastních schopností (Bayliss, 2003; Lindsay et al., 2013, Tanimura et al., 2018).

U pacientů s tělesným znevýhodněním musíme být připraveni, že jejich závislost na druhé osobě bude prakticky vždy přítomna, jako tomu bývá např. u pacientů po operačních výkonech na kostním nebo kloubním aparátu s tím rozdílem, že pacienti s tělesným znevýhodněním budou více či méně závislí doživotně (Ovayolu et al., 2012; Ireland, Johnston, 2012). S problematikou soběstačnosti úzce souvisí vlastní etické pojetí a ošetrovatelský personál se dostává před filozofické otázky typu: Co je dobré, a co už je zlé pro pacienta? Jak můžeme pomoci pacientům k jejich nezávislosti, aniž by bylo narušeno jejich soukromí a svoboda nebo jak můžeme zajistit pacientovi dostatečnou důstojnost při pobytu v nemocničním zařízení?

Odborníci se v odpovědích na tyto filozofické otázky shodují, že při poskytování odborné ošetrovatelské péče sestra musí v první řadě dostatečně kvalifikovaná a emocionálně vyzrálá, aby byla schopna pochopit celkovou autonomii pacienta a zajistit adekvátní péči (Devkota et al., 2017; Prezerakos, 2018). Ta by měla být především koncipována v rámci humanisticky – holistické filozofii a zároveň individuálně zaměřena, aby bylo zajištěno jejich soukromí, důstojnost a další etické aspekty (Thomas et al., 2018). Pokud sestra bude vykonávat svou práci s touto vnitřní politikou, její práce bude mít profesionální charakter, soběstačnost bude dostatečně podporována, organismus bude harmonizován a oběma stranám bude tato práce příjemná (Pajnikihar et al., 2017).

Vlastní ošetrovatelská péče u hospitalizovaných pacientů se zaměřuje na hodnocení stavu soběstačnosti pacientů s tělesným znevýhodněním v oblastech hygieny, stravování, oblékání a soběstačnosti při pohybu v určité vzdálenosti (Ningsih et al., 2018). Filozofie ošetrovatelství nám umožňuje důstojně podporovat pacienty, avšak nikoliv provádět veškeré úkoly za ně, pokud jsou v takovém zdravotním stavu, aby si vše zajistili sami (Thomas et al., 2018). Podpora pacientovy soběstačnosti musí být individuálně zaměřena a pokud chce ošetrovatelský personál cíleně podpořit pacientovu adaptaci, musí počítat s vyšší časovou rezervou (Bahadori et al., 2020; Prezerakos, 2018; Thomas et al., 2018; Ningsih et al., 2018).

3.3.1.1 Barthel test – Activities of Daily Living (ADL)

Aktivity denního života, často označovány také jako fyzické či základní aktivity denního života zahrnují dovednosti typicky potřebné pro uspokojení základních fyzických potřeb jako je: osobní hygiena, oblékání, použití toalety, pohyb a stravování (Mlinac, Feng, 2016).

Verbrugge a Jette (1994) diskutovali již v devadesátých letech o celkovém pohledu na pacienty s tělesným znevýhodněním, konkrétně se zaměřením na celkový patologický proces probíhající na pozadí a týkající se soběstačnosti. Barberger-Gateau et al. (2002) poprvé zkoumali pomocí tohoto nástroje dopad pacientů s demencí na vlastní kvalitu života a životní styl. Na základě výsledků jejich výzkumu bylo odhaleno několik problematických míst jako je financování a úprava medikace. Využití ADL v klinické praxi je stále diskutabilní, neboť základní prvky jsou hodnoceny, avšak ne pro každou ošetrovatelskou jednotku jsou vhodné (Mayoral et al., 2019). Koskas et al. (2014) považuje hodnocení pomocí tohoto nástroje za méně senzitivní v oblasti kognitivních funkcí, které jsou na odděleních s vyšším výskytem geriatrických pacientů nutno sledovat. S řešením přichází Hall et al. (2011), kteří považují za vhodné provést modifikaci části nebo celého nástroje pro využití na příslušném oddělení. Protože je ADL vhodně nastaven na měření soběstačnosti, použití pouze některých oblastí pro hodnocení míry znevýhodnění a monitoraci progresu či regrese patologií je doporučováno (Mayoral et al., 2019; Koskas et al., 2014; Hall et al., 2011).

Vlastní použití nástroje je směřováno ke kvantifikaci úrovně závislosti / nezávislosti pacienta. (Desai et al., 2004). Vlastní hodnocení je možné evidovat pomocí self-reportu,

který si pacient eviduje sám, nebo pomocí objektivního hodnocení personálem ve zdravotnickém či jiném zařízení (Jekel et al., 2015). Magee et al. (2013) považuje self – reported hodnocení za neobjektivní a domnívá se, že rozdílnost subjektivního hodnocení sebe sama může být zavádějící, neboť lidé nevyplňují hodnotící nástroj adekvátně.

Využití v porovnání s dalšími nástroji zkoumali Roedl et al. (2015), kteří komparovali ADL s nástrojem Katzův index a jejich výsledky hovoří o lepším celkovém pohledu na pacientovu závislost / nezávislost a úroveň znevýhodnění. V kontextu pozorování pacientovo autonomie a k pochopení jeho fungování v osobním, rodinném a sociálním životě je vhodné využití nástroje ADL (Magee et al., 2013). Po celkovém zhodnocení v komparaci s odebranou anamnézou může zdravotnický pacient detekovat mnoho skrytých hrozeb nebo připravit pacienta na nutné změny, které bude muset pro další fungování v rodinném, osobním či sociálním životě učinit (Jekel et al., 2015; Magee et al., 2013, Roedl et al., 2015).

Pacienti s tělesným znevýhodněním jsou často závislí na pomoci okolí a s rozvojem tělesného znevýhodnění se rozvíjí i další patologické procesy probíhající na pozadí celkového stavu (Mayoral et al., 2019). Při hodnocení ADL není vhodné stagnovat pouze na výsledcích z hodnotícího nástroje (Jekel et al., 2015; Talley et al., 2014; Mayoral et al., 2019). Eggermont et al. (2014) uvádí příklad, že pacienti mohou být znevýhodnění v oblasti mobility, ale hlavní příčinou může být například bolest, která když bude odstraněna, zvýší se pacientovo mobilita a následně i sníží závislost na okolí. Obecně můžeme hovořit o využití hodnotícího nástroje ADL pro pacienty s tělesným znevýhodněním je využitelná, avšak vhodnější aplikace do klinické praxe je pro oblast geriatrických pacientů (Liu et al., 2015; Talley et al., 2014).

3.3.1.2 Katzův test / Katzův index

S. Katz vytvořil v roce 1964 původní hodnotící nástroj nezávislosti v každodenních aktivitách, a přestože jeho praktické využití vystřídal nástroj Barthel test (ADL), je stále považován za zlatý standard (Katz, 1963). V případě posouzení diferenciace funkčního stavu není Katzův index brán jako efektivní nástroj, neboť se zaměřuje spíše na výkon nikoliv na potenciál hodnoceného (Kalvach, 2004). Samotný nástroj obsahuje šest hodnocených oblastí a evaluace se provádí pomocí odpovědí ANO / NE, přičemž mezi

hodnocené oblasti patří: *koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence a příjem potravy* (Katz et al., 1970; Kalvach 2004).

Modifikace Kaztova indexu přinesla deskriptivní popis a bodové hodnocení, přičemž 6 bodů reflektuje úplnou nezávislost, 4 body lehčí závislost, 2 body těžkou závislost a 0 bodů úplnou závislost (Kalvach et al., 2008, Katz et al., 1970). Nástroj byl po jeho prvotním distribuování a vytvoření jasně metodiky hojně využíván nejen v USA, ale také v Turecku (Arik et al., 2015), Holandsku (Reijneveld et al., 2007) nebo Španělsku (Cabanero-Martínez et al., 2009).

Primární využití tohoto hodnotícího nástroje bylo směřováno do oblasti geriatric, zejména pro využití v domovech pro seniory, rehabilitačních jednotek zdravotnických zařízení nebo zařízeních poskytující sociální služby (Dong et al., 2014). Arik et al. (2015) testovali praktické využití Kaztova indexu nezávislosti v moderních podmínkách a z výsledků je patrná vysoká efektivita, validita i reliabilita při hodnocení soběstačnosti u pacientů ve věku 65+ a pacientů s tělesným znevýhodněním.

3.3.2 Aktivita / Mobilita

Bio-psycho-sociální pojetí mobility / aktivity u pacientů s tělesným znevýhodněním se nezaměřuje pouze na samotné poruchy hybnosti či fyziologii pohybu, ale úzce souvisí s psychickým zdravím i sociálními vztahy (Routhier et al., 2019). I v této problematice platí jednoduchá rovnice a to, čím závažnější je omezení, tím větší vliv to má na důsledky ve zmíněných rovinách (Houdijk, Janssen, 2016). V přímé ošetrovatelské péči je důležité sledovat polohu pacienta, která by měla vycházet z celkového zdravotního stavu, úrovně hybnosti a fyziologie organismu (Hollis et al., 2020). V klinické praxi se nejčastěji objevují pacienti s tělesným znevýhodněním po úrazech nebo plánovaných operacích, kde ošetrovatelský personál ve většině případů nechává takové pacienty sice ve fyziologické poloze, avšak stále na zádech (Mulhollands et al., 2009; Hollis et al., 2020; Routhier et al., 2019) Pro pacienty s traumatickými defekty páteře, s rizikem transverzální míšní léze nebo již po prodělané transverzální míšní lézi je opatrnost vždy na prvním místě a v těchto případech je poloha na zádech adekvátně zvolena (Nas, 2015; Taylor-Schroeder et al., 2013). V ostatních případech není vhodné, aby pacienti obecně zaujímalí neustále polohu na zádech a pokud tělesné znevýhodnění není rozsáhlé,

pacientova mobilita nebývá znatelně postižena a může provádět aktivní polohování sám (Kinoshita, 2012). V opačném případě mluvíme o pasivním polohování, přičemž pacienta musí do příslušné polohy uvést sestra a v závažnějších případech, kdy jsou přítomny neuropatologické procesy, je nezbytná neustálá kontrola postižených oblastí a častější polohování pacienta (Kücükdeveci et al., 2018).

Pohybový systém prodělává výrazné změny nejen v průběhu hospitalizace, ale potažmo celý život osob s tělesným znevýhodněním (Ikemoto, Arai, 2018). Výrazné pohybové imobility se projevují zejména na kosterním a svalovém systému, kdy osoby sami sledují úbytek svalové síly, svalovou atrofii a celkové snížení vytrvalosti (Peterson et al., 2017). Výsledkem částečné nebo úplné ztráty mobility, antigravitačního působení a dalších metabolických změn může být až osteoporóza z inaktivity – podobně jako u imobilizačního syndromu (Wang et al., 2019). Silné flexorové svaly, které zůstávají u osob s tělesným znevýhodněním dlouho kontrahované a pracují na úkor slabších extenzorů, které jsou bez aktivity (Ikemoto, Arai, 2018; Peterson et al., 2017). Klouby se při snížení mobility stávají ireverzibilně deformované, ztuhlé a inaktivní svaly se zkracují a atrofují (Ikemoto, Arai, 2018; Peterson et al., 2017; Wang et al., 2019).

Přítomné patologické stavy dělíme na: poruchy postoje, sedu, pohybu či chůze a přítomnost křečí (Khuna et al., 2019; Janssens et al., 2014). Porucha správného držení těla může být původu organického – jedná se o primární onemocnění pohybového aparátu; nebo psychického – při přítomnosti stresu, napětí apod. (Khuna et al., 2019). Projekce patologického postoje může vypadat strnule, disharmonicky, nejistě a subjektivně působí na pozorovatele ne sebevědomě, vratce a ne fyziologicky (Warms et al., 2008; Wang et al., 2019). Sed může být také změněn nebo úplně znemožněn v závislosti na míře a typu tělesného znevýhodnění (Ng, Sainio, Sit, 2019). Na pozorovatele může působit ne fyziologicky a při bližším zkoumání můžeme pozorovat patologie lordotické, kyfotické, skoliotické nebo různé typy deformací (Kim et al., 2013). Pohyb a chůze se opět odvíjí od druhu a míry tělesného znevýhodnění a přítomny mohou být všechny výše uvedené patologické stavy (Ng, Sainio, Sit, 2019; Khuna et al., 2019; Janssens et al., 2014). Mimovolné svalové stahy (křeče) postihující jednotlivé svaly i svalové skupiny klasifikujeme jako tonické křeče (výrazné napětí), klonické křeče (opakované záškuby) nebo kombinace obou, nejsou asociovány s tělesným znevýhodněním, ale spíše s dalšími přidruženými chorobami mentálního typu – DMO, epilepsie aj. (Devinsky et al., 2015).

3.3.2.1 Nástroje pro hodnocení rizika pádu

Pády jsou stále považovány za jednu z nejzávažnějších komplikací u hospitalizovaných pacientů i v komunitním ošetřovatelství (Jehu et al., 2020). Mnoho pacientů, zejména staršího věku, se dostávají do přímé konfrontace s tělesným znevýhodněním právě po úraze (Almeida, 2015). Nejen u starších lidí je riziko pádu přítomné, neboť u pacientů s tělesným znevýhodněním, kteří denně používají kompenzační pomůcky, je zvýšené riziko pádu prakticky neustále. Stejně tak se může objevit „postfall syndrom“, který je definován jako strach z pádu a snižuje míru soběstačnosti (Tinetti et al., 1988; Sattin et al., 1990; Almeida, 2015).

Moderní teoretická základna byla vytvořena na základě poznatků z více než 400 popsanych faktorů, které mohou vést ke zvýšení rizika pádu. Jejich incidence může být předvídatelná, nepředvídatelná nebo náhodná (Morse, 2009; Leveille et al., 2002). V nemocničním prostředí se aktuálně využívá mnoho hodnotících nástrojů, které byly vyvinuty v průběhu posledních dvaceti let – Conley Scale, Morse Fall Scale a Tinetti scale (Conley et al., 1999; Morse et al., 1989; Tinetti, 2003; Suprani, Taglioni, 2014).

3.3.2.2 Morse Fall Scale

Hodnotící nástroj Morse Fall Scale (MFS) je popisován jako jednoduchá a rychlá metoda pro hodnocení rizika pádů (Schwendimann et al, 2006). Nástroj se skládá z šesti rizikových faktorů – *pád v anamnéze, sekundární diagnóza, kompenzační pomůcky, intravenózní terapie, chůze/pohyb a mentální stav* (Morse, 2009). MFS byl vyvinut v roce 1989 k identifikování rizika pádu v roce 1989 autorkou Janice M. Morse a testován na skupině pacientů, kteří v klinické praxi měli větší výskyt pádů v anamnéze s kontrolní, randomizovanou skupinou pacientů, kteří neměli v anamnéze záznam o pádu (Morse et al., 1989).

Hodnocení by mělo být každodenně kontinuálně zaznamenáváno do dokumentace (Majkusová, Jarošová, 2017). Výhodou MFS je možnost tvorby modifikací a aplikace do vlastní klinické praxe. Jako příklad můžeme uvést pacienty chronicky nemocné na odděleních následné péče, které zpravidla nemívají intravenózní terapii – lze tuto položku z MFS odebrat a přepočítat výsledkové hodnoty (Morse, 2009).

Využití v praxi testovali O'Connell a Myers (2002) a z výsledků je patrná vysoká sensitivita (83 %), ovšem nízká specifická (29 %) tohoto nástroje. O vhodném nastavení hodnocených proměnných, validitě i reliabilitě nástroje hovoří využití napříč mnoha světovými státy, jako je Čína (Chow et al., 2007), Španělsko (Aranda-Gallardo et al., 2013), Portugalsko (Sardo et al., 2016) nebo Brazílie (Urbanetto, 2016). Moderní doba využívající elektronizaci veškerých testů a ošetrovateľské dokumentace zavdává mnoho podnětu pro využití specifických testů a kvůli velké využitelnosti je i MFS považován za standartní test, který by měl být elektronizován (Baek et al., 2014).

3.3.2.3 Conley scale

Hodnotící nástroj Conley Scale byl vyvinut v roce 1999 ve Spojených státech Amerických pro využití na chirurgických odděleních (Palese et al., 2016).

Praktické využití reflektuje vysokou sensitivitu (69 %) a vysokou specifickou (41–61 %) a hodnoty poukazují na správné identifikování pacientů, kteří jsou oprávněně pozitivní při hodnocení rizika pádu (Conley et al., 1999). Velkou nevýhodou tohoto nástroje je absence několika dalších faktorů, které jsou v moderním ošetrovateľství pro hodnocení rizika pádu zásadní a důležité – zrakové omezení (Ong et al., 2018), senzomotorické funkce (Lange-Maia et al., 2016), inkontinence (Greer et al., 2015), kognitivní poruchy nebo některý z druhů sedace či deprese (Oliver et al., 1997; Lovallo et al., 2010; Tinetti et al., 1988). V České republice byla zveřejněna verze z roku 2007, která byla upravena a do samotného hodnocení byly přidány další hodnocené oblasti, jako je: *věk, schopnost spolupráce, obtíže se spánkem nebo zrakové problémy*.

Celkový koncept nástroje udává hodnocení v rozmezí 0–19 bodů, přičemž 0–4 body označují pacienta bez rizika; 5–13 bodů pacienta ve středním riziku; 14–19 bodů pacienta ve vysokém riziku pádu (Conley et al., 1999). Práce v klinické praxi není časově náročná, efektivní a vzhledem k pouhému označení příslušných deficitů a sčítání bodů není nutná rozsáhlá edukace k jejímu používání (Palese et al., 2016).

Využitelnost je podle Lovallo et al. (2010) v klinické praxi stále zaručena, avšak je nutná modifikace, neboť pro osoby s tělesným znevýhodněním je typické používání kompenzačních pomůcek a samotné hodnocení faktorů z jejich prostředí může napomoci k samotné prevenci.

3.3.2.4 Tinetti scale

Hodnotící nástroj Tinetti scale byl vynalezen pro účely kontinuálního zaznamenávání rizikových faktorů, evidovaných pro zvýšení rizika pádu, u pacientů v komunitním ošetrovatelství (Curcio et al., 2016). Testování je zaměřeno spíše na detailní posouzení rovnováhy a chůze, a ačkoliv můžeme pomocí hodnocení sledovat závažnost a důsledky vyvolaných obtíží, nemá možné zjistit jejich příčinu (Tinetti et al., 1995). K úspěšnému provedení je nutná spolupráce pacienta i hodnotitele a dostatek časových rezerv (Köpke, Meyer, 2006).

Hodnocení obsahuje dvě baterie zaměřující se na testování rovnováhy a testování chůze, přičemž by při prvotním testování měly být využity obě (Pavao et al., 2015; Parveen, Noohu, 2017). Při využití musí hodnotitel vždy brát zřetel na aktuální tělesný deficit hodnoceného pacienta, neboť je nástroj koncipován v bodové formě a u pacientů s úplnou plegií dolních končetin je nesmyslné hodnotit oblasti, jako je např. chůze (Curcio et al., 2016; Stolt et al., 2015; Guralnik et al. 2000). Aktuálně se nástroj využívá zejména v domovech pro seniory a na odděleních sčítající převážně pacienty staršího věku (Rivolta et al., 2019). Raiche et al., (2000) potvrzují, že při aplikaci u pacientů starších 75 let je citlivost nástroje 70 % a specifická 52 % pro hodnocení rizika pádu.

Česká verze těchto hodnotících nástrojů obsahuje: *Návod k provedení, vlastní test a vyhodnocení*. Pro oblast rovnováhy sledujeme 9 oblastí (min. 0 bodů, max. 16 bodů): *rovnováha v sedu (0–1 b), postavení ze sedu na židli (0–2 b), postavení z lehu na lůžku (0–2 b), rovnováha po postavení – prvních 5 sec. (0–2 b), rovnováha ve stoji (0–2 b), stoj při tlaku na sternum – úzká báze (0–2 b), stoj se zavřenými očima – úzká báze (0–1 b), otočení o 360° (0–2 b), Posazení zpět na židli (0–2 b)*. Pro oblast chůze sledujeme 7 oblastí (min. 0 bodů, max. 12 bodů): *iniciace – rozejít se ihned po pokynu (0–1 b), délka a výška kroku (A – pravá noha; B – levá noha) (0–4 b), Souměrnost kroku (0–1 b), plynulost kroku (0–1 b), udržení směru chůze (0–2 b), rovnováha trupu (0–2 b), chůze (0–1 b)* (Topinková, 2005).

Evaluační proces probíhá sledováním pacienta, slovní dopomocí a záznamem do testovacího archu (Parveen, Noohu, 2017; Rivolta et al., 2019). Celkový počet bodů nám reflektuje, jestli je pacient v normě, bez zvýšení rizika pádu (28–26 bodů), ve zvýšeném riziku (<26 bodů) nebo vysokém riziku pádu (<19 bodů) (Topinková, 2005).

3.3.3 Dekubity

Zvýšené riziko vzniku dekubitů pramení především z omezení či úplné ztráty citlivosti, která je přítomná při postižení senzitivních vláken patologickými procesy (Boyko et al., 2018) a tělesné znevýhodnění, ať už chronické nebo akutně vzniklé, patří do kategorie poškození lokomočního systému (Jaul et al., 2018). V průběhu akutního ošetření přibývá incidence dekubitů, zejména u pacientů trpících parézou (Brienza et al., 2017). Mnoho dalších dílčích procesů jako jsou poruchy mobility, poruchy stability, narušená lokomoce nebo opakované katetrizace močového měchýře jsou důvod, proč se přítomnost tělesného znevýhodnění eviduje jako prediktor pro vznik dekubitů (Brienza et al., 2017; Krishnan et al., 2017; Joseph, Nilsson Wikmar, 2016).

Dekubitus (proleženina) je termínem v ošetrovatelství známým a nežádoucím (Lala et al., 2016) a ačkoliv se zdravotníci snaží působit preventivně proti vzniku dekubitů, incidence je stále vysoká (Guihan et al., 2016). Nejvhodněji modifikovaný přístup zdravotnické péče je při řešení dekubitů vždy prevence a ochrana pacienta před vznikem dekubitu napomáhá nejen v léčbě zdravotní stavu, ale umožňuje tělu soustředit se na požadovaný problém, nikoliv řešit více věcí najednou (Hitzig et al., 2013; Clarkson et al., 2019; Guihan et al., 2016). Aby zdravotničtí pracovníci mohli působit preventivně, byly vynalezeny nástroje hodnotící riziko vzniku dekubitů jako je Norton scale, Braden-Bergstorm scale apod. (Seyhan et al., 2018).

Ošetrovatelství aktuálně reaguje na incidenci dekubitů a modifikuje nástroje na základě svých kompetencí, které implementuje do své odborné praxe (Nuru et al., 2015; Joseph, Nilsson Wikmar, 2016). Typickým příkladem může být zodpovědnost za péči o pacienta imobilního v nemocničním zařízení na odděleních ARO (McInnes et al., 2015) nebo během operačního procesu, kdy je pacient v celkové anestézii (Primiano et al., 2011). Velice ohrožení jsou osoby s tělesným znevýhodněním zejména, jedná-li se důsledek transverzální míšní léze (Sari et al., 2018) a Kruger (2013) et al., považují za vhodné, aby všechna oddělení, kde jsou tito pacienti přítomni, neustále modernizovala své hodnocení a sledovala incidenci dekubitů, kterou by měla reflektovat vedení zařízení. Přístup top managementu jednotlivých zařízení je vždy klíčový, ovšem samotná touha po zlepšení by měla být iniciována vždy zejména ze stran ošetrovatelského a jiného zdravotnického personálu (Hartman et al., 2016; Sari et al., 2018).

3.3.3.1 Norton scale

V České republice se hodnotící nástroj rozšířil až v 90. letech a poslední evidovaná modifikace proběhla v roce 1989 (Šáteková, Žiaková, 2016). Hlavní rozdíl v modifikované verzi spočívá v bodovém hodnocení, které je obohaceno o slovní klasifikaci u každé z možností, pro zlepšení ilustrace zdravotního stavu (Ek et al., 1989). Rozšíření proběhlo i v počtu hodnocených oblastí, kde se původní počet pěti zvýšil na sedm: *psychický stav, fyzický stav, fyzická aktivita, mobilita, příjem jídla, příjem tekutin, inkontinence* (Mikula, 2008). Modifikace byla velkým přínosem pro ošetrovatelskou praxi, neboť s sebou přinesla teoretické poznatky o dalších rizikových faktorech. Nástroj byl přeložen do několika světových jazyků včetně španělštiny (Pancorbo-Hildago, 2018) a využití směřuje především do oblasti geriatric (Park, Lee, 2016).

Hodnotící nástroj Norton se v některých státech stále používá, avšak pro klinickou praxi je doporučeno použití nástroje mladšího (Šáteková, Žiaková, 2016; Pancorbo-Hildago, 2018). Jeho využití pro výzkumné účely ovšem stále pokračuje a promítá se do různých oblastí, jako je například hodnocení vztahu mezi hladinou zinku a vzniku dekubitů (Rivas-García et al., 2018) rychlé hodnocení v akutní péči (Shi et al., 2019), využití v sálovém prostředí (Li, 2018), využití v intenzivní péči (Lospitao-Gómez et al., 2017), využití v popáleninových centrech (Lerma et al., 2018) aj.

Senzitivita a specifická byla testována v mnoha státech i specializacích, např. kolektiv autorů zabývajících se nástroji k evidenci rizik dekubitů De Gouveia Santos et al. (2018) uvádí světově obecnou specifickou stupnice Norton v 65 % a citlivost 66 %, což potvrzuje studie Šátekové et al. (2017), které uvádí specifickou 59,81 % a citlivost 62,50 % pro českou populaci (Šáteková et al., 2017) a specifickou 48,83 % a citlivost 85,71 % pro slovenskou populaci (Šáteková et al., 2015).

Mnoho odborníků hodnotí nástroj Norton i jeho modifikaci jako zastaralý a jeho využití v moderním ošetrovatelství by mělo být směřováno do specifických pracovišť nebo akademické sféry (López et al., 2019). Pro komparační studie bylo několikrát této stupnice využito (Šáteková et al., 2017) a byl tak zjištěn nový rizikový faktor – pohlaví. Podle autorů López et al., (2019) jsou ženy více ohroženy rizikem vzniku dekubitů, a to až o 6 %. Další autoři ve své studii popisují využití stupnice jako prediktoru mortality, přičemž tato netradiční aplikace poukazuje na nové možnosti pro oblast identifikace možných indikátorů (Rabinovitz et al. 2016). S těmito daty korespondují další výzkumy zaměřené specificky na pacienty s tělesným znevýhodněním, u kterých jsou pomocí

nástroje Norton scale sledovány postižené oblasti, na které se cíleně působí (Ena, 2018). Pro výzkumné účely je tento nástroj stále dostatečně využitelný a autoři se shodují, že v klinické praxi reflektuje postižené oblasti u hodnocených pacientů a ošetrovatelský personál nemusí striktně sledovat pouze riziko vzniku dekubitů, ale může aplikovat své dovednosti, řešit příčiny v postižených oblastech a tím také preventivně působit proti vzniku dekubitů (Ena, 2018; Rabinovitz et al., 2016).

V České republice prozatím nebyly realizovány podobně zaměřené výzkumy, ovšem aplikace nástroje do zdravotnické prostředí s účelem nestandardního využití by mohla být velice přínosná. Minimálně by mohl pětibodový nástroj poukázat na rizikovou oblast, která by následně měla být ošetrovatelským personálem více sledována (Li, 2018; Lerma et al., 2018, Ena, 2018; Shi et al., 2019).

3.3.3.2 Braden scale

Hodnotící nástroj Braden byl vytvořen v roce 1987 v souvislosti s inovací, optimalizací a rozšíření teoretické základny preventivních opatření, identifikovatelných rizik a dosavadních možností měření a hodnocení vzniku dekubitů (Gážíová, 2013). První publikace hodnotícího nástroje proběhla v roce 1987 autorkami Braden a Bergstrom, které analyzovaly dosavadní rizikové faktory a popsaly nové schéma hodnocení označované jako *Pressure Sore Development (PSD)* (Braden, Bergstrom, 1987). Celý, takto nazvaný komplex se dělí do kategorií, které obsahují dílčí faktory a první definitivní PSD v originálním znění obsahoval kategorie – *Tlak* a *Tolerance tkáně* (Cox, 2012). Autorky se domnívaly, že v případě kontinuálního hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním můžeme jejich výskyt pomocí tohoto nástroje redukovat na minimum (Cichosz et al., 2019). Ve své studii uvádí Braden a Bergstrom (1987) výskyt dekubitů při kontinuálním sledování nástrojem Braden u pacientů s hemiplegií ve 4 případech z 23, u pacientů s paraplegií v 0 případech z 6 a u pacientů s kvadruplegií v 0 případech z 9. Tento nástroj je aktuálně jedním z nejpoužívanějších a byl přeložen do několika světových jazyků včetně španělštiny (García-Molina et al., 2018) a čínštiny (Chen et al., 2018).

Využití bylo primárně směřováno do akutní péče a v současnosti se používá zejména pro hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním (Sturgill et al., 2018), v traumatologii

(Grigorian et al., 2018), v pediatrii (Curley et al., 2018) nebo v domácí paliativní péči (Articio et al., 2017).

Autoři Lima-Serrano et al. (2018) uvádí, že specifická nástroje Braden je 64 % a citlivost 83 %, což je více, než uvádí autorky Šáteková et al. (2017). Jejich studie poukazuje na 70,09 % citlivost a 50 % specifická pro českou populaci, ovšem pro slovenskou populaci byla v roce 2015 citlivost 85,71 % a specifická 53,48 % (Šáteková et al., 2015). Moderní výzkumy poukazují i na 100 % citlivost v případě, že se tento nástroj využít na popáleninových jednotkách intenzivní péče, avšak pro traumatologická oddělení je potřeba identifikovat nástroj více specificky zaměřen (Griswold et al., 2017). Standartní jednotky mohou také využívat Braden scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, avšak hodnocení více specifických oblastí by bylo pro monitoraci rizik pacienta více efektivní (Skogestad et al., 2017). Je logicky odvoditelné, že na standartních odděleních jsou pacienti plně imobilní s různými typy defektů kůže, svalů, kostí apod. a ošetrovatelská péče je mnohdy radikálně rozdílná, stejně jako riziko vzniku dekubitů (Skogestad et al., 2017; Cichosz et al., 2019). Stejně tak můžeme předpokládat, že v rámci zařízení existují oddělení využívající restriktivní opatření nebo nelze provádět důkladnou prevenci dekubitů z důvodu aktuálně kritického zdravotního stavu (Griswold et al., 2017).

Incidence dekubitů je v mnoha zdravotnických zařízeních stále brána jako indikátor kvality ošetrovatelské péče, a podle Karahana et al., (2018) je právě z tohoto důvodu kladen velký důraz na preventivní opatření. Mnoho autorů odporuje tomuto názoru, neboť i přes využití vhodných nástrojů typu Braden scale nemůžeme eliminovat všechna rizika, jako jsou: věk, mobilita nebo již vzniklý a špatně se hojící dekubitus (Cichosz et al., 2019). Ošetrovatelská péče je v některých zdravotnických zařízeních zaměřena pouze na vizuální stránku a řešení je cíleně situováno pouze na již vzniklý defekt, bez odstranění primární příčiny a celkové hodnocení je prováděno jen proto, že se jedná o standartní postup (Karahana et al., 2018; Aloweni et al., 2018).

Při realizování výzkumných studií pomocí tohoto nástroje vedlo k odhalení mnoha dalších proměnných, které v oficiální verzi nástroje chybí – pohlaví, lokalizace rány, délka hospitalizace, další diagnózy (Karahana et al., 2018). Zařazením těchto faktorů a následným hodnocením můžeme docílit komplexnějšího hodnocení, zejména pro pacienty s tělesným znevýhodněním v úrovni absolutní imobilizace z důvodu operačního zákroku nebo celkového zdravotního stavu (Fazel et al., 2018). Z dlouhodobější

perspektivy je Braden scale stále brán jako vysoce efektivní nástroj, zejména využívá-li se u pacientů ve věku 60 let a více, na odděleních následné péče, rehabilitačních odděleních nebo jiných standartních odděleních u pacientů s chronickou prognózou (Aloweni et al., 2018).

3.3.3.3 Waterlow scale

Hodnotící nástroj Waterlow byl vyvinut ve Velké Británii, kde je využíván velice frekventovaně, a výhodou tohoto nástroje je hodnocení tělesné váhy v souvislosti s Body Mass Index (BMI), věku a pohlaví, které dávají možnost údaje statisticky zpracovávat (De Gouveia Santos, et al., 2018).

Aktuálně se hodnotící nástroj Waterlow používá pro oblast pacientů v terminálním stádiu (Charalambous et al., 2018) či trpící demencí (Sampson et al., 2017), pro oblast pacientů po prodělání cévní mozkové příhody (Chitambira, Evans, 2018), na chirurgických, traumatologických a ortopedických odděleních (Hekmaptou et al., 2018), pro oblast komunitního ošetrovatelství (Nazarko, 2018) nebo psychometrického testování (Porcel-Gálvez et al., 2018).

Testování validity a reliability nástroje poukazuje na 100% citlivost a 80% specifčnost (O'Brien et al. 2018). Využitelnost pro české prostředí je možná, neboť autorky Šáteková et al. (2017) uvádí citlivost 100 %, avšak specifčnost pouze 18,69 % pro českou populaci. Ve studii z roku 2015 uvádí citlivost 87,71 % a specifčnost 30,23 % pro slovenskou populaci (Šáteková et al., 2015). Validita nástroje pro hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním je výborná, neboť obsahuje i faktory jako je věk a pohlaví a nástroj je velice praktický a časově nenáročný (Charalambou et al., 2018). Azevedo Macena et al. (2017) doporučují nástroj modifikovat a zařadit další rizikové faktory jako je kouření a přítomnost dalších onemocnění (diabetes, hypertenze).

Vzhledem k velkému počtu hodnotících faktorů je Waterlow scale považován za komplexní a využívat se může ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních napříč všemi odděleními (Mahalingam et al., 2014; O'Brien et al. 2018; Sayar et al., 2008). Studie autorů Azevedo Macena et al. (2017), která zahrnuje spektrum pacientů s různým typem respiračního onemocnění, tumory, ledvinovými selháními a sepsí, potvrzují

výbornou efektivitu nástroje Waterlow v komparaci s nástroji Braden scale a Norton scale.

Pro akademické účely se tento nástroj začíná používat spíše až současnosti, a to zejména z toho důvodu, že originální znění obsahuje údaje jako je pohlaví a věk (Charalambou et al., 2018). Zaměření studií bývá zejména pro sledování incidence u různých onemocnění či věkových skupin, identifikaci rizikových faktorů nebo testování validity a reliability (Macena et al., 2017; Mahalingam et al., 2014; Smith et al., 2018).

V klinické praxi stále probíhají výzkumy zaměřující se na evidenci incidence dekubitů se statistickým vyhodnocení v čase (Coleman et al., 2018). V australském zdravotnickém zařízení tento výzkum probíhal v období 2008–2014, kde za použití Waterlow scale klesla incidence dekubitů o 15,7 % u hospitalizovaných pacientů (Smith et al., 2018). Ačkoliv se doporučuje implementovat hodnotící nástroj do klinické praxe, vždy je nejdůležitější dbát na preventivní opatření a nezapomínat na důležitost lidského faktoru při poskytování odborné ošetrovatelské péče (Macena et al., 2017; Mahalingam et al., 2014; Smith et al., 2018; Coleman et al., 2018; Sayar et al., 2008).

3.3.3.4 Knoll Tool, Assessment of Pressure Ulcer Potential

Tento hodnotící nástroj byl vytvořen v USA stejně jako dodnes v ČR používaný – Braden scale, a základní využití mělo směřovat pro hodnocení pacientů na oddělení následné péče (Moore, Patton et al., 2019). Aktuálně je v zahraničí používán zejména na odděleních pečující o pacienty 60+ nebo v domovech pro poživatele důchodu (Pancorbo-Hildago et al., 2006), na rehabilitačních odděleních a odděleních následné péče (Schoonhoven, 2006). Další využití může být směřováno např. do estetické chirurgie u středně velkých i rozsáhlejších výkonů (Moore, Cowman, 2014).

Ačkoliv je využití v ČR velice ojedinělé, v zahraničí se používá velice frekventovaně zejména ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Pro akademické účely se prozatímne používá jako komparační nástroj k určení validity a reliability (Ayello, Braden, 2002).

Podle autorů Towey a Erland (1988) má tento hodnotící nástroj vysokou citlivost (85,7 %), ovšem nižší specifčnost (56,3 %) a zahrnuje hodnotící oblasti: *všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy, náchylnost k chorobám (DM, anemie, neuropatie apod.)*. Evaluace je

prováděna pomocí bodového hodnocení 0–3 (některé položky jsou hodnoceny dvojnásobným počtem), přičemž při celkovém součtu více než 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů (Aronovitch et al., 1992).

Aronovitch (2007) použila tento nástroj pro jeho modifikaci směřované do chirurgické sféry, neboť drtivá většina pacientů před či po operačním výkonu je tělesně znevýhodněna a riziko vzniku dekubitu se razantně zvyšuje. Vytvoření možných modifikací k implementaci do vlastní ošetrovatelské praxe je nevyhnutelné už z hlediska evidence širokého spektra rizik, avšak hodnocení jen několika z nich (Schoonhoven, 2006; Defloor, Gryponck, 2004).

3.3.3.5 Shannon scale

V roce 1984 byla vynalezena stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů s názvem Shannon scale, která se zaměřovala na osm hodnocených oblastí (Shannon, 1984). Tento nástroj byl primárně určen pro rehabilitační odvětví a obsahuje hodnotící oblasti jako je *duševní stav, kontinence, mobilita, aktivita (chůze, pohyblivost na kolečkovém křesle, ležící klient), výživa, cirkulace krve, užívání léků (analgetika, sedativa, steroidy)* (McCord et al., 2004).

Evaluaace probíhá pomocí záznamového archu, ve kterém jsou všechny položky hodnocené v rozmezí 1–4 body a při bodovém hodnocení 16 a méně je pacient významně ohrožen vznikem dekubitů (Shannon et al., 2012).

Praktické využití tohoto nástroje můžeme pozorovat jak na frekventovanějších oddělení zahrnující akutní ošetrovatelskou péči, tak na odděleních dlouhodobě nemocných (McCord et al., 2004). Vzhledem k možnosti úpravy hodnotícího nástroje individuálněji v průběhu je jeho využitelnost pro účely mapování rizika vzniku dekubitu u pacientů s tělesným znevýhodněním vítána (Mallah et al., 2015). Keller et al. (2002) využití tohoto nástroje doporučuje, avšak apeluje na evidenci mnoha dalších rizikových faktorů podílejících se na vzniku dekubitů, které nástroj neobsahuje. Po modifikaci a zapracování faktorů jako je např. přítomnost dalších onemocnění, sensorická percepce nebo hladina proteinu a albuminu by mohl být nástroj dostatečně validní, aby mohl být využíván v moderním ošetrovatelství.

3.3.3.6 Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCIPUS)

Hodnocení podle nástroje Spinal Cord Injury Pressure Ulcers Scale (SCIPUS) je jedním z moderních hodnotících nástrojů zaměřující se zejména na historicky známé rizikové faktory obohacené o krevní testy měřící nutriční (albumin, kreatin a glykémie) (Mortenson, Miller, 2008; Higgins et al., 2019). Při vývoji hodnotícího nástroje SCIPUS bylo kontinuálním studiem literatury, zejména z oblasti tělesného znevýhodnění, separováno několik faktorů, které tento nástroj obsahuje (Krause et al., 2001). Jedná se tedy o jeden z nejvíce zaměřených nástrojů hodnotící přidané faktory jako je: *kouření, snížený albumin, snížená mobilita, používání medikace pro navození spánku, přítomnost diabetu apod.* (Krause et al., 2004).

Specificky zaměřený nástroj SCIPUS eviduje zvýšení počtu rizikových faktorů, oproti prvotnímu nástroji Norton a z těchto důvodů je hodnocení pro personál i pacienta náročnější, zejména časově (Higgins et al., 2019). Využití je směřováno zejména do akutní péče (Grigorian et al., 2018; Krishan et al., 2016). V chronické rehabilitační péči byl nástroj SCIPUS testován v segmentech 5-7 dní a 14-21 dní, přičemž citlivost i specifická nástroje se s delším používáním snižuje (Krishan et al., 2016).

Nástroj SCIPUS by mohl být implementován na specificky zaměřená oddělení, kde se standardně setkáváme s pacienty plně imobilními nebo s tělesným znevýhodněním (Grigorian et al., 2018). Konkrétně by se mohlo jednat o oddělení typu ARO, některé druhy JIP nebo spinální jednotky (Krause et al., 2004). Z výsledků odborných výzkumů by implementace mohla být směřována také pro akutně přijímané pacienty, kteří budou hospitalizováni a při příjmu probíhá invazivní odběr krve (Krishan et al., 2016).

V komparaci s nástroji Braden, Gosnell, Norton a Waterlow bylo zjištěno, že hodnotící nástroj SCIPUS poskytuje komplexnější data (Flett et al., 2019), ale takto obsáhlá data ovšem nemusí být vždy měřena u chronicky léčených pacientů, neboť invazivní výkony pro ně mohou být zatěžující a výsledky budou prakticky neměnné (Krishan et al., 2016; Higgins et al., 2019). Z tohoto důvodu není doporučován v této podobě do chronicky směřovaných oddělení, ovšem pro spinální jednotky a jednotky poskytující akutní péči je implementace vhodná (Delparte et al., 2015). Z těchto důvodů se neustále pracuje na modifikacích zaměřující se na chronicky nemocné pacienty (Mortenson, Miller, 2008; Flett et al., 2019).

3.3.4 Psychické zdraví

Na psychickém zdraví působí u pacientů s tělesným znevýhodněním několik faktorů a zpravidla podle závažnosti prognózy a typu osobnosti můžeme pozorovat při hospitalizaci různé spektrum pozitivních i negativních projevů (Noh et al., 2016).

Historicky již v roce 1994 bylo popsáno, že potřeby těchto pacientů bychom měli dělit do dvou dimenzí – potřeby odvozené od zachovaných tělesných funkcí a potřeby psychosociálního pohodlí (Veer, Bakker, 1994). Podle Pireddy et al. (2016) je důležitá míra závislosti na okolí, která bývá v některých případech přehlížena nebo ošetrovatelský personál přeceňuje pacienty, kteří se nemohou patřičně rychle navrátit do běžného životního stylu. Celkově vytváří psychický diskomfort až depresivní stavy (Noh et al., 2016; Bruffaerts et al., 2012).

3.3.4.1 Sheehan Disability Scale

Nástroj byl vyvinut v roce 1983 s cílem měřit míru znevýhodnění v jednotlivých sférách lidského života rozděleného do oblasti pracovní, sociální a rodinné (Demuro et al., 2014). Originální stupnice hodnotila také psychické zdraví pacienta, které bylo monitorováno prostřednictvím počtu dnů, které je pacient vyřazen z obvyklých aktivit života bez znevýhodnění, a jak dlouho pociťuje symptomy, které redukuje pacientovu produktivitu (Sheehan, Sheehan, 2008). Využití v klinické praxi začalo v roce 1992 a bylo situováno spíše do sféry psychiatrické, neboť se primárně jedná o hodnocení psychického zdraví (Leon et al., 1997; Sheehan et al., 2011; Sheehan et al., 2016).

Sheehan Disability Scale byl přeložen do více než 40 světových jazyků a jeho validita i reliabilita byla testována nespočetněkrát (Sheehan, Sheehan, 2008). Aktuální využití je směřováno k pacientům s psychickými obtížemi, jako jsou např. závislí na alkoholu nebo gamblingu (Hodgins et al., 2013). O dalším možném využití hovoří Alonso-Prieto et al. (2019), kteří využívají SDS k subjektivnímu reflektování kvality života pacientů napříč různými odděleními s různým typem chronického onemocnění (primárně zacíleno na psychické onemocnění, jako je depresivní porucha nebo fyzické onemocnění, jako je stav po transverzální míšní lézi).

Využití pro akademické účely se používá při ilustrování subjektivního pocitu pacientů, avšak velkým negativem je datum poslední revize, neboť podle autorů Arbuckle et al. (2009) je nejmodernější modifikace nástroje z roku 2008 a je primárně určena pacientům trpící bipolární afektovanou poruchou. V longituriálních studiích je této stupnice využíváno zejména v psychicky náročných situacích k ilustrování pacientovy reality a lepšímu pochopení jejich autonomie (Sheehan et al., 2016). Autoři Arbuckle et al. (2009), kteří testovali modifikaci u pacientů s tělesným znevýhodněním, nepovažují hodnocení pro tuto oblast za dostatečně relevantní a reliabilní, avšak pro ilustrování pacientovo psychického stavu je naprosto ideální.

3.3.5 Znevýhodnění

Tělesné znevýhodnění a jeho hodnocení je v ČR prozatím bráno jako sociologický problém, a proto se v ošetrovatelské péči přílišnou monitorací této problematiky nezabýváme (Chrzová, 2013). Při hlubším prozkoumání této problematiky můžeme pozorovat nutnost hodnocení ve třech oblastech – poškození (impairment), pohybová omezení (activity limitation), omezení účasti (participation restriction), které úzce souvisí s kvalitou života i pochopení pacientovo autonomie (Van Oyen et al., 2018; Simo Fotso et al., 2019)

3.3.5.1 The Washington Group Short Set of Questions on Disability (WG – SS)

Tento hodnotící nástroj byl konstruován na základě požadavků odborných asociací zabývajících se hodnocením osob se znevýhodněním, obsahuje 6 otázek (z oblasti sluchu, zraku, pohybu, paměti, sebezpeče a komunikace) a struktura možných odpovědí se liší stupněm znevýhodnění od 0 (žádné obtíže) do 4 (extrémní obtíže / nelze provést) (Miller, 2016).

Tento nástroj hodnotící míru a oblasti znevýhodnění byl v USA hojně využíván vládními orgány při statistických analýzách sociální struktury a aktuálně slouží jako základní prvek pro tvorbu novodobých standardizovaných i nestandardizovaných testů k hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním napříč mnoha vědeckými disciplínami (Madans, 2016). V ošetrovatelství jej lze využít na rehabilitačních jednotkách, odděleních následné

péče nebo jednotkách, kde je potřebné monitorovat znevýhodnění (Miller, 2016). Pro tvorbu či prohlubování teoretických poznatků jej lze využít i pro vědecko-akademické účely, např. při sledování druhu a míry znevýhodnění u pacientů s HIV (De Beudrap et al., 2017), vyhledávání možných rizik a jejich evaluace (Sloman, Margaretha, 2018) nebo sledování kvality života (Baart, Schippers, Meta, 2020).

Schneider et al. (2009) testoval využití WG – SS pro měření míry znevýhodnění u lidí v Jižní Africe. Jeho měření poukázalo na správnost informací a vysokou záchytnost oblastí, ve kterých jsou osoby znevýhodnění. Potvrzuje tak výzkumy jiných autorů, kteří hovoří o vysoké reliabilitě a validitě tohoto nástroje pro účely mapování druhu a míry znevýhodnění (Bachani et al., 2014; Palmer, Harley, 2012).

Pro akademické účely lze uvést testování vztahů mezi proměnnými pomocí tohoto nástroje (Schneider et al., 2009). Výsledky jejich měření z více než 16 zemí poukazují na vztah mezi znevýhodněním a multidimenzionálním neprospíváním, nízkou úrovní edukace a nezaměstnaností (Mitra et al., 2013).

3.3.5.2 The Washington Group Extended Set

The Washington Group Extended Set (WG – ES) byl navržen tak, aby otázky poskytovaly srovnatelná data s možnostmi využití v napříč různými národnostmi, kulturními odlišnostmi i ekonomickými zdroji (Loeb, 2016). Tento nástroj by měl být oproti WG – SS používán zejména, je-li potřeba získat informace o aktuálním zdravotním znevýhodnění hodnoceného člověka (Neugebauer, Tóthová, 2019a; Sanchez et al., 2000).

Celý koncept byl založen v roce 2008, kdy se Ekonomická a sociální komise pro Ásii a Pacifik (The Economic and Social Commission for Asia and The Pacific – UNESCAP) vytvořila matici na základě WG-SS. Cílem rozšířené verze bylo zajistit přídatné otázky, které budou poskytovat komplexní pohled na možné znevýhodnění, a samotný hodnotící nástroj je tvořen 35 otázkami z oblasti: *zraku (vision)*, *sluchu (hearing)*, *pohybu (mobility)*, *poznávání (cognition)*, *důsledcích – strachu & depresi (affect – anxiety & depression)*, *bolesti (pain)*, *únavě (fatigue)*, *komunikaci (communication)* a *funkce horní části těla (upper body function)* (Loeb, 2016; Sprunt et al., 2019).

V roce 2009 bylo provedeno terénní testování v šesti rozdílných zemích světa (Kambodža, Kazachstán, Maledívy, Mongolsko, Filipíny a Srí Lanka) a finální verze otázek byla přeložena k 10. výročí zasedání Washington group v roce 2010 (Mörchen et al., 2019).

Aktuálně lze WG – ES s vysokou citlivostí i specifitou využívat u plánovaných operací očí (Mactaggart et al., 2018) invazivní i neinvazivní léčbu pohybového aparátu (Sanchez et al., 2000) nebo hodnocení soběstačnosti či mentálních dovedností u osob s mentálním znevýhodněním (Mörchen et al., 2019).

3.3.5.3 World Health Organization Disability Assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0 je považován za “self-reported” (subjektivně hodnocený) nástroj pro hodnocení zdravotního stavu a znevýhodnění situovaný do šesti domén: *Cognition – Kognice; Mobility – Mobilita; Self-care – Sebeobsluha; Getting along – Vztahy s lidmi, domácnost; Life activities – Práce a školní aktivity; Participation – Účast ve společnosti* (Üstün et al., 2010). Všechny hlavní domény obsahují otázky přímo se vztahující k hodnocené oblasti a počet těchto otázek se liší v závislosti na vybraném typu nástroje - 12, 24 nebo 36 otázek (Moen et al., 2017). Odpovědi jsou příhodně situovány do čtyř úrovní (bodově 0–4), přičemž minimální hodnota je 0 (vysoká úroveň zdravotního stavu – pacient nejeví známky znevýhodnění) a maximální 48 (nízká úroveň zdravotního stavu – pacient je znevýhodněn ve všech oblastech). Hodnocený výběrový soubor musí být podle autorů dostatečně homogenní, avšak podle autorů Cheung et al. (2014) není tato podmínka brána jako limitace pro použití v klinické praxi.

Validita hodnotícího nástroje je potvrzena přeložením do několika světových jazyků včetně španělštiny (Almazán-Isla et al., 2014) portugalštiny (Silva et al., 2013) nebo čínštiny (Chiu et al., 2014). Vysoká validita byla popsána v kombinaci s ICF, a to zejména pro účely práce na s pacienty na psychiatrických a rehabilitačních odděleních nebo v sociálních službách či na odděleních následné péče (Lu et al., 2018). Výhodou hodnotícího nástroje WHODAS 2.0 je jeho efektivita a časová nenáročnost, neboť jeho kompletní vyplnění se pohybuje v rozmezí 3–5 minut (Üstün, 2010). Rozdělení do domén jej činí univerzálním a vyhodnocené reflektuje všechny nezbytné oblasti, ve kterých lze pozorovat znevýhodnění (Neugebauer, Tóthová, 2019a).

Praktické využití zkoumali autoři Carlozzi et al. (2015), kteří považují WHODAS 2.0 (12 otázek) za efektivní indikátor kvality života pacientů s Huntingtonovou chorobou. Chang et al. (2014), kteří považují jej považují za vysoce efektivní pro hodnocení pacientů se svalovým postižením, nebo Wawrzyniak et al. (2019), kteří tento nástroj popisují jako vysoce efektivní pro hodnocení pacientů s chronickou bolestí.

3.3.5.4 Model Disability Survey (MDS)

Model disability survey je považován za moderní hodnotící nástroj používaný k hodnocení znevýhodnění / poškození ve světovém měřítku. Světová zdravotnická organizace, která jej vyvinula, se zaměřovala zejména na individuální bariéry a problém související s přítomným znevýhodněním nebo poškozením (Sabariego et al., 2015). Oproti objektivnímu nástroji WHODAS 2.0 dává MDS možnost hodnotit svůj stav i subjektivně. Jeho informačně vyčerpávající charakter jej činí pro praktické účely nepoužitelným, avšak ve výzkumné sféře nenahraditelným (Model Disability Survey, 2017).

Modifikace MDS přinesla „brief version“ (MDS – BV), ve které došlo ke značné redukci otázek zejména z důvodu praktického využití. Informace, které lze z MDS – BV extrahovat jsou podle Lisowské (2017) prakticky srovnatelné s rozšířenou verzí Washington group on Disability Statistic (WG – ES), avšak MDS – BV je koncipován pouze do čtyř hodnocených oblastí, což jej činí méně časově náročným (Trani et al., 2015).

Jedno z mnoha testování MDS proběhlo v Kambodži, kde autoři Sabariego et al. (2015) potvrzují vysokou validitu a reliabilitu a praktické využití tohoto nástroje reflektuje úroveň znevýhodnění v hodnocených oblastech. Exhaustní charakter dotazníku s více než 300 otázkami jej činí vysoce specifickým a citlivým, avšak časový odhad vyplnění jednoho dotazníku je 120 minut (Model Disability Survey, 2017). Lisowska (2017) testovala MDS-BV a považuje tento hodnotící nástroj za nejvíce užitečný pro klinické hodnocení pacientů se znevýhodněním, neboť poskytuje praktické informace, které lze hodnotit denně.

Mnoho dalších testování, zejména validity, reliability, efektivity a praktičnosti bylo podporováno Světovou zdravotnickou organizací po celém světě (Model Disability Survey, 2017). WHO doporučuje využití MDS zejména pro akademické účely a sociální

šetření na státní úrovni, avšak MDS-BV doporučuje pro využití v klinické praxi, zejména pak pro zdravotnická zařízení (chirurgická, interní, rehabilitační a další oddělení s chronicky nemocnými pacienty), sociální zařízení (domovy pro tělesně a mentálně znevýhodněné, domovy pro seniory) nebo komunitního ošetřovatelství (Neugebauer, Tóthová, 2019a).

3.3.6 Infekce

S rostoucí incidencí výskytu infekce u pacientů s tělesným znevýhodněním roste i samotná mortalita (Saliba et al., 2000). Bellelli et al. (2001) popisuje, že infekce je třetí nejčastější důvod hospitalizace pacientů s tělesným znevýhodněním ve zdravotnických zařízeních. V souvislosti s přítomností parézy či plegie bývá obvykle přítomná také inkontinence, která se ve zdravotnických zařízeních standardně řeší katetrizací močového měchýře v určených intervalech (Krishan et al., 2016). Opakovanou katetrizací močového systému dochází ke zvýšení rizika infekce nebo její přítomnosti (Joseph, Wikmar, 2016).

U pacientů s tělesným znevýhodněním se doporučuje čistá intermitentní katetrizace (ČIK), která je považována za alternativní cestu močení, kterou provádí člověk sám (Lamin, 2016). ČIK se také často nazývá jako autokatetrizace a ve spolupráci s lékařem nebo zdravotní sestrou se volí edukační postup. U pacientů s přítomnou paraplegií či kvadruplegií je využití ČIK denní rutinou, avšak v souvislosti s mnohonásobným denním zavedením močového katétru stoupá i incidence infekčních onemocnění vylučovacího ústrojí (Weynants et al., 2017).

Hodnocení infekce je v České republice hodnoceno v rámci ošetřovatelských diagnóz NANDA (2016) a definováno jako stav zvýšení rizika kolonizace organismu patogenními mikroby (Schulz et al., 2014). Aktuálně se za rizikové faktory považují: invazivní vstupy, traumata, destrukce tkáně, ruptura plodových blan, imunosupresivní působení, malnutrice, chronické onemocnění, primárně či sekundárně získané selhání imunity (NANDA International, 2016).

4 Tělesné znevýhodnění v kontextu ošetrovatelského modelu OREM

Tento ošetrovatelský model vznikl na základě filozofie autorky, že ne každý pacient, který potřebuje lékařskou péči, nutně potřebuje i péči ošetrovatelskou (Saeedifar et al., 2018). Sesterská práce začíná v případě, že pacienti nejsou schopni průběžné sebekpěče v takové míře a kvalitě, jakou si jejich aktuální zdravotní stav žádá (Denyes et al., 2001). Cílem modelu je udržet nebo navrátit pacientovi nezávislost v uspokojování jeho vlastních potřeb, kontinuální motivací a podpoře v sebekpěči (Fawcett, 2016). Prakticky se jedná o kooperaci mezi požadavky na sebekpěči a systémem, kterým bude cíle dosaženo.

Důvodem pro poskytování profesionální ošetrovatelské kpěče je podle modelu D. E. Orem deficit sebekpěče, který nastává v situaci, kdy nejsou adekvátní vztahy mezi požadovanou a vykonávanou sebekpěčí (Orem, 1985). Z klinické praxe víme, že člověk je individuální bytost a jeho autonomie by měla být, v rámci holistického přístupu, respektována (Saeedifar et al., 2018). Pokud bychom se zaměřili na pacienty s tělesným znevýhodněním, musíme si uvědomit jejich chronický deficit v oblasti trvalé změny úrovně požadované sebekpěče i její realizací (Denyes et al., 2016). Podle Orem (1995) by v tomto případě měl být realizován kontinuální rozvoj sebekpěče pomocí edukace a motivace a zároveň některý z kompenzačních systémů. V klinické praxi by to měla sestra rozpoznat deficit v sebekpěči podle strukturálních požadavků modelu a následně vybrat jeden ze systémů, kterým bude zmíněný deficit kompenzován (Orem, 2001).

Deficit sebekpěče je přímo závislý na jeho situační potřebě pro daného pacienta, která aktuálně převyšuje jeho kompetence (Fingeret, Teo, 2018). Při prvním kontraktu s pacientem sestra provádí hodnocení problematických oblastí a stanovuje intervence při: *nevhodných aktivitách sebekpěče pro aktuální zdravotní stav pacienta, přítomném bezvědomí nebo rozvíjejícím se bezvědomí, chybějící paměti, omezení schopnosti racionálního rozhodování a zdravého úsudku, nutnosti edukace v nově zavedené léčbě, nutnosti edukace v oblasti zavedeného léčebného režimu, nutnosti edukace v oblasti možných rizik* (Orem, 2001; Orem, 1995; Fingeret, Teo, 2018). Pro hodnocení vybraných domén se doporučuje vytvořit „scoring sheet/checklist“, který bude sloužit k evidování jednotlivých domén i konkrétních situací, které sestra částečně nebo plně kompenzuje pacientovi s tělesným znevýhodněním (Zarandi et al., 2016).

4.1 Univerzální požadavky sebekpěče

Mezi univerzální požadavky sebekpěče patří všechny potřeby souvisejí se základními životními procesy, funkcemi organismu a lidským životem (Olišarová et al., 2017). Podle Orem (1985) se zaměřuje sestra při hodnocení na oblasti: *vzduchu, příjmu potravy a tekutin, vylučování, společenské interakce, pohody a podporu životních funkcí*. Pokud bychom chtěli aplikovat ošetrovatelské intervence do klinické praxe, mohli bychom se zaměřovat na: *udržení dostatečného příjmu vzduchu, potravy a tekutin, zabezpečení péče zahrnující eliminaci exkretů, udržení rovnováhy mezi společenskou interakcí a samotou, prevenci faktorů ohrožující lidský život a pohodu, podporu životních funkcí a rozvoj v rámci společenských skupin v souladu s možnostmi a limitacemi člověka* (Zarandi et al., 2016).

Z praktického hlediska můžeme u pacientů s tělesným znevýhodněním pozorovat mnoho deficitů, mezi které patří: *deficity v oblasti příjmu potravy nebo tekutin z důvodu imobilizace nebo snížení soběstačnosti, deficit v oblasti vylučování z důvodu porušení funkce močového měchýře a přítomnosti inkontinence moče (typické pro pacienty s paraplegií a kvadruplegií), deficit v oblasti aktivity z důvodu imobilizace, snížené soběstačnosti nebo léčebného režimu, deficit v oblasti spánku a odpočinku z důvodu imobility, snížení soběstačnosti, přítomnosti spánkové inverze apod., deficit v oblasti dechu z důvodu imobilizace, snížené soběstačnosti nebo zvýšené námaze* (Weigl, et al., 2007). Stejně tak mohou být přítomné psychické problémy s návazností na současný zdravotní stav, změnu prostředí, sociální izolovanost nebo neefektivní udržení sociálních vztahů (Terrill, Molton, 2019). Vzhledem k deficitu projevující se v somatických limitacích je potřeba zvážit i narušení sociálních rolí, nepřírozené polohy či nedostatek soukromí při vyprazdňování, hygieně a jiných sebeobslužných činnostech v návaznosti na současný stav, imobilitu či nevhodné stavební uspořádání interní či externí části zdravotnického zařízení (Weigl et al., 2007; Terrill, Molton, 2019; Zarandi et al., 2016). V neposlední řadě sestra musí hodnotit veškerá možná rizika působící na pacienta při hospitalizaci nebo návštěvě zdravotnického zařízení. Při nedodržení doporučených postupů můžeme v klinické praxi pozorovat: *nedostatečnou prevenci v oblasti hodnocení rizika pádu, rizika vzniku dekubitů, infekce nebo rozvoje komplikací spojených s vylučováním, imobilizací či celkovým zdravotním stavem* (Terrill, Molton, 2019).

4.2 Vývojové požadavky sebeděče

Vývojové požadavky sebeděče jsou typické spojitostí s růstem, vývojem, životními etapami a cykly (Olišarová et al., 2017). Podle Orem (1985) patří mezi tyto požadavky také faktory nutné pro zajištění podmínek v podpoře vývoje jedince a poruchy, související s životním prostředím nebo nemocí. Sestra se při hodnocení těchto požadavků zaměřuje na oblast *sebeděče a řešení krizových situací* (Saeedifar et al., 2018).

Z praktického hlediska můžeme u pacientů s tělesným znevýhodněním pozorovat mnoho deficitů, mezi které patří: *deficit v oblasti analýzy a vyhodnocení a řešení zátěžových situací v závislosti na aktuálním zdravotním stavu a věku pacienta, v oblasti zvládnutí stresové zátěže a sebeděče v závislosti na aktuálním zdravotním stavu a věku pacienta, v oblasti požadavků týkajících se přechodu z jedné životní fáze do druhé a zvládnutí sociálních rolí v závislosti na aktuálním věku pacienta* (Weigl et al., 2007)

V souvislosti s vývojovými požadavky je kladen důraz také na psychické zdraví, to se mění v průběhu vývoje a je ovlivněno mnoha pozitivními i negativními faktory, které sestra v klinické praxi může podporovat nebo eliminovat (Zarandi et al., 2016). Pokud bychom se zaměřili právě na vývojové požadavky, v případě hospitalizace dětí do desíti let se doporučuje přítomnost rodinného příslušníka, nejčastěji matky. Podobně je tomu u pacientů s výrazným mentálním deficitem nebo extrémním poškozením tělesných struktur do takové míry, že je pacient neschopen další péče o sebe. V takových případech se doporučuje edukace a praktický nácvik ošetrovatelské péče pro osobu přímo pečující o pacienta se znevýhodněním, případně zajištění jiné odborné péče (Dörscheln et al., 2013; Abraham et al., 2019).

V kontextu vývojových požadavků sebeděče se v některých zdravotnických zařízeních praktikuje spolupráce ošetrovatelství a sociálních pracovníků, kteří pomáhají vybudovat vhodné životní podmínky v souvislosti s přechodem z jedné životní fáze do jiné nebo v souvislosti s přijímáním nových životních rolí (Pruijssers et al., 2015). Autoři McCabe a Holmes (2014) také upozorňují, že do pole požadavků a intervencí patří v adolescentním a dospělém věku také sexualita, která je v mnoha případech opomíjena a ošetrovatelská péče se tak stává méně komplexní a neefektivní.

4.3 *Terapeutické požadavky sebedpěče*

Terapeutické požadavky úzce souvisí s poruchou zdraví, následky nemoci, výkony a negativními důsledky (Fawcett, 2016). Oblast je koncipována pro přímou interakci sestry a pacienta, přičemž sám pacient by měl být schopen odhadnout, které aktivity je schopen vykonat sám, a se kterými bude potřebovat odbornou pomoc (Olišarová et al., 2017).

Důvodem pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče je podle modelu D. E. Orem deficit v oblasti sebedpěče, který nastává v situaci, kdy nejsou adekvátní vztahy mezi plánováním a realizací, tzn. požadovanou a vykonávanou sebedpěčí (Orem, 1985). Z klinické praxe víme, že člověk je individuální bytost a jeho autonomie by měla být, v rámci holistického přístupu, respektována (Fawcett, 2016; Saeifar et al., 2018). Pokud bychom se zaměřili na pacienty s tělesným znevýhodněním, musíme si uvědomit jejich chronický deficit v oblasti trvalých změn úrovně požadované sebedpěče i její realizace (Denyes, Orem, Bekel, 2016). Podle Orem (1995) by v tomto případě měl být realizován kontinuální rozvoj sebedpěče pomocí edukace a motivace a zároveň některý z kompenzačních systémů. Z praktického hlediska můžeme u pacientů s tělesným znevýhodněním pozorovat *obavy / strach z důvodu nemožnosti provádět dosavadní fyzické aktivity, obavy / strach z důvodu nedostatku informací týkající se aktuálního zdravotního stavu a budoucí prognózy, pesimistické myšlení z důvodu nedostatku informací nebo aktuálního zdravotního stavu, diskomfort z důvodu aktuálního zdravotního stavu, snížené soběstačnosti nebo imobility* (Hasanpour-Dehkordi, Mohammadi, Nikbakht-Nasrabadi, 2016).

5 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

5.1 Cíle práce

Cíl 1: Cílem práce bylo analyzovat dostupné měřicí a hodnotící nástroje pro hodnocení potřeb osob s tělesným znevýhodněním.

Cíl 2: Porovnat využití dostupných měřících a hodnotících nástrojů v ČR a zahraničí.

Cíl 3: Na základě výsledků analýzy nástrojů vyvinout či validovat nový nástroj pro hodnocení potřeb osob s tělesným znevýhodněním.

5.2 Hypotézy

H1: V České republice se používají nestandardizované nástroje více než standardizované.

H2: V České republice se více používají obecné nástroje pro hodnocení rizik než nástroje zaměřené na znevýhodnění.

H3: Sestry s vysokoškolským vzděláním používají hodnotící nástroje více než sestry se středoškolským vzděláním.

H4: Sestry s vyšším odborným vzděláním používají hodnotící nástroje více než sestry se středoškolským vzděláním.

H5: Vysokoškolským vzděláním pracují více s výsledky hodnocení než sestry se středoškolským vzděláním.

H6: Sestry s vyšším odborným vzděláním pracují s výsledky hodnocení více než sestry se středoškolským vzděláním.

H7: Sestry, které používají standardizované nástroje je doporučují do klinické praxe více než sestry, které je nepoužívají.

H8: Sestry, které používají standardizované nástroje více monitorují potenciální rizika než sestry, které je nepoužívají.

H9: Pacienti s tělesným znevýhodněním jsou více spokojeni se svým psychickým zdravím, než zdravím fyzickým.

5.3 *Výzkumné otázky*

VO 1: Jak efektivní je využití dosavadních měřících a hodnotících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním?

VO 2: Jaké oblasti je možné hodnotit dosavadními měřícími a hodnotícími nástroji pro hodnocení potřeb osob s tělesným znevýhodněním v rámci holistického přístupu?

VO 3: S jakými problémy se potýká ošetrovatelský personál při hodnocení potřeb u osob s tělesným znevýhodněním dostupnými nástroji?

VO 4: Jaké oblasti a kritéria hodnocení nejsou dle ošetrovatelského personálu v dosavadních měřících nástrojích obsažena?

6 Operacionalizace pojmů

6.1 Tělesné znevýhodnění

Tělesné znevýhodnění je definováno jako narušení struktury či funkce těla, která ovlivňuje mobilitu, fyzickou kapacitu, vytrvalost nebo obratnost jedince. Jedná se např. o poranění mozku či míchy, roztroušenou sklerózu, mozkovou obrnu, stav po amputaci končetin nebo jejich částí apod. V českém ošetrovatelství se spíše používá definování tělesného znevýhodnění jako vady pohybového a nosného aparátu, které se projevuje porušenou hybností.

Pro účely naší studie jsme zvolili komplexnější definici se zaměřením na potřeby jedince: *Znevýhodnění je výsledkem interakce mezi nemocným jedincem a okolím, do kterého se zahrnuje environmentální a osobní část – zdravotní stav, negativní postoje zdravé populace, přístupnost do sociokulturního prostředí, uplatnění na trhu práce apod.,* v kombinaci s českou definicí zahrnující defekty pohybového a nosného aparátu vedoucí k poruše hybnosti.

6.2 Měřící a hodnotící nástroje

Tento pojem označuje soubor kritérií vedoucí ke komplexní hodnocení jedince ve vybraných oblastech. Výsledkem je hodnocení vypovídající o současném stavu nemocného. Sestra na základě těchto měření může stanovit intervence a poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči. Pro účely naší studie jsme použili kombinaci definic, které označují měřící a hodnotící nástroje jako: *Soubor kritérií vedoucí ke komplexnímu hodnocení nemocného za použití předem stanovené metodiky k provedení záznamu, vyhodnocení i práce s výsledky studie.*

Pro účely této studie jsme rozlišovaly mezi standardizovanými hodnotícími nástroji, které jsou používány podle jednotné metodiky všude stejně a nestandardizovanými hodnotícími nástroji, které jsou vytvořeny pro účely jednotlivých zdravotnických zařízení a metodika je napříč jednotlivými zařízeními rozdílná. Mezi standardizované nástroje využívané napříč zařízeními i zeměmi patří např. Barthel test, a mezi nestandardizované nástroje patří nově vytvořené např. od společnosti Cygnus.

6.3 *Potřeba*

Potřeba je obecně definována jako nedostatek nezbytných složek základního uspokojení, které slouží k běžnému fungování lidského těla. V moderní době se opíráme o poznatek, že spektrum potřeb je v některých případech společné (potřeba spánku, jídla, vzduchu apod.) a specifické (potřeba být ve společenské interakci, spirituální potřeba, potřeba kulturně odlišné péče apod.).

Pro účely naší studie jsme se inspirovali zejména definicí Maslowa, který považuje za potřebu *stav, který je variabilní v závislosti na spiritualitě a kulturních tradicích pacienta nebo přímo souvisí s deficitem v oblasti zdraví. Za potřebu považuje také důvěra, komunikace, informovanost, vzdělávání, sebe péče, podpora a motivace.*

6.4 *Holistický přístup*

Holismus je filozofické pojetí celistvosti jedince v interakci s okolím a vlastním bytím. V ošetrovatelství se tento přístup uplatňuje v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb, což zahrnuje i přijetí odpovědnosti za péči o druhou osobu a zajištění důstojnosti jiné osobě. Pro účely naší studie jsme použili zahraniční definici, která za holistický přístup považuje: *hluboké porozumění pacientům se všemi variacemi jejich potřeb, v kombinaci s definicí doplňují pojem o: analýzu výsledků testů vedoucí k pochopení funkce tělesné i psychické sféry člověka, přijetí dočasné zodpovědnosti a její předávání mezi sestrou a pacientem a finální kooperaci, která se zaměřuje na uspokojení pacientovo potřeb, které v danou chvíli pociťuje.*

Pro lepší ilustraci problematiky uvádíme kombinace jednotlivých definic, neboť pochopení holistického přístupu bývá napříč kulturami, generacemi i pracovními skupinami odlišné. V mnoha případech mají pracovní skupiny ve zdravotnických i nezdravotnických zařízení pocit, že rozumí potřebám pacientů více než samotní pacienti, a proto volí neohleduplnou péči bez prvků respektu k lidské autonomii a individualitě. Holistické pojetí potřeb je hlouběji zaměřené na to, co pacient skutečně vnímá jako potřebu.

7 Metodika

Studie byla konstruována v kombinaci kvalitativních a kvantitativních metod výzkumného šetření. V souvislosti se zkoumanou problematikou byla celá studie realizována ve dvanácti krocích.

První zahrnoval sběr dat k definování teoretické základny, šíři zkoumané problematiky a výběr hodnotících nástrojů. V druhém kroku jsme se zaměřovali na analýzu vybraných hodnotících nástrojů, jejich jazykovou a obsahovou validaci a přípravu dotazníkového šetření. Třetí krok sloužil pro realizaci předvýzkumu. Čtvrtý krok se zaměřoval na aktualizaci dotazníkových šetření, stanovení velikosti výběrového souboru pro hlavní výzkumnou část a řešení strategii diseminace dotazníků. V pátém kroku probíhala hlavní výzkumná část – sběr kvantitativních dat. Šestý krok byl zaměřen na statistické zpracování dat prvotním tříděním – vytvořením frekvenčních tabulek a deskriptivní analýzy výsledků. V sedmém kroku byly podrobně pročitány otevřené otázky, mezi jednotlivými odpověďmi byly vyhledávány vztahy a finálně byly výsledky kategorizovány. V osmém kroku byly i pro tyto data vytvořeny frekvenční a deskriptivní analýzy. Devátý krok se zaměřoval na testování vztahů mezi jednotlivými proměnnými za použití statistických testů. Desátý krok sloužil k vytvoření ošetřovatelské dokumentace na základě již analyzovaných dat. V jedenáctém kroku bylo realizováno výzkumné šetření metodou Focus Group se zaměřením na aktualizaci a vyhodnocení vytvořené dokumentace. Důraz se kladl především na praktičnost a efektivnost vytvořeného ošetřovatelského dokumentu. Dvanáctý, finální krok sloužil k vyhodnocení výzkumného šetření a aktualizaci ošetřovatelské dokumentace.

Výzkumný záměr byl vytvořen v návaznosti na cíle práce a analýzu dokumentů, které by mohly přispět ke zefektivnění ošetřovatelské péče v České republice. Z důvodu širokého zaměření studie bylo kvantitativní šetření rozšířeno na dva výzkumné soubory – sestry v nemocničním a jiném zdravotnickém zařízení a pacienty s tělesným znevýhodněním, kteří mají zkušenosti s hospitalizací v nemocničním zařízení.

Studie byla podporována Grantovou agenturou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích s číslem 058/2018/s.

7.1 Přípravná fáze

Tato fáze obsahovala veškeré přípravné strategie a realizované předvýzkumy doplňující či aktualizující hlavní výzkumný záměr použité nástroje apod.

7.1.1 Rešerše a konstrukce dotazníků

Rešeršní strategií byly vymezeny pojmy, které přímo souvisí s cíli práce – definování a porozumění pojmu tělesné znevýhodnění; definování pole potřeb; přehled standardizovaných hodnotících nástrojů zaměřující se na hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním, jejich využití a práce s výsledky; specifický přístup k pacientům s tělesným znevýhodněním a subjektivní vnímání kvality jejich života.

Na základě získaných informací byly konstruovány dva nestandardizované dotazníky určené pro sestry v klinické praxi a pacienty s tělesným znevýhodněním. Tyto dotazníky byly diskutovány v týmu odborníků z praxe a statistika.

7.1.2 Předvýzkum a plánování výzkumné strategie

V návaznosti na přípravnou fázi bylo po konstrukci nestandardizovaných dotazníků přistoupeno k prvotnímu testování. Toto testování probíhalo v období únor–duben 2019. Výsledky předvýzkumu poukázaly na nedostatečnou specifičnost otázek z oblastí poskytované péče a edukace u nestandardizovaného dotazníku určeného sestram a nedostatečnou specifičnost v oblasti subjektivního hodnocení sebe sama u nestandardizované části určené pacientům s tělesným znevýhodněním. Velká variabilita odpovědí vedla k přepracování těchto otázek a opětovnému testování obou dotazníků. Výsledky této části byly opětovně diskutovány v týmu odborníků a dostatečně relevantní pole odpovědí s nízkou variabilitou vedlo k uzavření předvýzkumu a přistoupení k plánování dalších kroků.

Po realizaci a finální aktualizaci dotazníků byly ve spolupráci se statistikem stanoveny kvóty pro jednotlivé výběrové soubory. Tato studie byla cílena pro generalizaci na populaci sester pracujících v České republice, a proto byly jednotlivé kvóty vytvořeny separovaně na základě krajů České republiky a sester, které v těchto krajích vykonávají svou klinickou praxi. Strategie sběru dat se zaměřovala zejména na diseminaci dotazníků, kde pro sestry v klinické praxi byla volena diseminace dotazníků v tištěné podobě a pro pacienty s tělesným znevýhodněním převážně v on-line formě.

7.2 *Hlavní výzkumné šetření*

Hlavní výzkumné šetření probíhalo v období duben–září 2019, se zaměřením na dvě skupiny respondentů, které byly v rámci zpracování studie označeny písmeny A, B.

7.2.1 *Charakteristika výzkumného souboru A*

Skupina A se zaměřovala na sestry z klinické praxe a zahrnovala sestry chodící do směn (také zvané jako sestry u lůžka), staniční sestry, vrchní sestry a hlavní sestry. Hladina reprezentativnosti byla statistikem stanovena v závislosti na počtu zdravotnických zařízení, jejich velikosti a počtu zaměstnanců z řad všeobecných sester (viz. tabulka 1), které jsou uvedeny ve Zdravotnické ročence České republiky (2005). Sběr dat byl ukončen po naplnění stanovených kvót.

Cíleně jsme při distribuci dotazníků volili kriteriální výběr výzkumného souboru, přičemž respondenti museli: *být zaměstnáni v nemocničním nebo jiném zdravotnickém či zdravotně sociálním zařízení na stanovených pracovních pozicích; museli mít praktické zkušenosti s ošetřováním pacientů s tělesným znevýhodněním; museli pracovat na odděleních lůžkového typu.* Tato kritéria byla zmíněna při distribuci dotazníků na jednotlivá oddělení a rekapitulována v úvodu dotazníku. V tomto případě jsme nepoužívali žádné další follow-up strategie z důvodu randomizovaného vzorku respondentů.

Jak již bylo zmíněno, tento výzkumný soubor byl tvořen sestrami, převážně přímo pracujícími s pacienty s tělesným znevýhodněním. Z důvodu možného vývoje, zvyšování efektivity a realizace budoucích plánů byly do studie zahrnuty i staniční sestry, vrchní sestry a hlavní sestry. Staniční sestry jako vedoucí pracovníci každého oddělení rozdělují práci a zajišťují management své jednotky, včetně kontroly používaných hodnotících nástrojů, pomůcek a poskytované ošetrovatelské péče. Vrchní sestry byly do studie zařazeny, protože zauímají více manažerskou pozici, která, oproti staničním sestram, spravuje chod všech jednotek daného oddělení (např. standardní i intenzivní jednotky chirurgického oddělení). Tato funkce mimo jiné slouží jako tzv. „tred-setter“, který nastavuje kritéria napříč všemi jednotkami, zkoumá možnosti využití přijatých technik a ve spolupráci se staničními sestrami koordinuje efektivitu a kvalitu péče. Hlavní sestry byly do studie zapojeny z hlediska evidence možnosti aplikace jednotlivých nástrojů do vlastního nařízení a manažerského pohledu na celou zkoumanou problematiku.

7.2.2 *Charakteristika výzkumného souboru B*

Skupina B byla zaměřena na osoby s tělesným znevýhodněním, které zahrnuje osoby s reverzibilním i ireverzibilním postižením, např. osoby po amputacích dolních či horních končetin, po rozsáhlých operačních výkonech na nosném či pohybovém aparátu, s přítomným chronickým nervosvalovým onemocněním, po transverzální míšní lézi, centrální či periferní obrně apod.

Studie byla genderově nezaujatá, a proto se výzkumu účastnili ženy i muži, kteří splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. *Mezi tato kritéria patřil věk (15–40 let), respondent musel být aktuálně hospitalizován nebo být v období max. 1 týden po hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, muselo být přítomné reverzibilní či ireverzibilní tělesné znevýhodnění a nesměly být u respondenta výrazné kognitivní a jiné psychopatologické poruchy, které by mohli ovlivnit relevanci odpovědí.* Všechna kritéria byla při předávání dotazníků respondentům zmíněna a opětovně rekapitulována v jeho úvodu. Věkové rozhraní s relativními i absolutními četnostmi jsou uvedeny v tabulce 2.

Ani pro tuto skupinu respondentů nebyly použity žádné další follow-up strategie, z důvodu anonymity a randomizace respondentů.

7.2.3 *Použité nástroje*

Nestandardizovaný dotazník určený pro výzkumný soubor A byl tvořen 92 otázkami rozříděnými do 3 kategorií – charakteristika respondenta, obecná část a ošetrovatelská část. V dotazníku se objevují uzavřené otázky, jejichž odpovědi byly konstruovány za použití Likertovy škály s možnostmi odpovědí: „maximálně“, „hodně“, „průměrně“, „trochu“, „vůbec“ a „nevím“ a otevřené otázky, které slouží k doplnění informací z uzavřených otázek (viz. příloha 2).

Otázky zaměřující se na charakteristiku respondenta obsahovaly 4 položky zaměřující se na pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, kraj, ve kterém sestry vykonávají svou pracovní profesi a pracovní pozici. Obecná část se zaměřovala na subjektivní pojetí problematiky znevýhodnění, přístup k pacientům s tělesným znevýhodněním a edukaci personálu. Ošetrovatelská část zkoumala evidenci přítomných rizik, oblasti dopomoci, oblasti edukace pacienta a osoby, které o pacienta pečují, náročnost péče, používání hodnotících

nástrojů, hodnocené oblasti, práci s výsledky, doporučení standardizovaných nástrojů a inovace.

Dotazník určený pro výzkumný soubor B byl tvořen 86 otázkami rozdělenými na tři části – charakteristika respondentů, standardizovaná část a nestandardizovaná část (viz. příloha 3).

V oblasti charakteristiky respondentů jsme se zaměřili na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Standardizovaná část byla tvořena dotazníkem WHODAS 2.0 verzi s 36 otázkami s možnostmi odpovědi 0 (žádné obtíže) – 4 (extrémní obtíže/ nelze provést) a nestandardizovaná část se zaměřovala na subjektivní hodnocení svého zdraví, problémy v průběhu hospitalizace a subjektivnímu pohledu na observace a řešení přítomných problémů ze stran personálu. Nestandardizovaná část byla vytvořena pomocí uzavřených otázek. Odpovědi byly vytvořeny pomocí Likertovy škály, konkrétními s možnostmi „maximálně“, „hodně“, „průměrně“, „trochu“ a „vůbec“.

7.2.4 Sběr a analýza dat

Celkem bylo distribuováno 1490 dotazníků pro výzkumný soubor A s návratností 80,5 % (n= 1200) a 500 dotazníků pro výzkumný soubor B s návratností 42,8 % (n= 214).

Dotazníky pro výzkumný soubor A byly distribuovány do velkých zdravotnických zařízení nemocničního typu, ve kterých byl výzkum povolen, z celé České republiky. Dotazníky pro výzkumný soubor B byly distribuovány do spolků sdružující pacienty s tělesným znevýhodněním a na příslušná oddělení zdravotnických zařízení, ve kterých byly pacienti s tělesným znevýhodněním přítomni.

Paralelně se sběrem dat byly kompletní dotazníky zadávány do matice v programu SASD (Statistická analýza sociálních dat) a pro výzkumný soubor A sčítány z důvodu dodržení požadovaných kvót a reprezentativnosti. Po kompletním uzavření sběru dat a jejich zadání byla data vyhodnocena v programu SASD a SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Analýza probíhala ve 2 krocích. První krok sloužil k frekvenční a deskriptivní analýze uzavřených otázek s výpočtem středních hodnot (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu, odhad směrodatné odchylky, intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05) a vytvoření přehledu odpovědi otevřených otázek. Následovalo vytvoření kategorií pro otevřené

otázky, kategorizace a vyhodnocení – frekvenční a deskriptivní analýza s výpočtem středních hodnot.

Druhý krok sloužil k vytvoření kontingenčních tabulek s absolutními a relativními četnostmi. Dále byly aplikovány analýzy souvislostí podle charakteru znaků a počtu pozorování. Využitými statistickými testy byly: Chí kvadrát test dobré shody (v textu znázorněn znakem χ^2) a testem nezávislosti. V rámci testování souvislostí byly provedeny výpočty Pearsonova koeficientu, Normovaného Personova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a korelačního koeficientu. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti – $\alpha = 0,05$; $\alpha = 0,01$ a $\alpha = 0,001$. V interpretaci výsledků jsou mezi proměnnými uvedeny analyzované statisticky významné vazby za použití hodnot Chí kvadrát testu dobré shody a Testu nezávislosti. Aby bylo možné stanovit směr statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky, byla úroveň možné odchylky vypočítána pro každou hodnotu kontingenční tabulky. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

7.3 Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní část výzkumného šetření sloužila přípravě ošetrovatelské dokumentace a jejího testování v klinické praxi.

7.3.1 Přípravná fáze

Z analyzovaných výsledků kvantitativní části výzkumného šetření byla vytvořena prvotní ošetrovatelská dokumentace, která obsahovala nestandardizované hodnocení fyziologických funkcí, polohování, rehabilitace a využití polohovacích pomůcek, společně se standardizovanými testy Waterlow scale a WHODAS 2.0. V rámci vytvoření komplexního ošetrovatelského hodnocení byly rešeršní strategií identifikovány další problematické oblasti, které byly do připravované dokumentace zakomponovány – hodnocení bolesti a hodnocení rizika vzniku infekce.

Připravený dokument byl konzultován s týmem odborníků z klinické praxe i akademického prostředí. Pro testování v klinickém prostředí byla zvolena metoda FOCUS GROUP, krátkodobý časový horizont testování s následným Follow-up rozhovorem.

7.3.2 Realizace Focus groups

Pro realizaci kvalitativního výzkumného šetření byla zvolena metoda Standardní Focus groups s možností rozšíření na Extenzivní Focus groups. Celá výzkumná strategie byla konstruována jako moderovaná diskuse nad předvedenou ošetrovatelskou dokumentací. Celkem byla realizována 4 sezení (2 sezení primární diskuse před zahájením testování a 2 sezení po ukončení testování) se skupinami sester z klinické praxe (vždy 8 sester pracujících ve směnách/ u lůžka a 2 staniční sestry).

Podněty z diskuse byly zaznamenávány do poznámkového archu a všechny zúčastněné osoby mohly své poznámky interpretovat do připravené ošetrovatelské dokumentace. Diskuse probíhali v neutrálním prostředí a doba trvání byla 80–100 minut. Celá strategie byla vedena v rámci zásad správné diskuse a moderačního scénáře, který obsahoval několik základních bodů – úvodní slovo, důvod setkání, upřesnění pravidel diskuse a způsobu chování, motivace a podnícení problematiky, představení jednotlivých komunikačních partnerů a obecné hledání vztahu s diskutovanou problematikou, specifické otázky na upřesňování postojů a vyvolávání diskutabilních a názorových střetů, doplňující otázky a hledání dodatečných informací.

V úvodu byla s informanty provedena eliminace možných bariér jako je diskomfort, konflikt zájmů ve skupině, jazyková bariéra a časová intolerance.

7.3.3 Testování dokumentu a Follow-up strategie

Po realizaci Focus groups byly všechny položky aktualizovány a ošetrovatelská dokumentace byla předána k testování v klinické praxi. Celková délka testování byla 4 týdny (28 dní). Celkem bylo vyplněno 129 ošetrovatelských dokumentací s cílem zjistit praktičnost a efektivitu vytvořené dokumentace pro účely vybraných oddělení.

V rámci follow-up strategie jsme se zaměřili na subjektivní hodnocení používání předložené ošetrovatelské dokumentace. Pro tento krok byl využit stejný výzkumný soubor jako pro prvotní Focus groups testování a celková doba diskuse byla 30–40 minut s každou skupinou.

8 Výsledky

Výsledky studie jsou kategorizovány do čtyřech hlavních kategorií (demografické údaje, kvantitativní část, kvalitativní část a testování hypotéz) a několik podkategorií.

8.1 Demografické údaje

Naše studie obsahuje muže i ženy (viz. tabulka 1) s různou úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání (viz. tabulka 2). Z pohledu úrovně vzdělání vycházíme z kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, které jsou sestřám uděleny po absolvování středoškolského vzdělání s maturitou (praktická sestra), vyššího odborného vzdělání (diplomovaný specialista / diplomovaná všeobecná sestra) vysokoškolského vzdělání (všeobecná sestra, pediatrická sestra). Dále byla zkoumána pracovní pozice (viz. tabulka 3) a pro naplnění kvóty a dodržení reprezentativnosti bylo sledováno, ve kterém kraji respondenti vykonávají svou klinickou praxi (viz tabulka 4).

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (výzkumný soubor A)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	1158	96,5 %
Muž	42	3,5 %
Celkem	1200	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 uvádí absolutní a relativní hodnoty sledované proměnné „pohlaví“. Celkem se naší studie zúčastnilo 96,5 % žen (n= 1158) a 3,5 % mužů (n= 42).

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání (výzkumný soubor A)

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské s maturitou	454	37,8 %
Vyšší odborné	235	19,6 %
Vysokoškolské	511	42,6 %
Celkem	1200	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 2 uvádí absolutní a relativní hodnoty sledované proměnné „nejvyšší dosažené vzdělání“. Celkem se naší studie účastnilo 37,8 % (n= 454) respondentů se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou; 19,6 % (n= 235) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 42,6 % (n= 511) vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 3 Aktuální pracovní pozice (výzkumný soubor A)

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra ve směnách / u lůžka	1147	95,6 %
Staniční sestra	47	3,9 %
Vrchní sestra	6	0,5 %
Hlavní sestra	0	0 %
Celkem	1200	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 3 uvádí absolutní a relativní hodnoty sledované proměnné „pracovní pozice“. Celkem se naší studie účastnilo 95,6 % (n= 1147) respondentů na pozici sestra ve směnách /u lůžka; 3,9 % (n= 47) respondentů na pozici staniční sestra a 0,5 % (n= 6) respondentů na pozici vrchní sestra.

Tabulka 4 Lokalizace klinické praxe respondentů (výzkumný soubor A)

Kraj České republiky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hlavní město Praha	215	17,9 %
Středočeský kraj	103	8,6 %
Jihočeský kraj	67	5,6 %
Plzeňský kraj	66	5,5 %
Karlovarský kraj	34	2,8 %
Ústecký kraj	87	7,2 %
Liberecký kraj	38	3,2 %
Královéhradecký kraj	63	5,2 %
Pardubický kraj	50	4,2 %
Kraj Vysočina	58	4,8 %
Jihomoravský kraj	148	12,3 %
Olomoucký kraj	81	6,8 %
Zlínský kraj	58	4,8 %
Moravskoslezský kraj	132	11,0 %
Celkem	1200	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 4 uvádí absolutní i relevantní hodnoty sledované proměnné „kraj ČR“. Celkem se naší studie účastnilo 17,9 % (n= 215) respondentů z hlavního města Prahy; 8,6 % (n= 103) respondentů ze Středočeského kraje; 5,6 % (n= 67) respondentů z Jihočeského kraje; 5,5 % (n= 66) respondentů s Plzeňského kraje; 2,8 % (n= 34) respondentů s Karlovarského kraje; 7,2 % (n= 87) respondentů z Ústeckého kraje; 3,2 % (n= 38) respondentů z Libereckého kraje; 5,2 % (n= 63) respondentů z Královéhradeckého kraje; 4,2 % (n= 50) respondentů z Pardubického kraje; 4,8 % (n= 58) z kraje Vysočina; 12,3 % (n= 148) respondentů z Jihomoravského kraje; 6,8 % (n= 81) respondentů z Olomouckého kraje; 4,8 % (n= 58) respondentů ze Zlínského kraje a 11 % (n= 132) respondentů z Moravskoslezského kraje.

Dále naše studie obsahuje může i ženy (viz. tabulka 5) s různou úrovní vzdělání (viz. tabulka 6). Pro účely naší studie je také velice důležitá proměnná věk respondenta (viz. tabulka 7).

Tabulka 5 Pohlaví respondentů (výzkumný soubor B)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	79	36,9 %
Muž	135	63,1 %
Celkem	214	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 5 uvádí absolutní i relativní hodnoty sledované proměnné „pohlaví“. Celkem se naší studie účastnilo 36,9 % žen (n= 79) a 63,1 % mužů (n= 135).

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (výzkumný soubor B)

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	6	2,8 %
Vyučen bez maturity	57	26,6 %
Vyučen s maturitou	18	8,4 %
Středoškolské s maturitou	108	50,5 %
Vyšší odborné	15	7 %
Vysokoškolské	10	4,7 %
Celkem	214	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 6 uvádí absolutní i relativní hodnoty sledované oblasti „nejvyšší dosažené vzdělání“. Celkem se naší studie účastnilo 2,8 % (n= 6) respondentů se základním vzděláním; 26,6 % (n= 57) respondentů s výučním listem, bez maturity; 8,4 % (n= 18) respondentů s výučním listem a maturitou; 50,5 % (n= 108) respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou; 7,0 % (n= 15) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 4,7 % (n= 10) respondentů s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 7 Věk respondentů (výzkumný soubor B)

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
16–20	17	7,9 %
21–25	80	37,3 %
26–30	94	44,0 %
31–35	22	10,3 %
36–40	1	0,5 %
Celkem	214	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 7 uvádí absolutní i relativní hodnoty sledované proměnné „věk“. Celkem se naší studie účastnilo 7,9 % (n= 17) respondentů ve věku od 16 do 20 let; 37,3 % (n= 80) respondentů ve věku od 21 do 25 let; 44 % (n= 94) respondentů ve věku od 26 do 30 let; 10,3 % (n= 22) respondentů ve věku od 31 do 35 let a 0,5 % (n= 1) respondentů ve věku od 36 do 40 let.

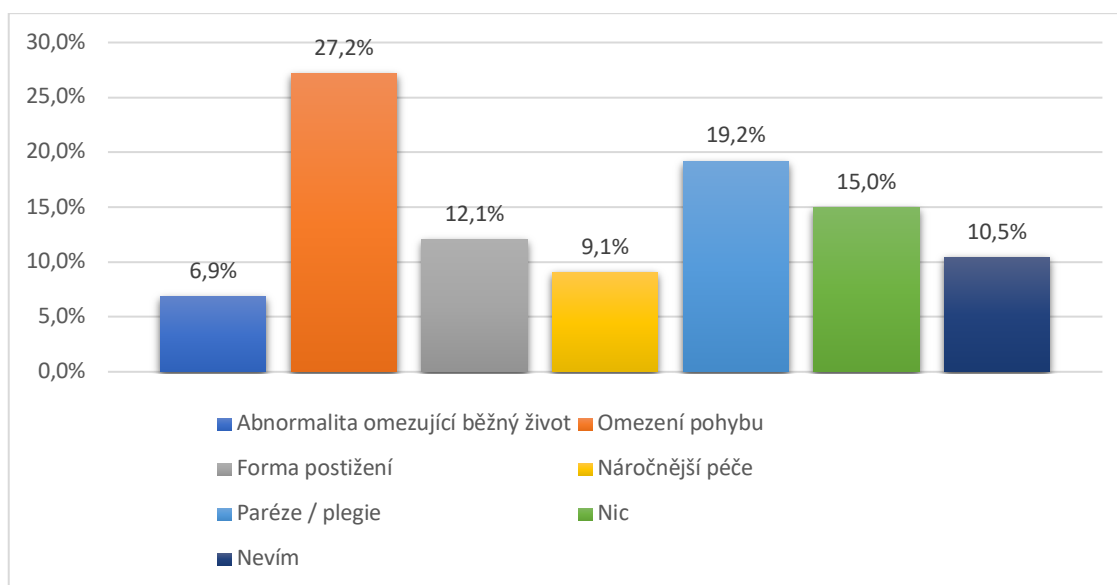
8.2 Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru A

Výsledky nestandardizované části kvantitativního šetření pro výzkumný soubor A obsahovaly několik otázek zaměřující se na vnímání problematiky tělesného znevýhodnění, postoj sester, oblasti poskytování péče, oblasti poskytování edukace, používání hodnotících nástrojů a jejich doporučení do vlastního zařízení či klinické praxe a inovace, které by vylepšili péči o pacienty s tělesným znevýhodněním.

8.2.1 Vnímání konceptu tělesného znevýhodnění a přístup sester k těmto pacientům

Vnímání problematiky tělesného znevýhodnění bylo záměrně sledováno u sester v klinické praxi se zaměřením na subjektivní pojetí pojmu tělesného znevýhodnění (viz. graf 1), postoje sester a přístup k pacientům s tělesným znevýhodněním (graf 2) a znalost rizik u pacientů s tělesným znevýhodněním (graf 3).

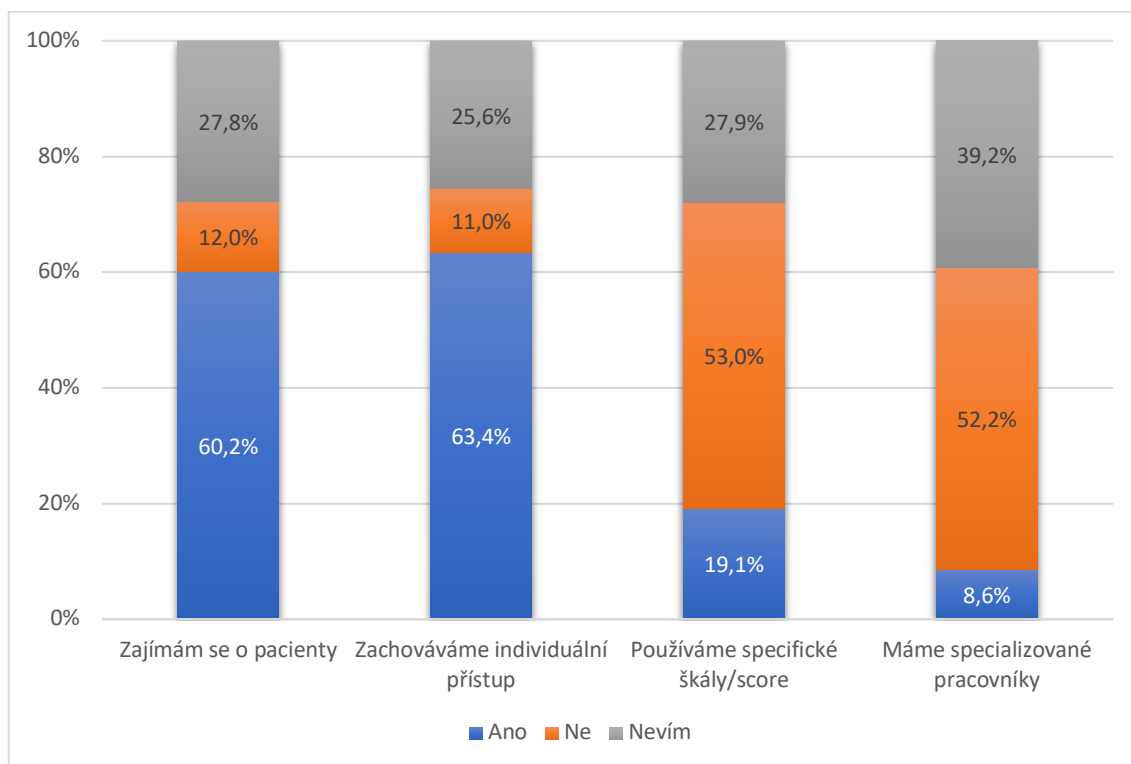
Graf 1 Vnímání pojmu tělesné znevýhodnění sestrami z klinické praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 1 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „vnímání pojmu tělesné znevýhodnění sestrami z klinické praxe“. Respondenti definují tělesné znevýhodnění v 6,9 % (n= 83) jako abnormalitu omezující běžný život; 27,2 % (n= 326) jako jakékoliv omezení pohybu pacienta; 12,1 % (n= 145) jako formu postižení; 19,2 % (n= 230) jako přítomnost parézy nebo plegie; 9,1 % (n= 109) jako náročnější péči o pacienta při hospitalizaci, 15 % (n= 180) si pod pojmem tělesného znevýhodnění nepředstaví nic a v 10,5 % (n= 127) neví.

Graf 2 Přístup a postoj sester k pacientům s tělesným znevýhodněním



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 2 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „přístup a postoj sester k pacientům s tělesným znevýhodněním“. Tato kategorie obsahuje čtyři hodnocené oblasti – zájem o pacienty, individuální přístup, používání specifických nástrojů a přítomnost specializovaných pracovníků na pracovišti.

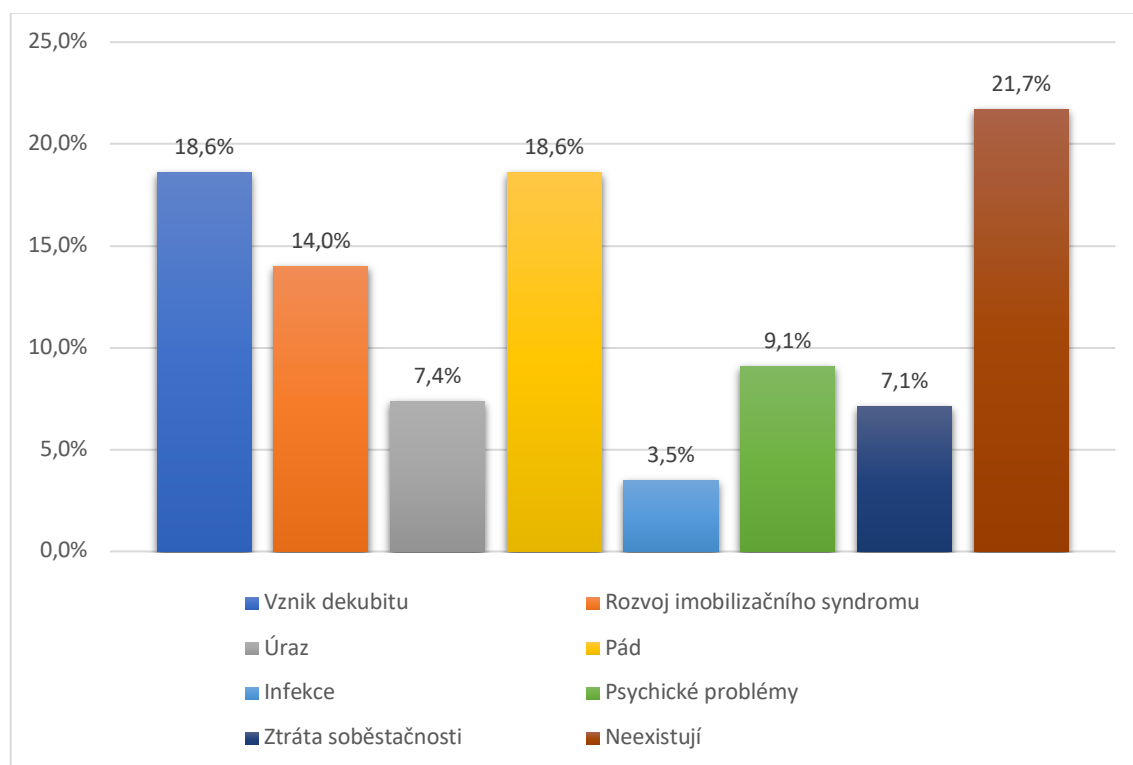
Z podkategorie zájem o pacienty uvedlo 60,2 % (n= 722) respondentů, že se o pacienty s tělesným znevýhodněním aktivně zajímá; 12 % (n= 144) respondentů se o pacienty s tělesným znevýhodněním nezajímá a 27,8 % (n= 334) respondentů neví.

Z podkategorie individuálního přístupu uvedlo 63,4 % (n= 761) respondentů, že zachovávají individuální přístup u pacientů s tělesným znevýhodněním; 11 % (n= 132) respondentů nezachovává individuální přístup u pacientů s tělesným znevýhodněním a 25,6 % (n= 307) respondentů neví.

Z podkategorie používání specifických nástrojů uvedlo 19,1 % (n= 229) respondentů, že používají specifické hodnotící a měřící nástroje pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním; 53,0 % (n= 636) respondentů, že nepoužívají hodnotící a měřící nástroje pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním a 27,9 % (n= 335) respondentů neví.

Z podkategorie přítomnost specializovaných pracovníků na pracovišti uvedlo 8,6 % (n= 103) respondentů, že mají k dispozici na svém pracovišti odborníky na problematiku tělesného znevýhodnění; 52,2 % (n= 627) respondentů, že nemají k dispozici na svém pracovišti odborníky na problematiku tělesného znevýhodnění a 39,2 % (n= 470) respondentů neví.

Graf 3 Znalost rizik u pacientů s tělesným znevýhodněním



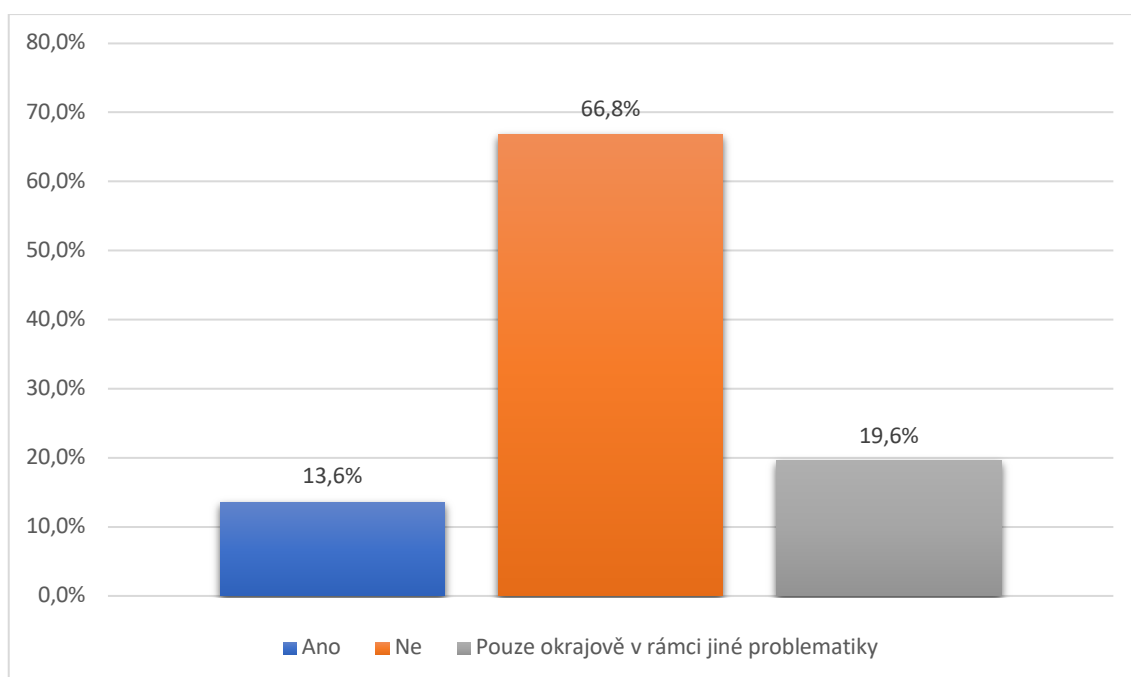
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 3 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „znalost rizik u pacientů s tělesným znevýhodněním“. Pro tuto oblast bylo umožněno volit z více možných odpovědí, a proto evidujeme celkem 1723 odpovědí. Respondenti evidují i pacientů s tělesným znevýhodněním riziko vzniku dekubitu v 18,6 % (n= 320); riziko rozvoje imobilizačního syndromu ve 14 % (n= 242); riziko úrazu v 7,4 % (n= 128); riziko pádu v 18,6 % (n= 320); riziko rozvoje infekce v 3,5 % (n= 60); riziko vzniku psychickým problémů související se zdravotním stavem 9,1 % (n= 157); riziko ztráty soběstačnosti a vzniku částečné či úplné závislosti na další osobě 7,1 % (n= 122) nebo neevidují žádná potenciální rizika u pacientů s tělesným znevýhodněním 21,7 % (n= 374)

8.2.2 Edukace ošetrovatelského personálu o problematice tělesného znevýhodnění

V rámci poskytování ošetrovatelské péče jsme se zaměřili na edukaci ošetrovatelského personálu. Tato část se zaměřovala na absolvování edukačního programu či školení (viz. graf 4) druh edukace (viz. graf 5), frekvenci (viz. graf 6), subjektivní hodnocení pocitu dostatku informací o této problematice (viz. graf 7) a přenos informací o návaznosti léčby pacientům (viz. graf 8).

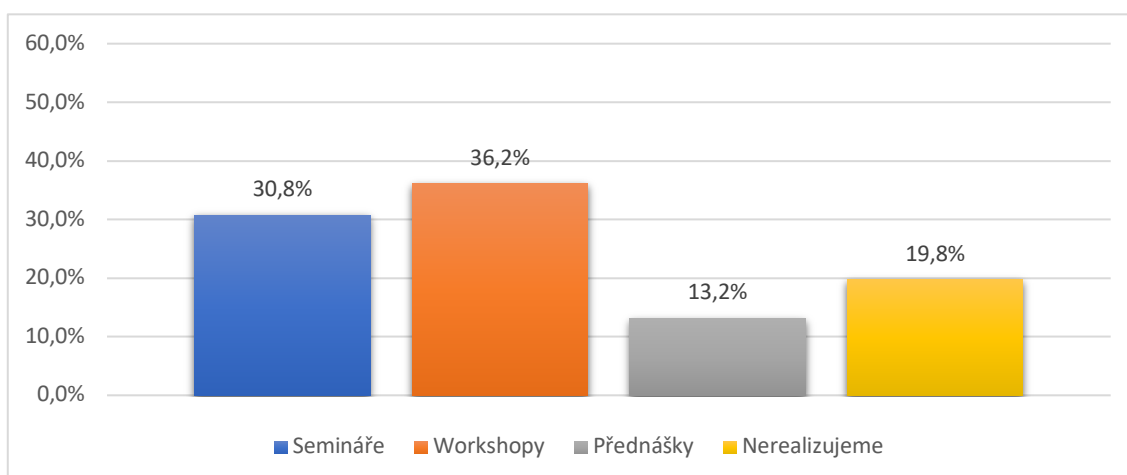
Graf 4 Absolvování edukačního programu či školení o problematice tělesného znevýhodnění



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 4 uvádí relativní hodnoty sledované oblasti „Absolvování edukačního programu či školení o problematice tělesného znevýhodnění“. Z celkového počtu 1200 respondentů uvádí 13,6 % (n= 163), že absolvovali školení či edukační program zaměřující se na problematiku tělesného znevýhodnění a 19,6 % (n= 235) absolvovali jiné školení, přednášku či edukační kurz, ve kterém se problematikou tělesného znevýhodnění okrajově zabývali. Nejpočetnější skupinu, 66,8 % (n= 802) tvoří respondenti, kteří neabsolvovali žádné školení, přednášku nebo kurz, ve kterém by byla problematika řešena alespoň částečně.

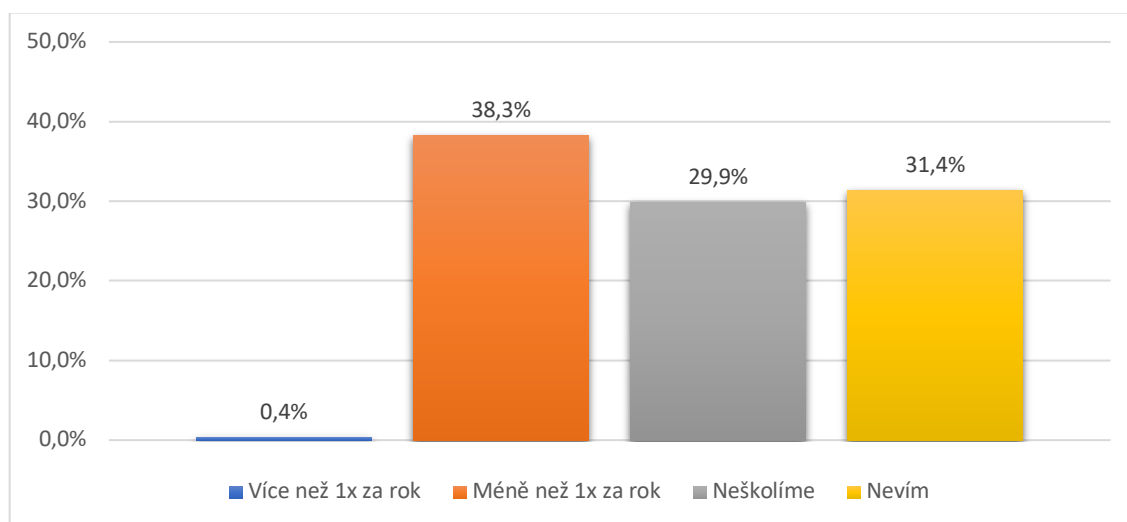
Graf 5 Druh školení nebo edukace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 5 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „druh školení či edukačního programu, které nabízí aktuální zaměstnavatel“. Z celkového počtu 1200 odpovědí uvedlo 30,8 % (n= 370) respondentů, že mají možnost absolvovat v jejich zařízení semináře; 36,2 % (n= 434) respondentů, že mají možnost absolvovat praktické workshopy a 13,2 % (n= 158) respondentů má možnost absolvovat odborné přednášky. Na tuto otázku neodpovědělo 19,8 % (n= 238)

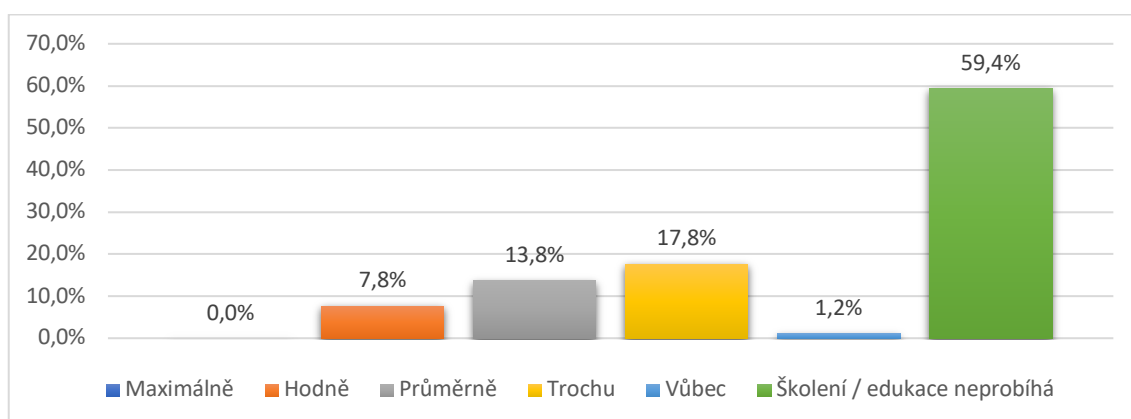
Graf 6 Frekvence edukace respondentů o problematice tělesného znevýhodnění



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 6 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „frekvence edukace respondentů o problematice tělesného znevýhodnění“. Z celkového počtu 1200 odpovědí uvedlo, že v 0,4 % (n= 5) případech jsou edukováni více než 1x za rok a ve 38,3 % (n= 460) případech jsou edukováni méně než jedenkrát za rok. Respondenti dále uvádí, že v 29,9 % (n= 359) neprobíhá edukace vůbec a ve 31,4 % (n= 377) neví, zdali edukace probíhá nebo nikoliv.

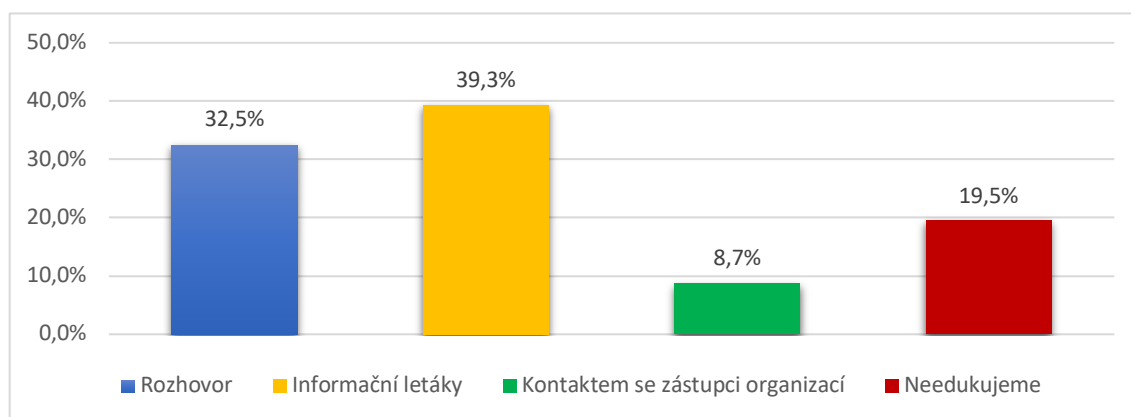
Graf 7 Subjektivní hodnocení dostatku informací po absolvování edukace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 7 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „subjektivní hodnocení dostatku informací po absolvování edukačního kurzu nebo jiného školení“. Z celkového počtu 1200 odpovědí respondenti reflektují, že v 7,8 % (n= 94) případech jsou hodně spokojeni a mají subjektivní pocit dostatku informací; v 13,8 % (n= 165) případech jsou průměrně spokojeni; v 17,8 % (n= 214) případech jsou trochu spokojeni a mají subjektivní pocit nedostatku informací; v 1,2 % (n= 14) případech nejsou spokojeni a mají subjektivní pocit nedostatku informací. Respondenti dále reflektují, že v 59,4 % (n= 713) případech edukace či školení vůbec neprobíhá.

Graf 8 Přenos informací o navazující péči pacientům s tělesným znevýhodněním



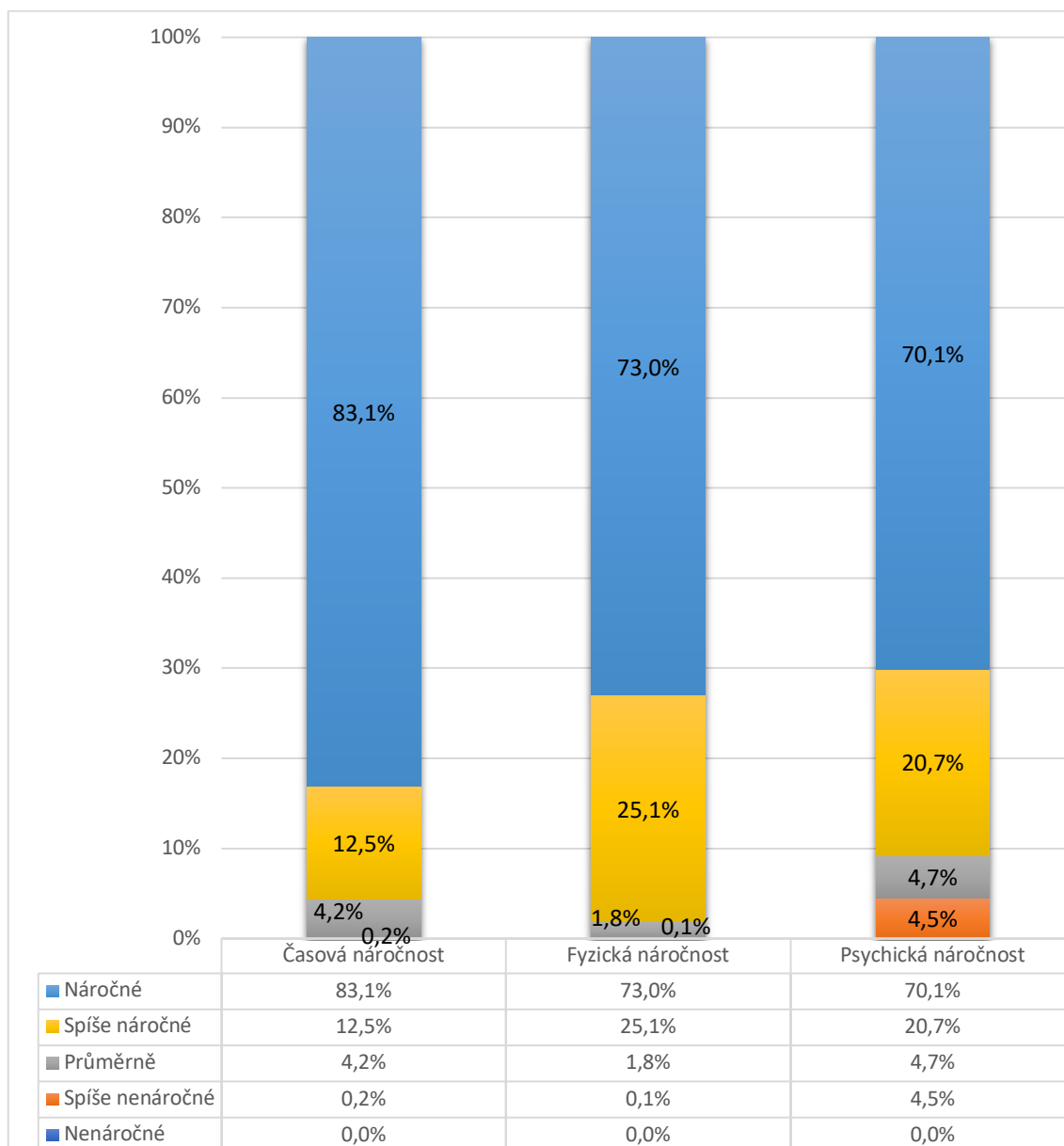
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 8 uvádí subjektivní hodnoty sledované proměnné „způsob přenosu informací o navazující péči pacientům s tělesným znevýhodněním. Pro tuto oblast bylo umožněno vybírat z více odpovědí, a proto evidujeme 1747 odpovědí. Respondenti reflektují, že ve 32,5 % (n= 568) případech informují pacienty rozhovorem; ve 39,3 % (n= 686) informačními letáky; v 8,7 % (n= 152) osobním kontaktem se zástupci organizace a v 19,5 % (n= 341) pacienty vůbec neinformují.

8.2.3 Náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním

V souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče byl analyzován subjektivní pohled sester na náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním. Pro tyto účely jsme se zaměřili na fyzickou, psychickou a časovou náročnost (viz. graf 9).

Graf 9 Náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 9 reflektuje relativní hodnoty sledované proměnné „náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním“. Tato kategorie obsahuje tři hodnocené oblasti – časovou náročnost, fyzickou náročnost a psychickou náročnost.

Respondenti považují péči o pacienty s tělesným znevýhodněním z časového horizontu za náročnou v 83,1 % (n= 997); spíše náročnou ve 12,5 % (n= 150); průměrnou ve 4,2 % (n= 50) a spíše nenáročnou v 0,2 % (n= 3). Z pohledu fyzické náročnosti považují respondenti péči za náročnou v 73 % (n= 876); spíše náročnou ve 25,1 % (n= 301); průměrnou v 1,8 % (n= 22) a spíše nenáročnou v 0,1 % (n= 1). Z pohledu psychické náročnosti považují respondenti péči za náročnou v 70,1 % (n= 842); spíše náročnou ve 20,7 % (n= 248); průměrně náročnou ve 4,7 % (n= 56) a spíše nenáročnou ve 4,5 (n= 54).

8.2.4 Poskytovaná péče pacientům s tělesným znevýhodněním

Mapování poskytované péče u pacientů s tělesným znevýhodněním se zaměřovalo na specifické oblasti a četnost jejich uspokojení. Pro účely zpracování naší studie jsme vycházely z teoretických poznatků o problematice tělesného znevýhodnění, preventabilních faktorech a obecných doménách, na které je ošetrovatelská péče cílena. Celkem bylo identifikováno 11 domén, ve kterých sestry v klinické praxi poskytují péči v různé intenzitě (viz. tabulka 8). Důvody poskytování péče ve vybraných oblastech jsou graficky znázorněny pro oblasti manipulace v lůžku (viz. graf 10), sebeobslužných činností (viz. graf 11), doprovodu (viz graf 12), motivace (viz. graf 13), edukace (viz. graf 14), aktivizace (viz. graf 15), prevence dekubitů (viz. graf 16), nácviku denních činností (viz. graf 17), výživy (viz. graf 18), sexuality (viz. graf 19) a spirituality (viz. graf 20).

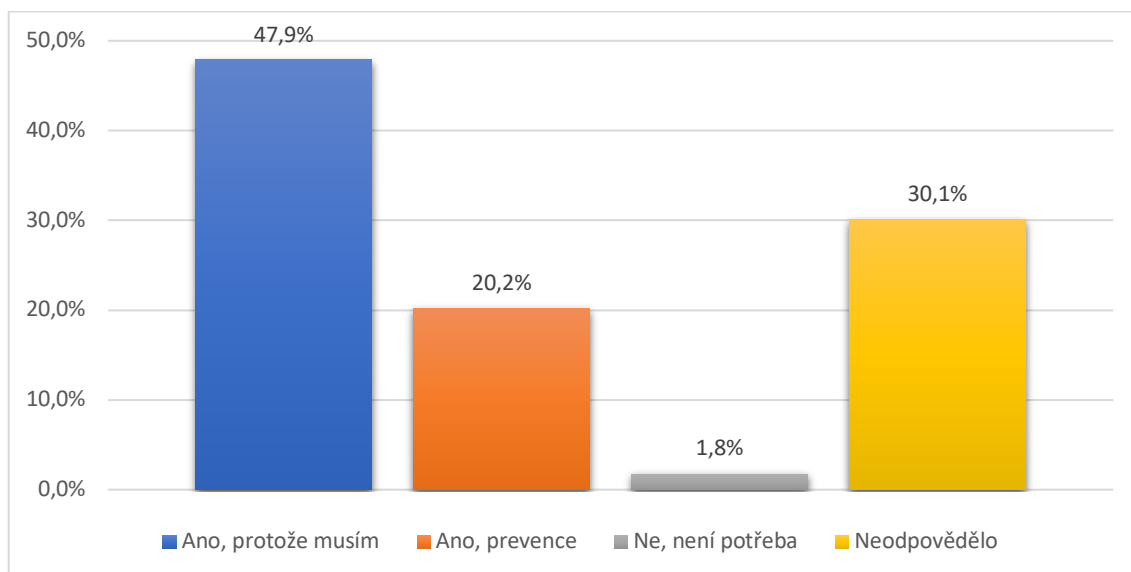
Tabulka 8 Přehled hodnocených oblastí v rámci poskytování ošetrovatelské péče

Oblast poskytované péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Manipulace v lůžku	812	12,6 %
Sebeobslužné činnosti	805	12,5 %
Doprovod	773	12 %
Motivace	885	13,9 %
Edukace	808	12,6 %
Aktivizace	778	12,1 %
Prevence dekubitů	995	15,5 %
Nácvik denních činností	277	4,3 %
Výživa	199	3,1 %
Sexualita	33	0,5 %
Spiritualita	61	0,9 %
Celkem	6427	100 %

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 8 uvádí absolutní i relativní hodnoty sledované proměnné „hodnocené oblasti v rámci poskytované péče pacientům s tělesným znevýhodněním“. Protože mohli respondenti vybírat v této otázce více domén, celkem bylo zaznamenáno 6427 odpovědí. Respondenti poskytují ošetrovatelskou péči v 12,6 % (n= 812) pro oblast manipulace v lůžku; ve 12,5 % (n= 805) pro oblast sebeobslužných činností; ve 12 % (n= 773) pro oblast doprovodu; ve 13,9 % (n= 885) pro oblast motivace; ve 12,6 % (n= 808) pro oblast edukace; ve 12,1 % (n= 778) pro oblast aktivizace; v 15,5 % (n= 995) pro oblast prevence dekubitů; ve 4,3 % (n= 277) pro oblast nácviku denních činností; ve 3,1 % (n= 199) pro oblast výživy; v 0,5 % (n= 33) pro oblast sexuality a v 0,9 % (n= 61) pro oblast spirituality.

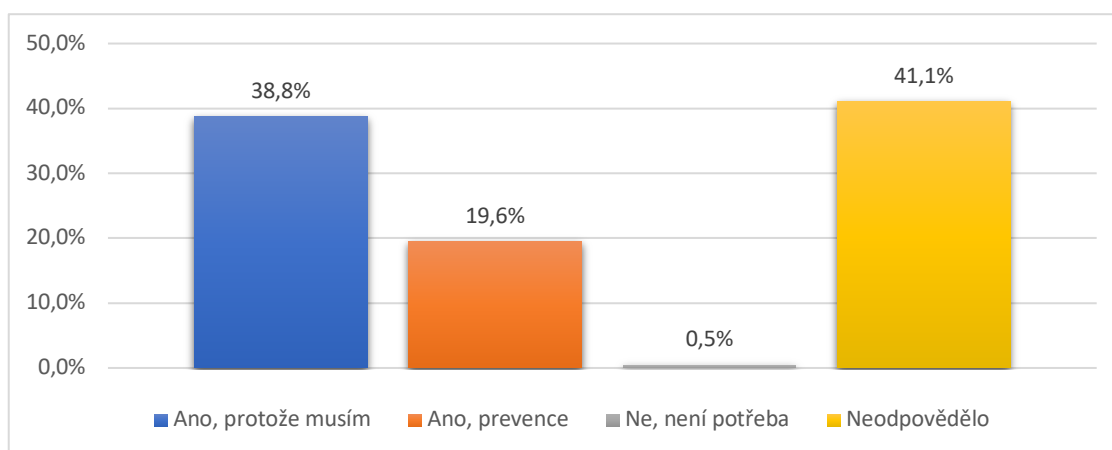
Graf 10 Důvody poskytování péče v oblasti manipulace v lůžku



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 10 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti manipulace v lůžku“. Respondenti nejčastěji poskytují péči v oblasti manipulace v lůžku, protože se ve 47,9 % (n= 576) domnívají, že musí, nebo tuto oblast ve 20,2 % (n= 242) považují za prevenci. Respondenti, kteří neposkytují péči v oblasti manipulace v lůžku se v 1,8 % (n= 21) domnívají, že to není potřeba. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 30,1 % (n= 361) respondentů.

Graf 11 Důvody poskytování péče v oblasti sebeobslužných činností

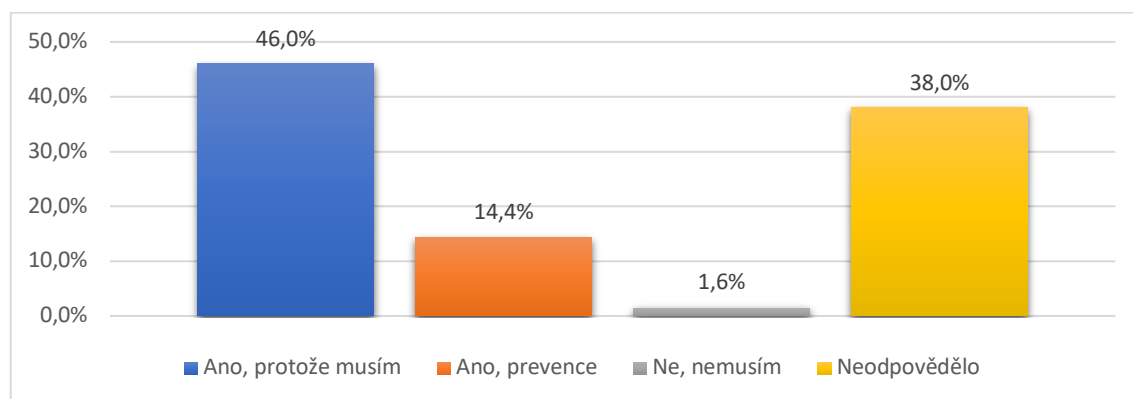


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 11 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti sebeobslužných činností“. Respondenti poskytují péči v oblasti sebeobslužných činností, protože se ve

38,8 % (n= 466) domnívají, že musí nebo tuto oblast považují v 19,6 % (n= 235) za prevenci. Respondenti, kteří neposkytují péči v oblasti sebeobslužných činností se v 0,5 % (n= 6) domnívají, že to není potřeba. Celkem neodpovědělo 41,1 % (n= 493) respondentů.

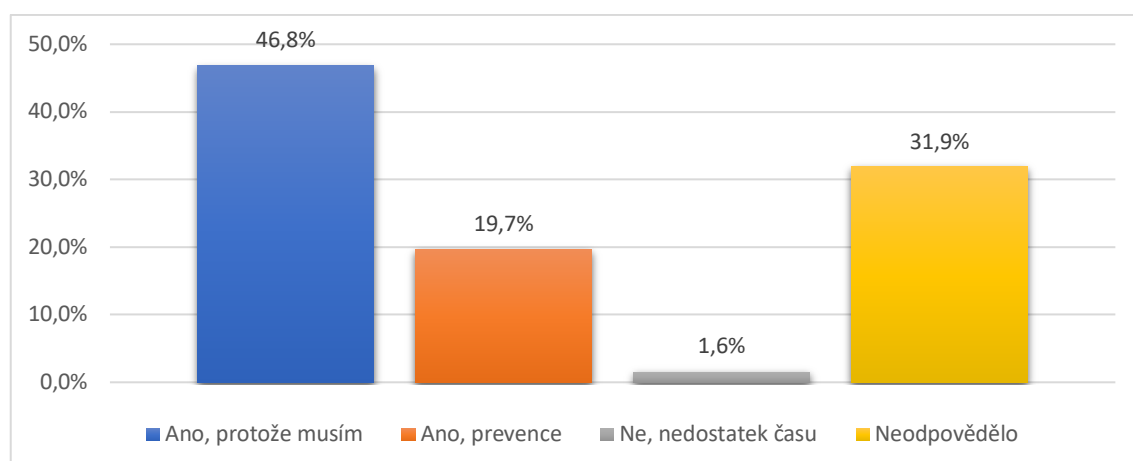
Graf 12 Důvody poskytování péče v oblasti doprovodu



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 12 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti doprovodu“. Respondenti se ve 46 % (n= 552) shodují, že poskytují péči o oblasti doprovodu, protože se domnívají, že musí. Dále ve 14,4 % (n= 173) uvádí, že poskytování péče v této oblasti považují za prevenci pádu a jiných úrazů. Zápornou odpověď uvedlo 1,6 % (n= 20) respondentů, kteří neposkytují péči v oblasti doprovodu, protože se domnívají, že nemusí. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 38 % (n=455) respondentů.

Graf 13 Důvody poskytování péče v oblasti motivace

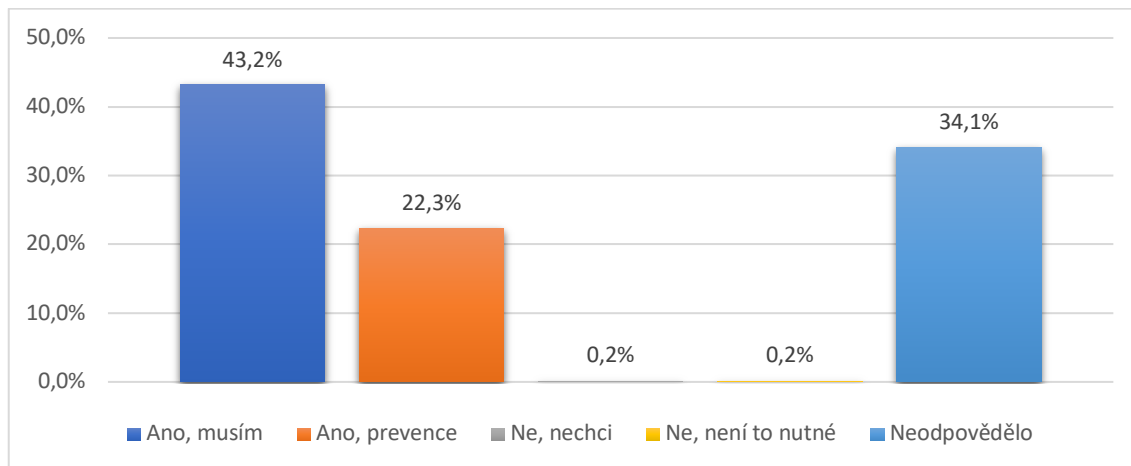


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 13 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „Důvody poskytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti motivace“. Respondenti reflektují, že ve

46,8 % (n= 562) případů se domnívají, že musí a v 19,7 % (n= 236) případů považují oblast motivace za prevenci rozvoje dalších komplikací. Dále respondenti uvádí, že v 1,6 % (n= 20) případů nemotivují pacienty vůbec, protože nemají čas. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 31,9 % (n= 382).

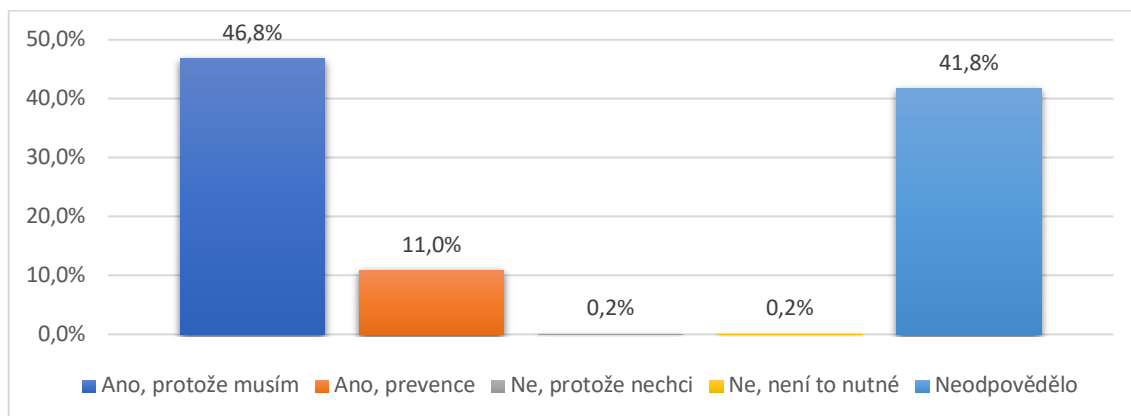
Graf 14 Důvody poskytování péče v oblasti edukace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 14 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti edukace“. Respondenti reflektují, že ve 43,2 % (n= 518) případů se domnívají, že musí a ve 22,3 % (n= 279) považují edukování pacientů za prevenci rozvoje komplikací. Dále respondenti uvádí, že v 0,2 % (n= 3) edukovat pacienty nechťejí a v 0,2 % (n= 3) oblast edukace nepovažují za důležitou. Na otázku neodpovědělo celkem 34,1 % (n= 397) respondentů.

Graf 15 Důvody poskytování péče v oblasti aktivizace

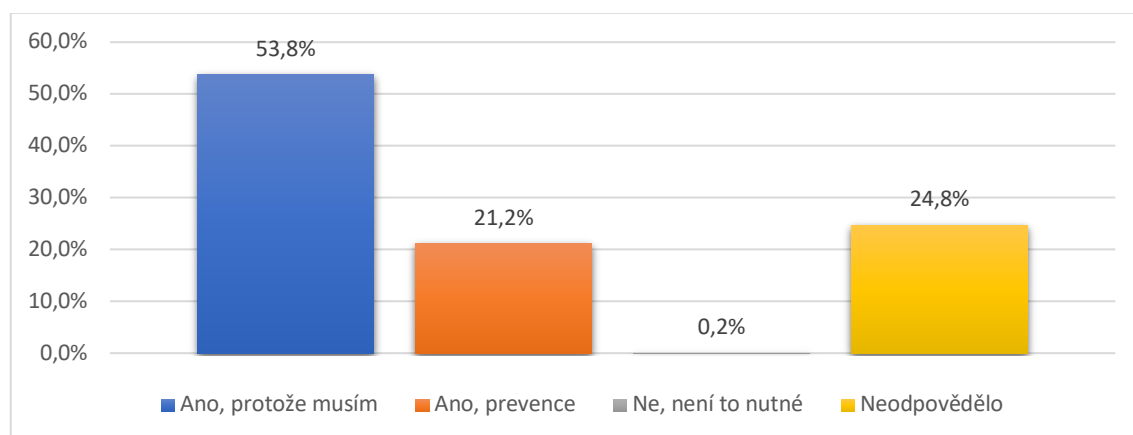


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 15 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti aktivizace“.

Respondenti uvádí, že ve 46,8 % (n= 562) se domnívají, že musí a v 11 % (n= 132) považují oblast aktivizace za prevenci rozvoje komplikací. Dále uvádí 0,2 % (n= 3) respondentů, že aktivizaci neposkytují, protože nechtějí a v 0,2 % (n= 3) respondentů tuto oblast nepovažují za důležitou. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 41,8 % (n= 500) respondentů.

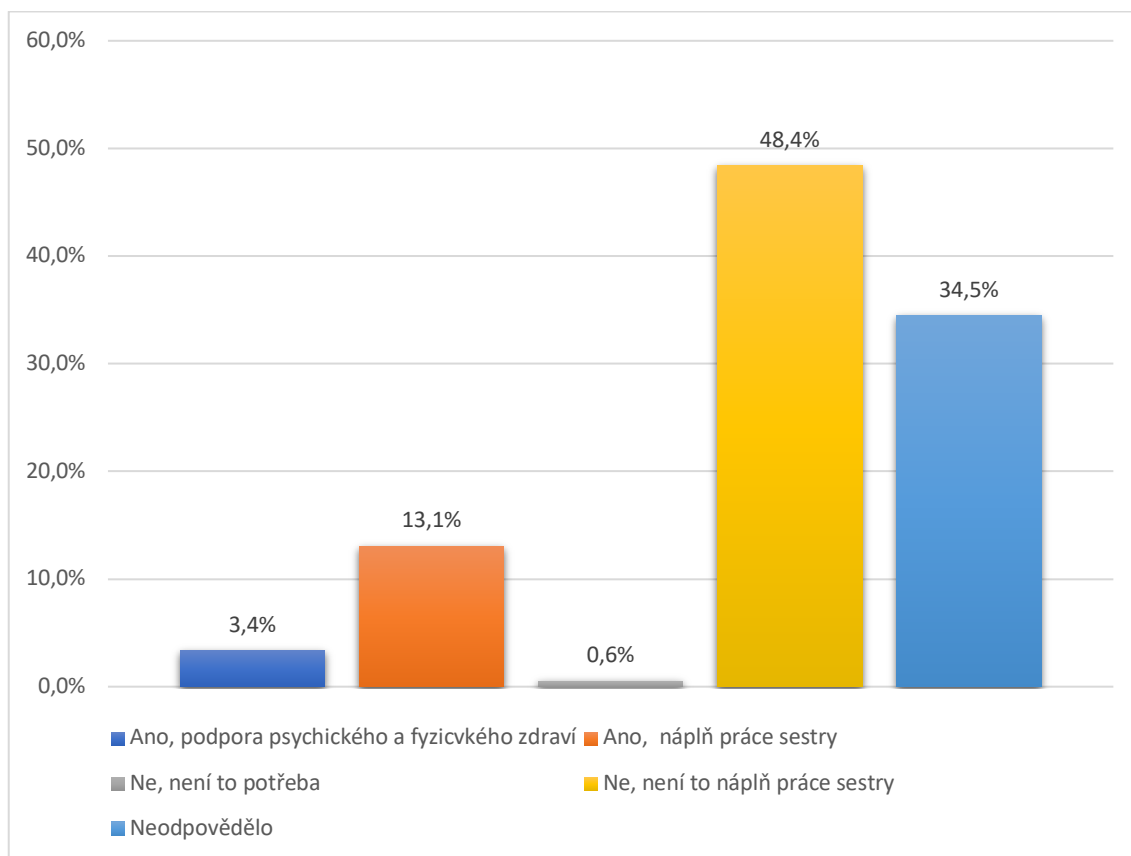
Graf 16 Důvody poskytování péče v oblasti prevence dekubitů



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 16 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti prevence dekubitů“. Respondenti reflektují, že v 53,8 % (n= 646) případů se domnívají, že musí a ve 21,2 % (n= 254) případů považují tuto oblast za prevenci rozvoje komplikací. Dále uvádí 0,2 % (n= 3) respondentů, že nepovažují prevenci dekubitů za nutnou. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 24,8 % (n= 297) respondentů.

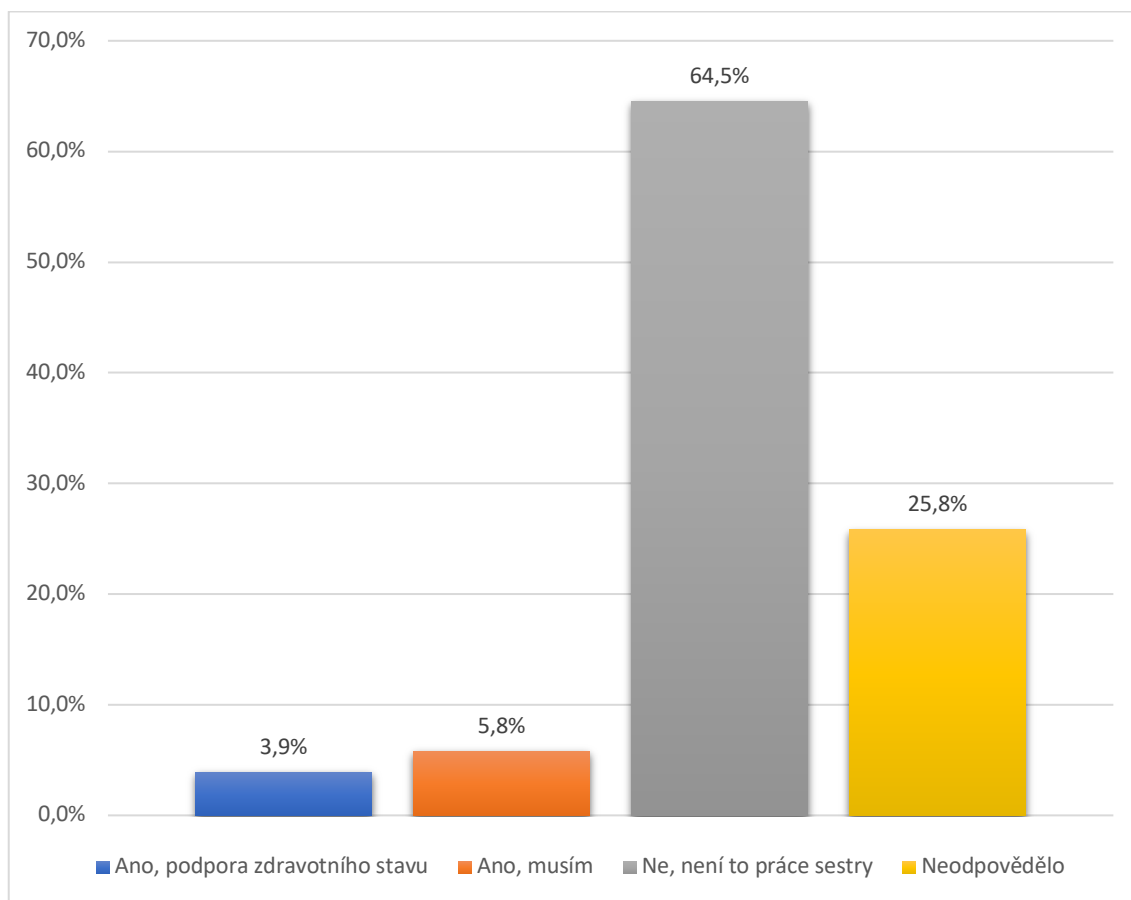
Graf 17 Důvody poskytování péče v oblasti nácviku denních aktivit



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 17 uvádí relativní četnost sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti nácviku denních činností“. Respondenti reflektují, že ve 3,4 % (n= 41) případů poskytují péči z důvodu podpory fyzického a psychické zdraví a ve 13,1 % (n= 157) případů ji považují za svou pracovní náplň. Respondenti, kteří neposkytují péči v oblasti nácviku denních činností se v 0,6 % (n= 8) případů domnívají, že to není potřeba a ve 48,4 % (n= 581), že to není pracovní náplň jejich profese. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 34,5 % (n= 413) respondentů.

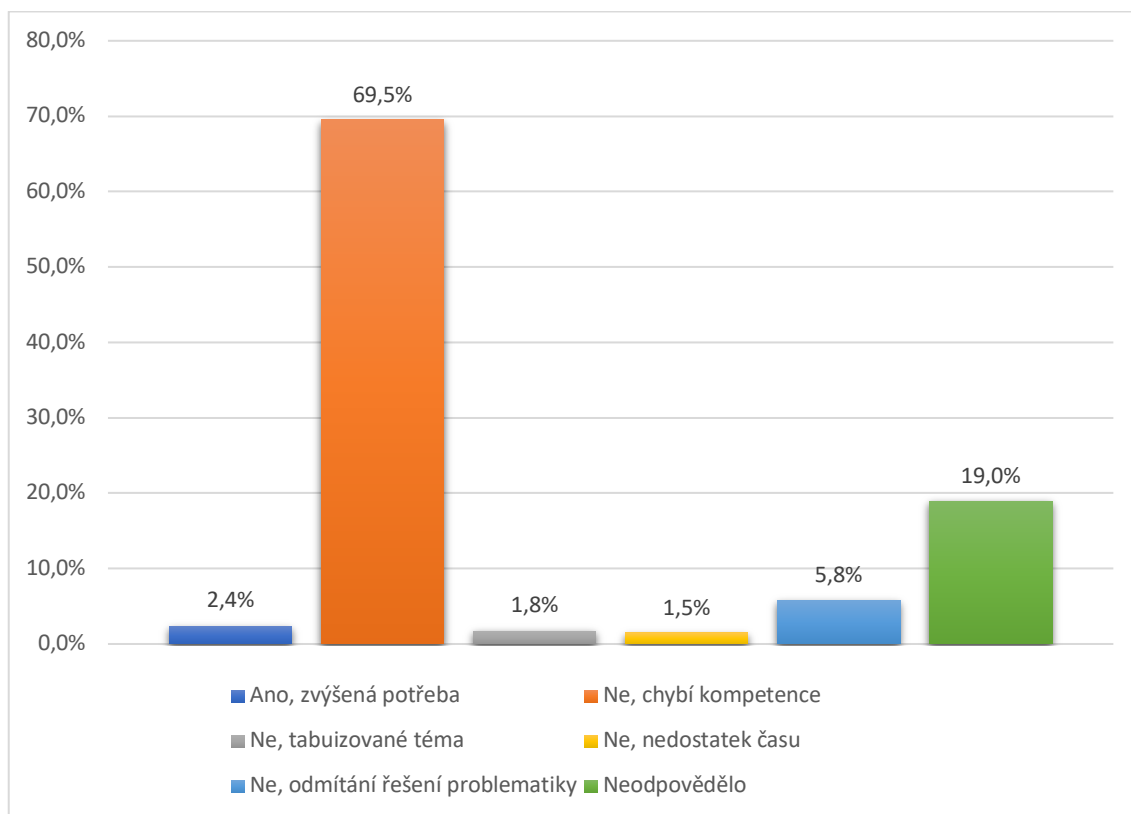
Graf 18 Důvody poskytování péče v oblasti výživy



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 18 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti výživy“. Respondenti poskytují péči v oblasti výživy nejčastěji ve 3,9 % (n= 47) z důvodu podpory zdravotního stavu, a v 5,8 % (n= 69), protože to považují za pracovní náplň sesterské profese. Respondenti, kteří neposkytují péči v oblasti výživy se v 64,5 % (n= 774) domnívají, že by hodnocení i řešení této domény měl zajišťovat jiný odborník, např. nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 25,8 % (n= 310) respondentů.

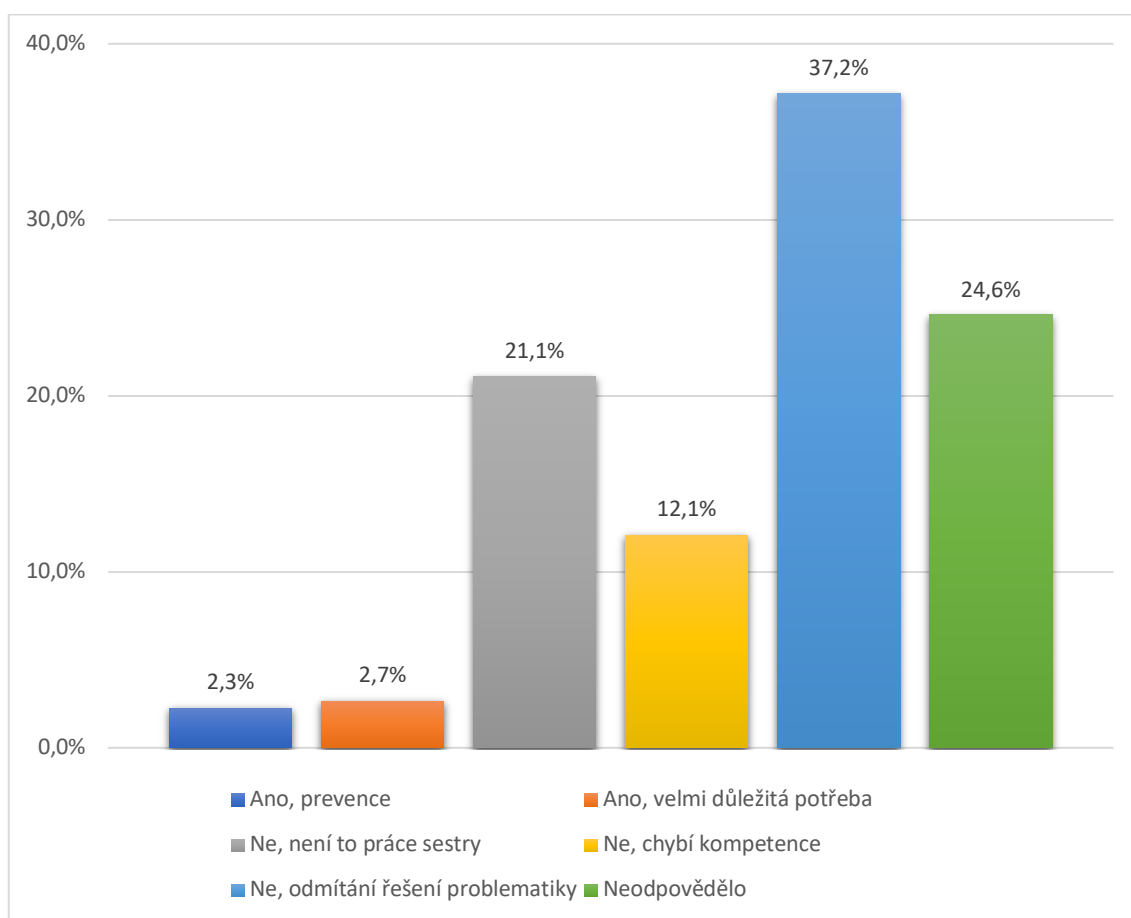
Graf 19 Důvody poskytování péče v oblasti sexuality



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 19 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče pacientům s tělesným znevýhodněním v oblasti sexuality“. Respondenti považují ve 2,4 % (n= 29) téma sexuality za velmi potřebné ke stanovení intervencí. Dále se v 69,5 % (n= 834) domnívají, že nemají potřebné kompetence; v 1,8 % (n= 22) je téma stále tabuizované; v 1,5 % (n= 18) nemají na řešení této domény dostatek časových rezerv a v 5,8 % (n= 69) řešení této problematiky odmítají. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 19 % (n= 228).

Graf 20 Důvody poskytování péče v oblasti spirituality



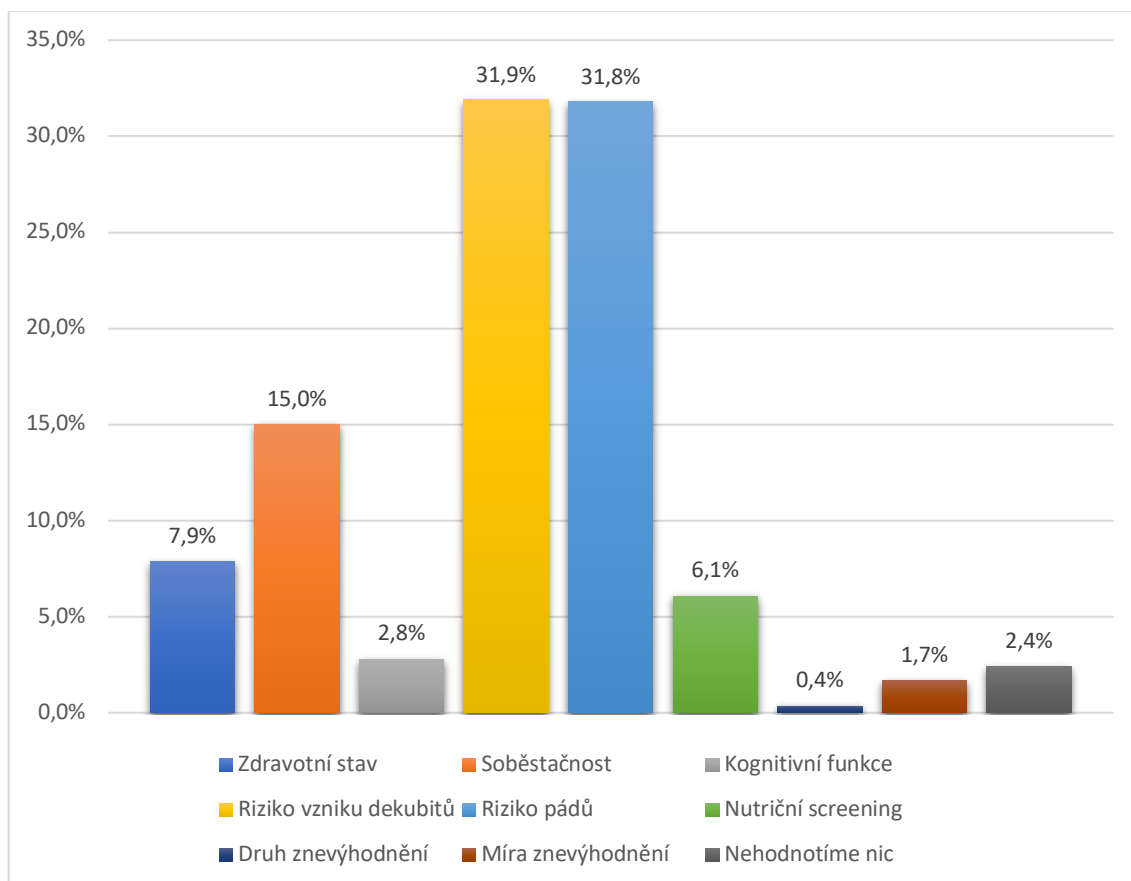
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 20 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody poskytování / neposkytování péče u pacientů s tělesným znevýhodněním v oblasti spirituality“. Spiritualita je ve 2,3 % (n= 28) případů považována za vhodnou prevenci rozvoje komplikací a 2,7 % (n= 32) respondentů ji hodnotí jako velmi důležitou. Dále uvádí, že 21,1 % (n= 253) respondentů se domnívá, že poskytování této oblasti není v pracovní náplni sestry; 12,1 % (n= 145) respondentů se domnívá, že nemají potřebné kompetence a 37,2 % (n= 447) respondentů odmítá tuto problematiku, jakkoliv řešit. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 24,6 % (n= 295) respondentů.

8.2.5 Hodnocení vybraných oblastí u pacientů s tělesným znevýhodněním

Výsledky naší studie poukazují na aktivní vyhledávání potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním. Všechny hodnocené aspekty byly kategorizovány do devíti domén (viz. graf 21). Pro každou kategorii byla sledována míra spokojenosti respondentů s realizovaným hodnocením (viz. graf 22).

Graf 21 Hodnocené domény u pacientů s tělesným znevýhodněním v klinické praxi



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 21 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „hodnocené domény u pacientů s tělesným znevýhodněním v klinické praxi“. Pro tuto oblast bylo umožněno vybírání z více možných odpovědí, a proto evidujeme celkem 3454 odpovědí. Respondenti reflektují, že ve 7,9 % (n= 274) případů hodnotí zdravotní stav; ve 15 % (n= 518) soběstačnost, v 2,8 % (n= 97) kognitivní funkce, v 31,9 % (n= 1102) riziko vzniku dekubitů, 31,8 % (n= 1097) riziko pádů, v 6,1 % (n= 209) nutriční screening, v 0,4 % (n= 13) druh znevýhodnění a v 1,7 % (n= 60) míru znevýhodnění. Dále uvádí, že 2,4 % (n= 84) respondentů nehodnotí u pacientů s tělesným znevýhodněním žádnou doménu ani aktivně nevyhledávají specifické potřeby.

Graf 22 Míra spokojenosti s prováděným hodnocením



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 22 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „míra spokojenosti s aktuálně prováděným hodnocením v klinické praxi. Výsledky byly kategorizovány do devíti kategorií (zdravotní stav, soběstačnost, kognitivní funkce, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu, nutriční screening, druh znevýhodnění, míra znevýhodnění, nerealizuje se) s možnostmi odpovědí maximálně, hodně, průměrně, trochu a vůbec.

Respondenti reflektují, že s hodnocením zdravotního stavu u pacientů s tělesným znevýhodněním jsou spokojeni ve 2,4 % (m= 29) maximálně; v 39,1 % (n= 469) hodně; ve 20 % (n= 240) průměrně; v 33,1 % (n= 397) trochu a v 5,4 % (n= 65) vůbec.

Dále respondenti uvádí, že s hodnocením soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním jsou spokojeni ve 3,8 % (n= 46) maximálně, ve 43,8 % (n= 526) hodně, ve 47,5 % (n= 570) průměrně, v 3,8 % (n= 46) trochu a v 1,1 % (n= 13).

Pro oblast hodnocení kognitivních funkcí u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že v 9,6 % (n= 115) případech jsou maximálně spokojeni, ve 46 (n= 552) případech jsou hodně spokojeni, v 36,9 % (n= 443) jsou spokojeni průměrně, ve 4,9 % (n= 59) případech jsou spokojeni trochu a ve 2,6 % (n= 31) nejsou spokojeni vůbec.

Pro oblast hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že v 3,8 (n= 46) případech jsou maximálně spokojeni, ve 45 % (n= 540) případech jsou spokojeni hodně, ve 43 % (n= 516) případů jsou spokojeni průměrně, v 4,8 % (n= 58) jsou spokojeni trochu a v 3,4 % (n= 41) případů nejsou spokojeni vůbec.

Pro oblast hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že ve 24,7 % (n= 296) případech jsou maximálně spokojeni, v 50,7 % (n= 608) případů jsou spokojeni hodně, ve 20,6 % (n= 247) případů jsou spokojeni průměrně, ve 2,8 % (n= 34) případů jsou spokojeni trochu a v 1,2 % (n= 14) případů nejsou spokojeni vůbec.

Pro oblast hodnocení nutričního screeningu u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že ve 24,5 % (n= 294) případech jsou spokojeni maximálně, ve 49 % (n= 588) případů jsou spokojeni hodně, ve 21,5 % (n= 258) případů jsou spokojeni průměrně, ve 3,1 % (n= 37) případů jsou spokojeni trochu a v 1,9 % (n= 23) případů nejsou spokojeni vůbec.

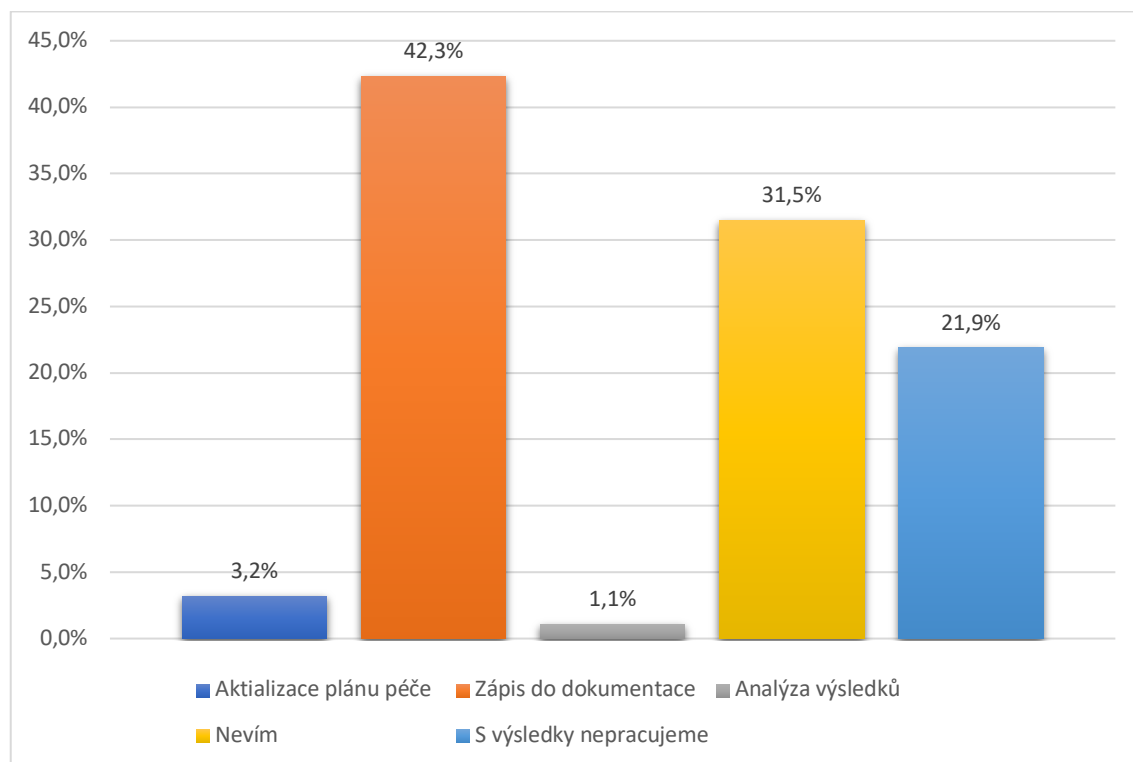
Pro oblast hodnocení druhu znevýhodnění u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že v 6,5 % (n= 78) případů jsou spokojeni maximálně, v 38,4 % (n= 461) případů jsou spokojeni hodně, v 41,9 % (n= 502) případů jsou spokojeni průměrně, v 5 % (n= 60) případů jsou spokojeni trochu a v 8,2 % (n= 98) případů nejsou spokojeni vůbec.

Pro oblast hodnocení míry znevýhodnění u pacientů s tělesným znevýhodněním respondenti uvádí, že v 0,5 % (n= 6) případů jsou spokojeni maximálně, 3 % (n= 36) případů jsou spokojeni hodně, ve 12,8 % (n= 154) případů jsou spokojeni průměrně, v 8,3 % (n= 100) případů jsou spokojeni trochu a v 75,4 % (n= 905) případů nejsou spokojeni vůbec.

Poslední kategorii tvoří 7 % (n= 84) respondentů, kteří ve své klinické praxi neprovádí žádné hodnocení u pacientů s tělesným znevýhodněním.

Naším dalším záměrem bylo zjistit, jak respondenti pracují se získanými výsledky hodnotících nástrojů (viz. graf 23), a jaký je další postup po hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním (viz. graf 24).

Graf 23 Práce s výsledky provedeného hodnocení

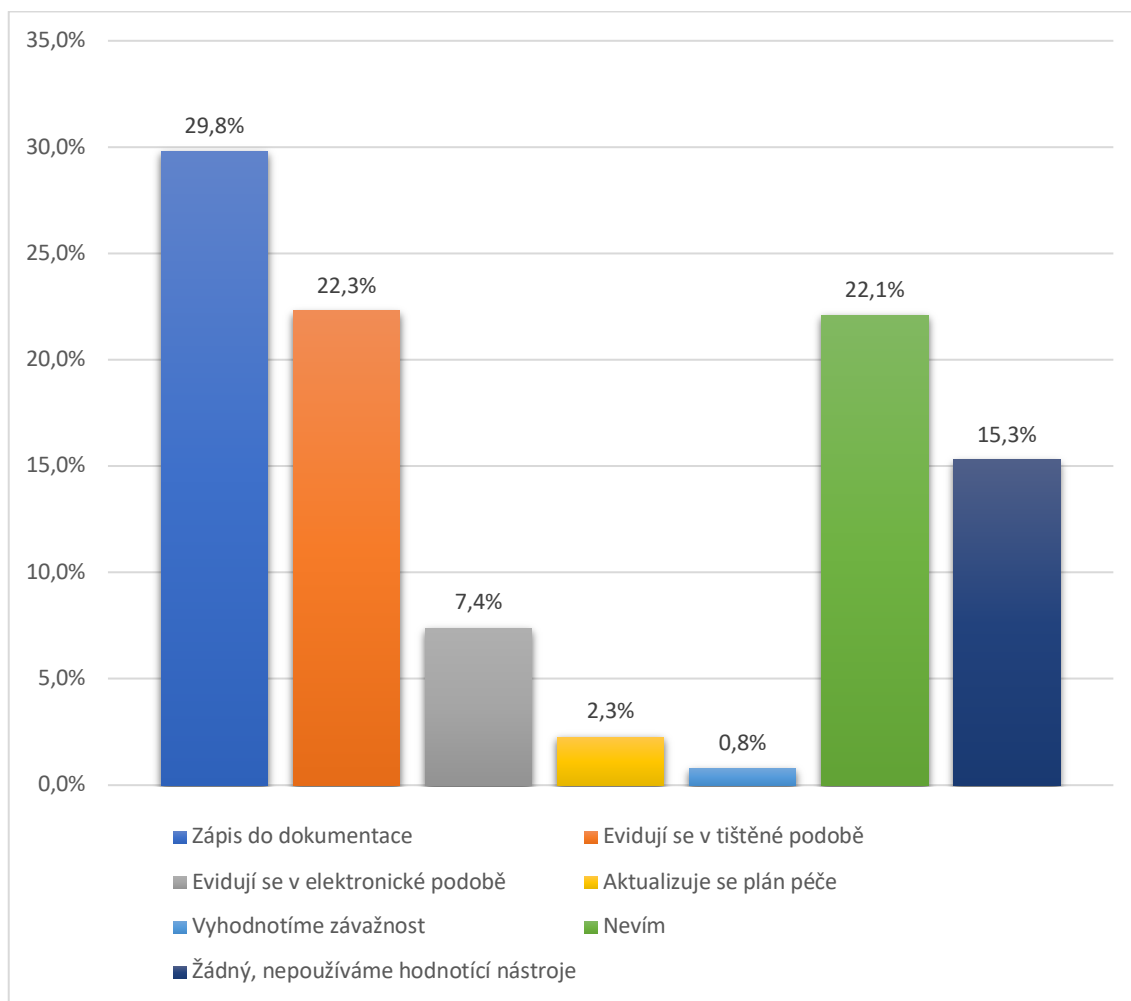


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 23 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „práce s výsledky hodnocení u pacientů s tělesným znevýhodněním“. Výsledky byly kategorizovány do pěti oblastí (aktualizace plánu péče, zápis do dokumentace, analýza výsledků, nevím a absence práce s výsledky) a celkem evidujeme 1490 odpovědí.

Respondenti z klinické praxe v 42,3 % (n= 631) případů zapisují výsledky do dokumentace a dále s nimi nepracují. Ve 3,2 % (n= 48) případů provádí aktualizaci plánu péče a v 1,1 % (n= 16) případů dochází k analýze výsledků a zkoumání vzestupného, sestupného, či konstantního trendu hodnocené proměnné. Respondenti také uvádí, že ve 31,5 % (n= 470) případů neví, jak s výsledky dále pracovat a ve 21,9 % (n= 325) případů respondenti s výsledky nepracují vůbec.

Graf 24 Postup po provedení hodnocení



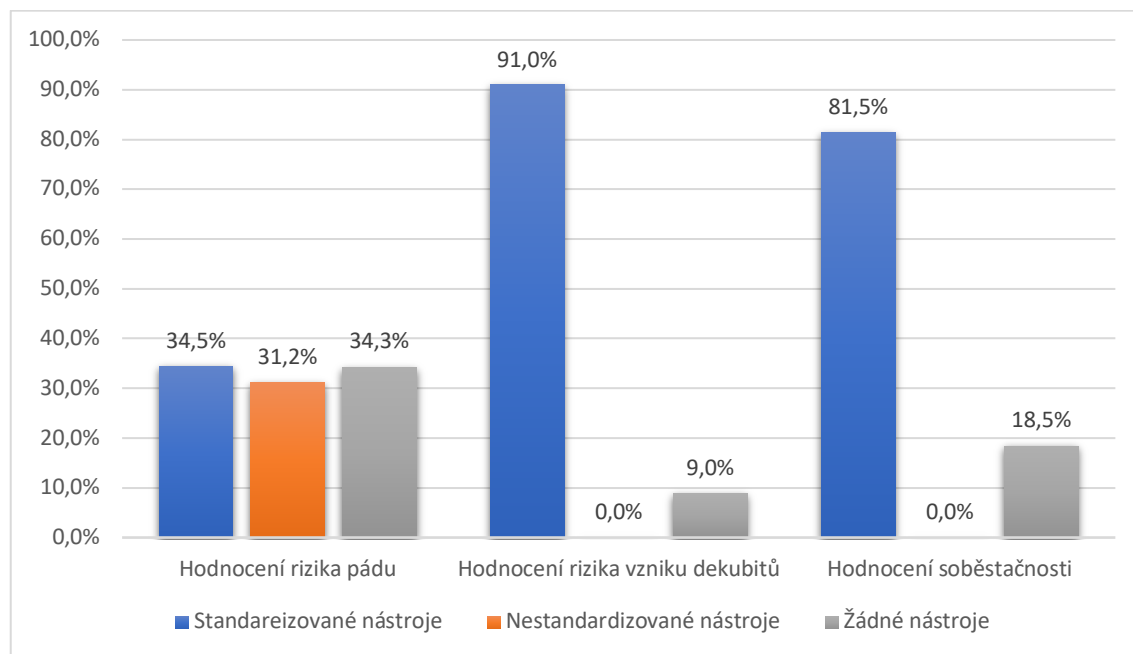
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 24 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „postup po provedení hodnocení u pacientů s tělesným znevýhodněním“. Výsledky byly kategorizovány do sedmi kategorií (zápis do dokumentace, evidence v tištěné podobě, evidence v elektronické podobě, aktualizace plánu péče, vyhodnocení závažnosti, nevím a absence hodnocení) a celkem evidujeme 2121 odpovědí.

Respondenti z klinické praxe v 29,8 % (n= 631) případů provádí zápis do dokumentace pacienta a výsledky evidují ve 22,3 % (n= 473) případech v tištěné podobě a v 7,4 % (n= 158) v elektronické podobě. Ve 2,3 % (n= 48) případů provádí na základě výsledků hodnocení aktualizaci plánu péče a v 0,8 % (n= 16) případů vyhodnocují závažnost výsledků hodnocení. Respondenti také uvádí, že v 22,1 % (n= 470) případů neví, jaký je další postup po hodnocení a ve 15,3 % (n= 325) případů hodnocení neprovádí, a proto neevidují žádný další postup.

Další oblast výzkumu se zaměřovala na využití standardizovaných a nestandardizovaných nástrojů (viz. graf 25) a využití konkrétních hodnotících nástrojů pro hodnocení rizika pádu (viz. graf 26), soběstačnosti (viz. graf 27) a hodnocení rizika vzniku dekubitů (viz. graf 28).

Graf 25 Typy využívaných nástrojů v klinické praxi



(zdroj: vlastní výzkum)

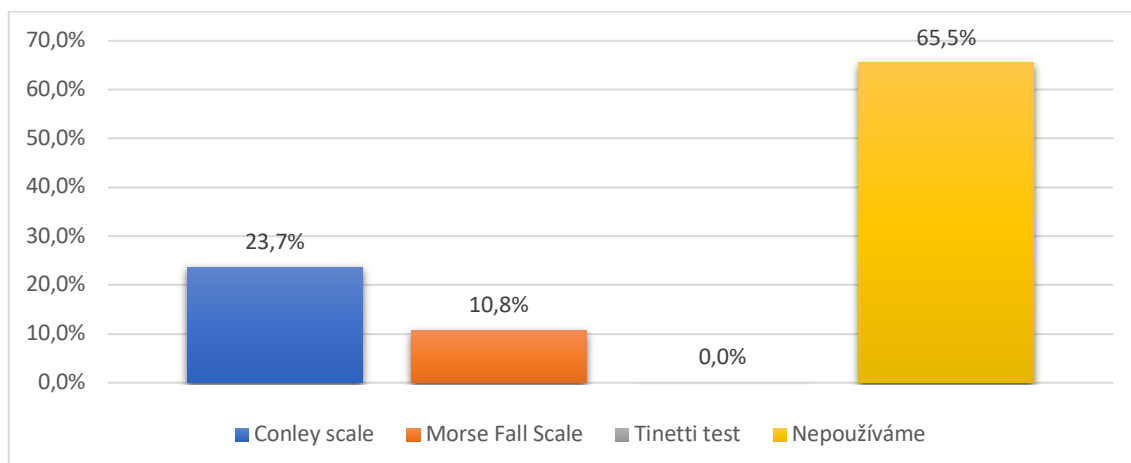
Graf 25 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „typy využívaných nástrojů v klinické praxi pro hodnocení vybraných domén u pacientů s tělesným znevýhodněním“. Výsledky byly kategorizovány do třech oblastí (hodnocení rizika pádu, hodnocení rizika vzniku dekubitů a hodnocení soběstačnosti).

Pro oblast hodnocení rizika pádu respondenti uvádí, že ve 34,5 % (n= 414) případů používají standardizované nástroje, ve 31,2 % (n= 374) případů používají nestandardizované nástroje, které jsou vytvářené přímo podle požadavků zdravotnického zařízení a ve 34,3 % (n= 412) případů nepoužívají žádné nástroje.

Pro oblast hodnocení rizika vzniku dekubitů respondenti uvádí, že v 91 % (n= 1092) případů používají standardizované nástroje a ve zbylých 9 % (n= 108) případů nepoužívají žádné nástroje.

Pro oblast hodnocení soběstačnosti respondenti uvádí, že v 81,5 % (n= 978) případů používají standardizované nástroje a ve zbylých 18,5 % (n= 222) případů nepoužívají žádné nástroje.

Graf 26 Používané standardizované nástroje pro hodnocení rizika pádu

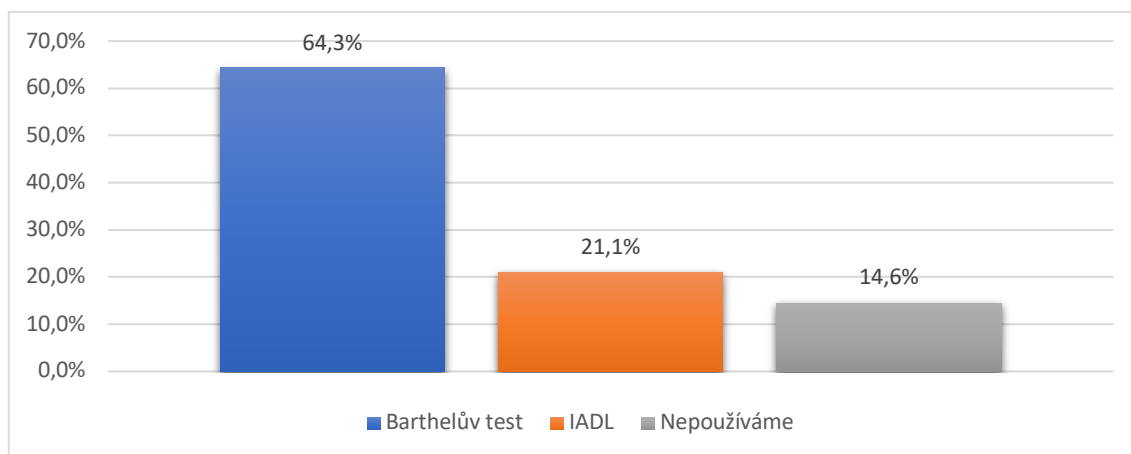


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 26 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „používaný nástroj pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním“.

V České republice se aktuálně používá 23,7 % (n= 284) respondentů hodnotící nástroj Conley scale a 10,8 % (n= 130) respondentů Morse Fall Scale. Dále uvádí, že v 65,5 % (n= 786) případech nepoužívají žádný standardizovaný nástroj pro hodnocení rizika pádu.

Graf 27 Používané standardizované nástroje pro hodnocení soběstačnosti



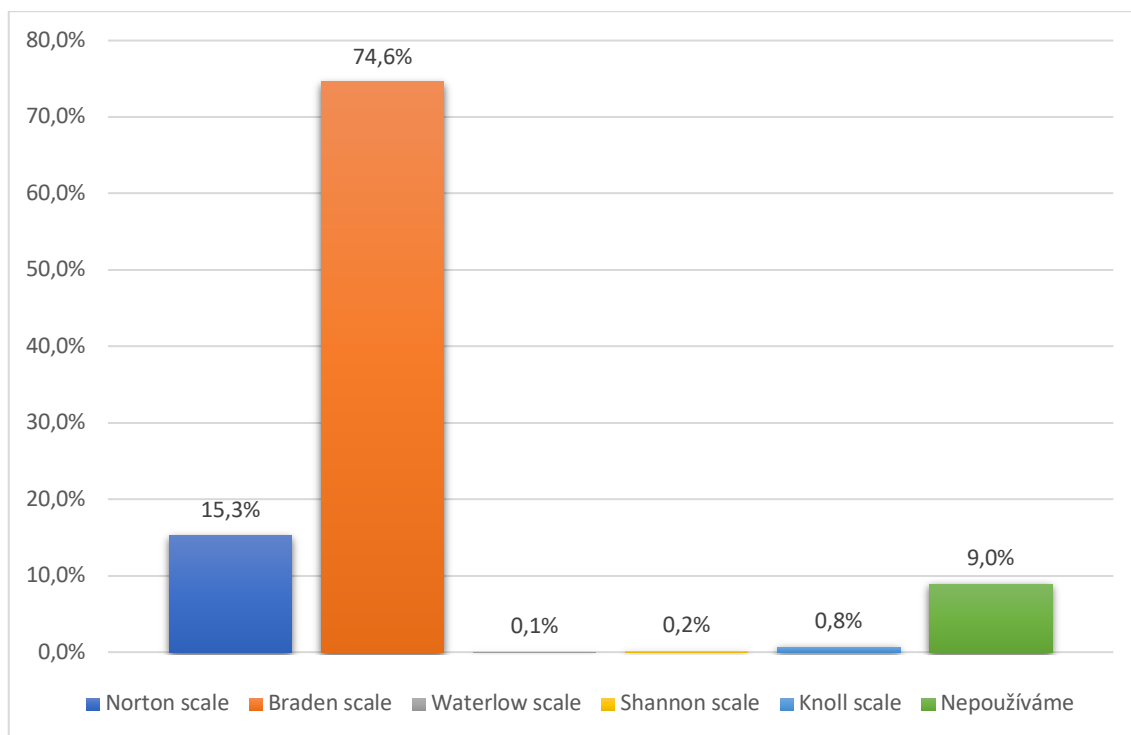
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 27 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „používaný nástroj pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním“. Pro tuto otázku byl respondentům dovolen výběr z více možností, a proto evidujeme 1520 odpovědí.

V České republice používá 64,3 % (n= 978) respondentů Barthel test – ADL a 21,1 % (n= 320) Test instrumentálních všedních činností – IADL. Respondenti také uvádí, že

v 14,6 % (n= 222) případů nepoužívají žádný standardizovaný nástroj pro hodnocení soběstačnosti.

Graf 28 Používání standardizované nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 28 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „používání standardizovaných nástrojů pro hodnocení rizika vzniku dekubitů“.

V České republice používá 15,3 % (n= 184) respondentů Norton scale; 74,6 % (n= 895) Braden scale; 0,1 % (n=1) Waterlow scale; 0,2 % (n= 2) Shannon scale a 0,8 % (n= 10) Knoll Scale. Respondenti dále uvádí, že v 9 % (n= 108) případů nepoužívají žádný standardizovaný nástroj pro hodnocení rizika dekubitů.

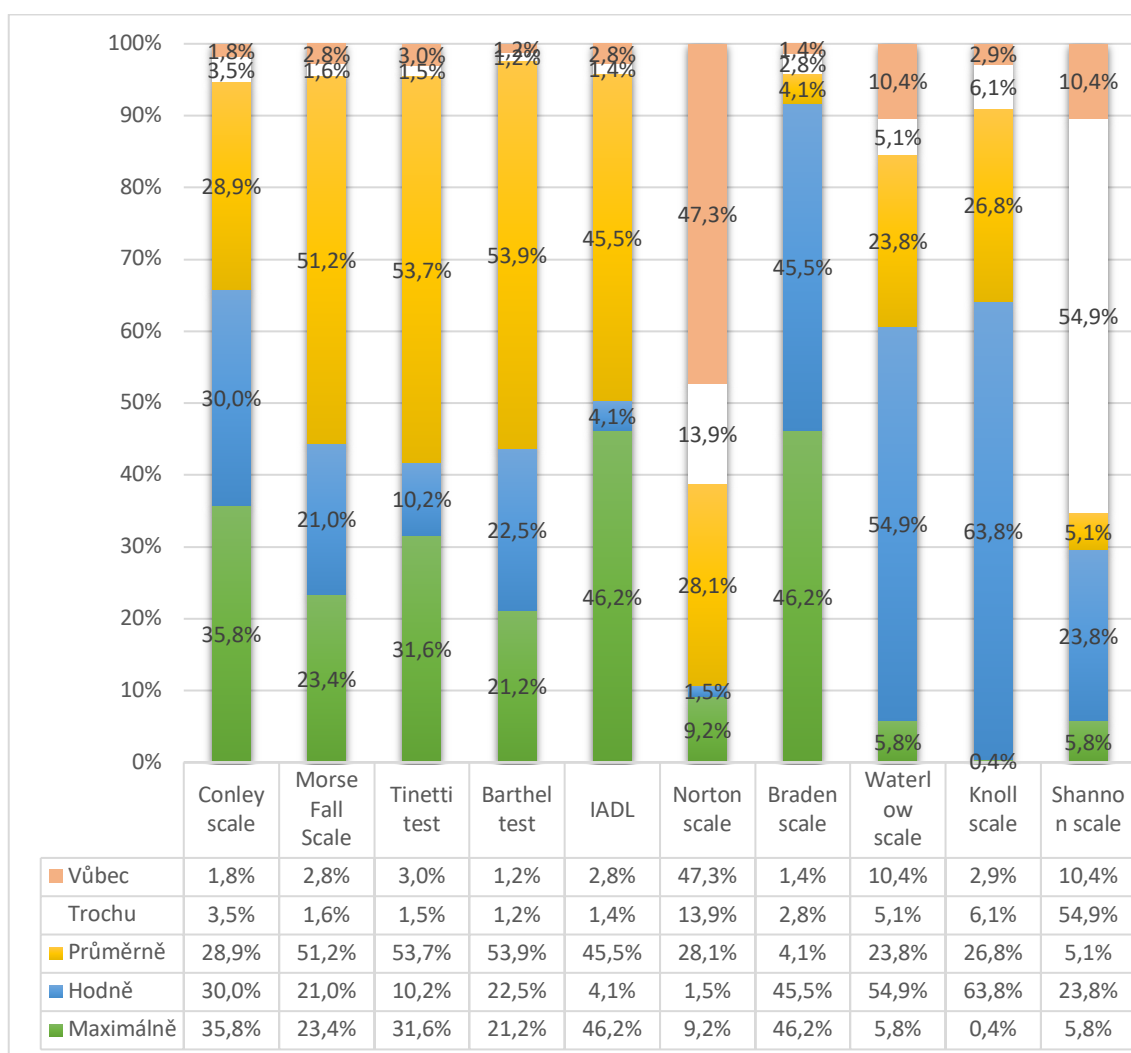
8.2.6 Doporučení hodnotících nástrojů

Kvantitativní šetření se finálně zaměřovalo na subjektivní hodnocení standardizovaných nástrojů s projekcí možného využití pro účely vlastního zařízení (viz. graf 29) a pro hodnocení vybraných aspektů u pacientů s tělesným znevýhodněním v celé České republice (viz. graf 40).

Respondenti dále uváděli důvody, proč by nedoporučili do vlastního zařízení nástroje pro hodnocení rizika pádu – Conley scale (viz graf 30), Morse Fall scale (viz. graf 31) a Tinetti scale (viz. graf 32); hodnocení soběstačnosti – Barthel test (viz. graf 33) a IADL (viz. graf 34); hodnocení rizika vzniku dekubitů – Norton scale (viz. graf 35), Braden scale (viz. graf 36), Waterlow scale (viz. graf 37), Knoll scale (viz. graf 38) a Shannon scale (viz. graf 39).

Finálně respondenti uváděli důvody, proč by nedoporučili, pro hodnocení v celé ČR, nástroje pro hodnocení pádu – Conley scale (viz graf 41), Morse Fall scale (viz. graf 42) a Tinetti scale (viz. graf 43); hodnocení soběstačnosti – Barthel test (viz. graf 44) a IADL (viz. graf 45); hodnocení rizika vzniku dekubitů – Norton scale (viz. graf 46), Braden scale (viz. graf 47), Waterlow scale (viz. graf 48), Knoll scale (viz. graf 49) a Shannon scale (viz. graf 50).

Graf 29 Doporučení standardizovaných nástrojů pro vlastní zařízení



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 29 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „doporučení vybraných standardizovaných nástrojů pro účely hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním ve vlastním zřízení“.

Hodnotící nástroj Conley scale, pro hodnocení rizika pádu, by ve své klinické praxi uvítalo 35,8 % (n= 430) respondentů maximálně; 30 % (n= 360) respondentů hodně; 28,9 % (n= 347) respondentů průměrně; 3,5 % (n= 42) respondentů trochu a 1,8 % (n= 22) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Morse Fall Scale, pro hodnocení rizika pádu, by ve své klinické praxi uvítalo 23,4 % (n= 281) respondentů maximálně; 21 % (n= 252) respondentů hodně; 51,2 % (n= 614) respondentů průměrně; 1,5 % (n= 18) respondentů trochu; 3 % (n= 36) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Tinetti test, pro hodnocení rizika pádu, by ve své klinické praxi uvítalo 31,6 % (n= 379) respondentů maximálně; 10,2 % (n= 122) respondentů hodně; 53,7 % (n= 644) respondentů průměrně; 1,5 % (n= 18) respondentů trochu; 3 % (n= 36) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Barthel test, pro hodnocení soběstačnosti, by ve své klinické praxi uvítalo 21,2 % (n= 254) respondentů maximálně; 22,5 % (n= 270) respondentů hodně; 53,9 % (n= 648) respondentů průměrně; 1,2 % (n= 14) respondentů trochu; 1,2 % (n= 14) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj IADL, pro hodnocení soběstačnosti, by ve své praxi uvítalo 46,2 % (n= 554) respondentů maximálně; 4,1 % (n= 49) respondentů hodně; 45,5 % (n= 546) respondentů průměrně; 1,4 % (n= 17) respondentů trochu a 2,8 % (n= 15) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Norton scale, pro hodnocení rizika dekubitů, by ve své praxi uvítalo 9,2 % (n= 110) respondentů maximálně; 1,5 % (n= 18) respondentů hodně; 28,1 % (n= 337) respondentů průměrně; 13,9 % (n= 167) respondentů trochu a 47,3 % (n= 568) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Braden scale, pro hodnocení rizika dekubitů, by ve své praxi uvítalo 46,2 % (n= 554) respondentů maximálně; 45,5 % (n= 546) respondentů hodně; 4,1 % (n= 49) respondentů průměrně; 2,8 % (n= 34) respondentů trochu a 1,4 % (n= 17) respondentů vůbec.

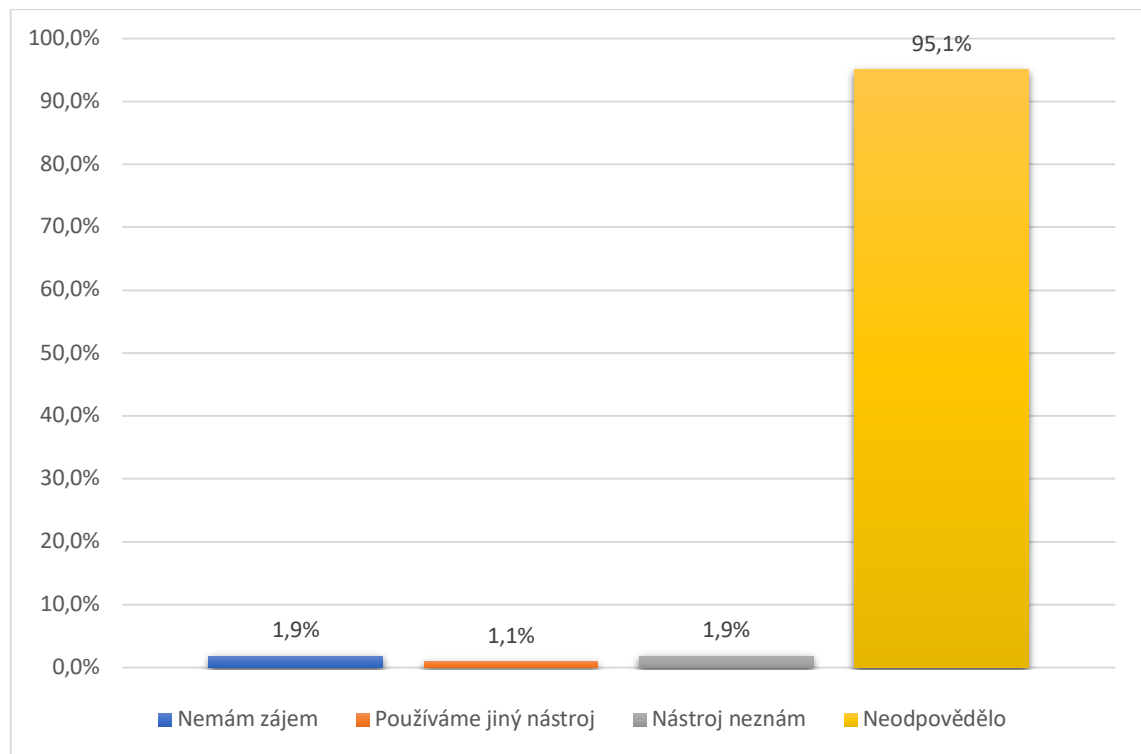
Hodnotící nástroj Waterlow scale, pro hodnocení rizika dekubitů, by ve své praxi uvítalo 5,8 % (n= 70) respondentů maximálně; 54,5 % (n= 654) respondentů hodně; 23,8 % (n= 286) respondentů průměrně; 5,1 % (n= 61) respondentů trochu a 10,4 % (n= 125) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Knoll scale, pro hodnocení rizika dekubitů, by ve své praxi uvítalo 0,4 % (n= 5) respondentů maximálně; 63,8 % (n= 766) respondentů hodně; 26,8 % (n= 322) respondentů průměrně; 6,1 % (n= 73) respondentů trochu a 2,9 % (n= 35) respondentů vůbec.

Hodnotící nástroj Shannon scale, pro hodnocení rizika dekubitů, by ve své praxi uvítalo 5,8 % (n= 70) respondentů maximálně; 23,8 % (n= 286) respondentů hodně; 5,1 %

(n= 61) respondentů průměrně; 54,9 % (n= 659) respondentů trochu a 10,4 % (n= 233) respondentů vůbec.

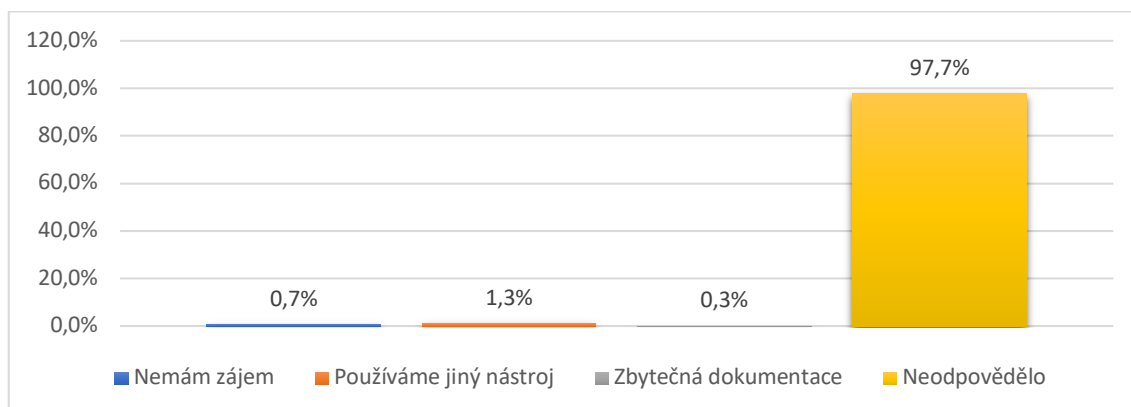
Graf 30 Důvody nedoporučení nástroje Conley scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 30 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Conley scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti by tento nástroj nedoporučili, protože nemají zájem o tento nástroj (1,9 %; n= 23), již používají nástroj pro hodnocení rizika pádu, a proto jiný nepotřebují (1,1 %; n= 13) a neznalost tohoto nástroje (1,9 %; n= 23). Celkem na tuto otázku neodpovědělo 95,1 % (n= 1141) respondentů.

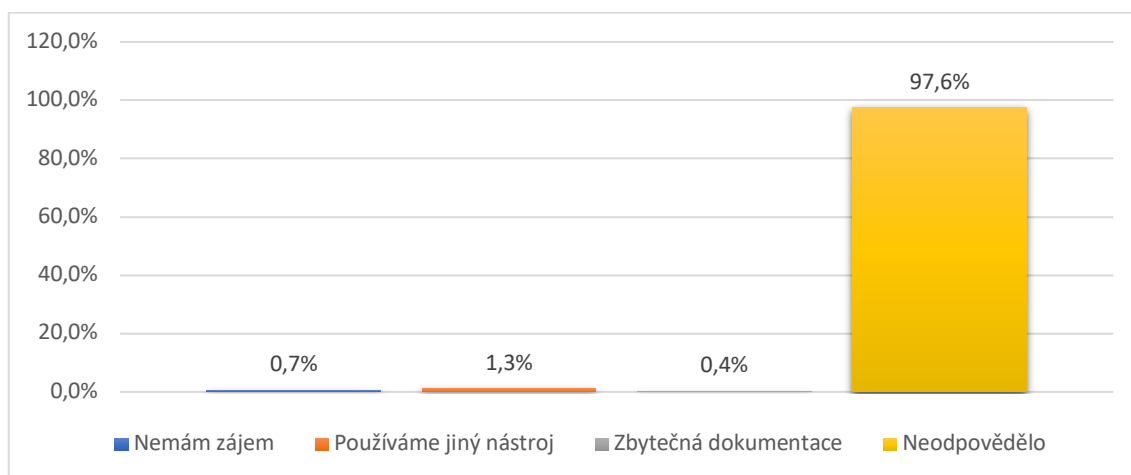
Graf 31 Důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 31 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti by tento nástroj nedoporučili, protože v 0,7 % (n= 8) případů o nástroj nemají zájem; 1,3 % (n= 16) respondentů již používá jiný nástroj a v 0,3 % (n= 3) případů je nástroj považován za zbytečnou dokumentaci. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 97,7 % (n= 1173) respondentů.

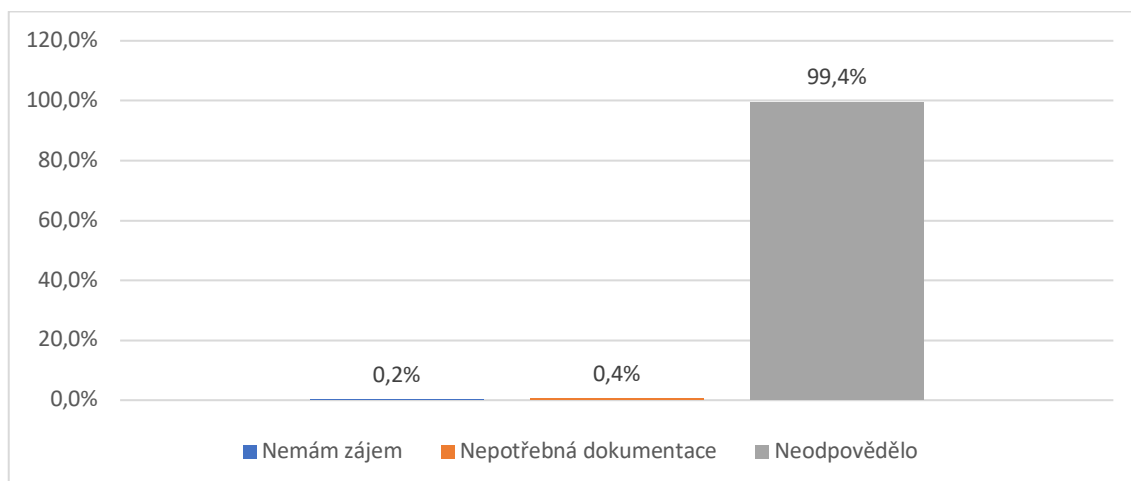
Graf 32 Důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 32 uvádí relativní četnost sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti by tento nástroj nedoporučili, protože v 0,7 % (n= 8) případů nemají zájem o tento nástroj; v 1,3 % (n= 16) případů používají jiný hodnotící nástroj a v 0,4 % (n= 5) je tento nástroj považován za zbytečnou či nepotřebnou dokumentaci. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 97,6 % (n= 1171) respondentů.

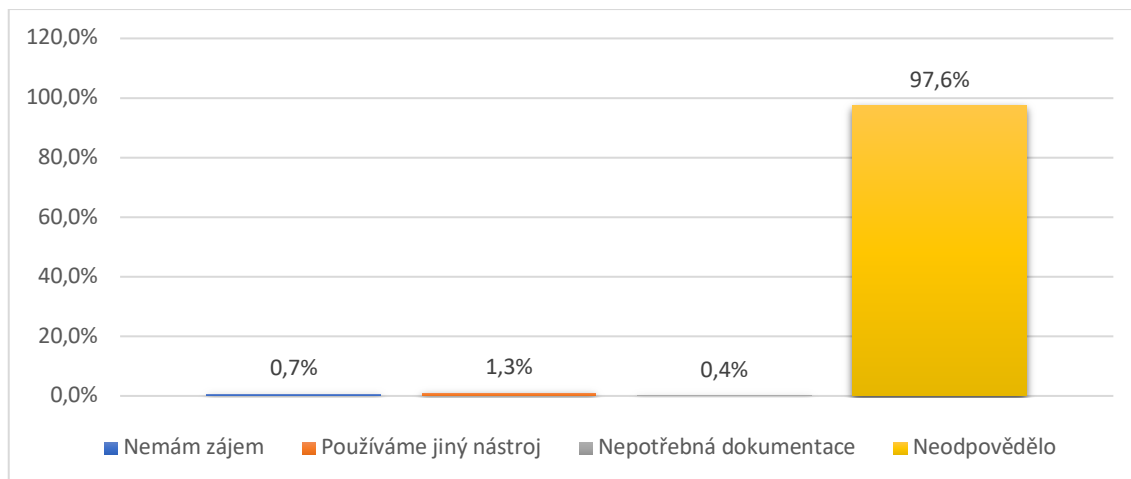
Graf 33 Důvody nedoporučení nástroje Barthel test do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 33 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Barthel test (BT, ADL), pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti by tento nástroj nedoporučili, protože 0,2 % (n= 3) respondentu nemá zájem a pro 0,4 % (n= 5) je považován za zbytečnou dokumentaci. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 99,4 % (n= 1192) respondentů.

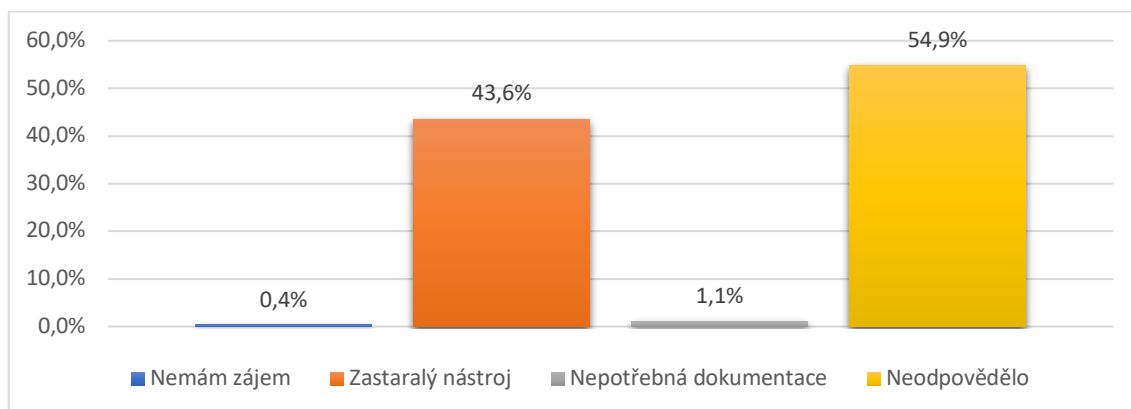
Graf 34 Důvody nedoporučení nástroje IADL do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 34 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje IADL, pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti by tento nástroj nedoporučili, protože v 0,7 % (n= 8) nemají o tento nástroj zájem; v 1,3 % (n= 16) již používají jiný hodnotící nástroj nebo je tento nástroj považován v 0,4 % (n= 5) za zbytečnou či nepotřebnou dokumentaci. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 97,6 % (n= 1171).

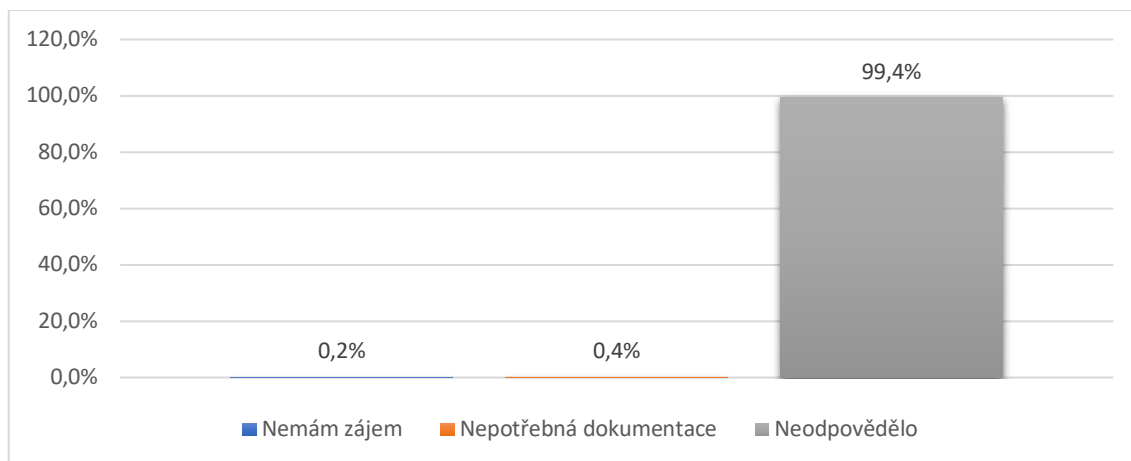
Graf 35 Důvody nedoporučení nástroje Norton scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 35 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Norton scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti nedoporučují tento nástroj, neboť jej 43,6 % (n= 523) respondentů považuje za zastaralý; 0,4 % (n= 5) respondentů o tento nástroj nemá zájem a 1,1 % (n= 13) respondentů považuje nástroj Norton scale za nepotřebnou dokumentaci. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 54,9 % (n= 659) respondentů.

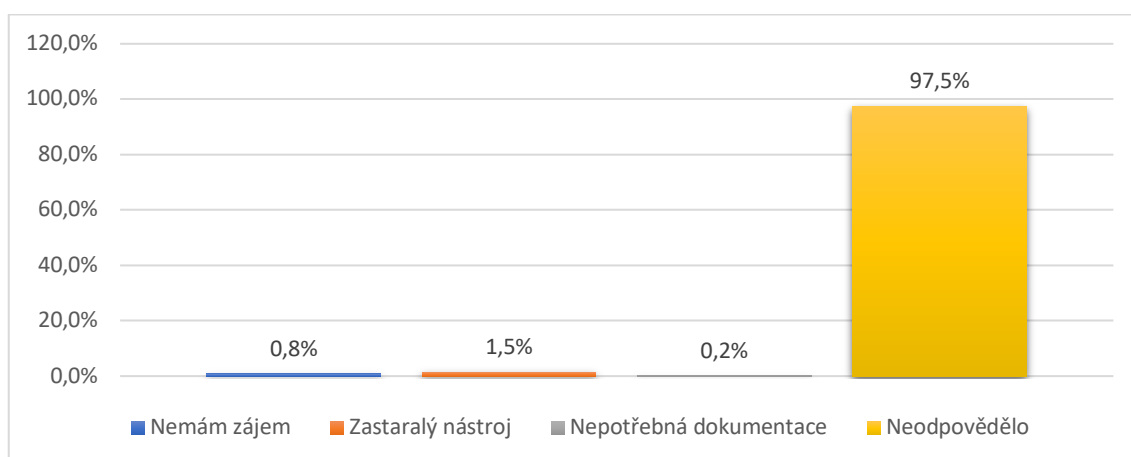
Graf 36 Důvody nedoporučení nástroje Braden scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 36 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení hodnotícího nástroje Braden scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti jej nedoporučují, neboť v 0,2 % (n= 3) o tento nástroj nemají zájem nebo je tento nástroj považován v 0,4 % (n= 5) za zbytečnou či nepotřebnou dokumentaci.

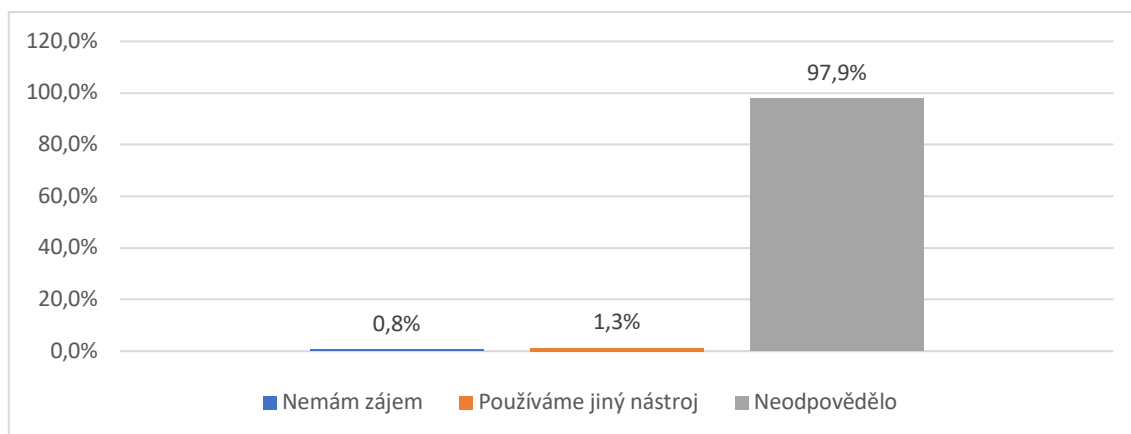
Graf 37 Důvody nedoporučení nástroje Waterlow scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 37 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení hodnotícího nástroje Waterlow scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti jej nedoporučují, neboť v 0,8 % (n= 10) případech o tento nástroj nemají zájem a 1,5 % (n= 30) respondentů jej považuje za zastaralý. Dále uvádí, že 0,2 % (n= 3) respondentů jej považuje za nepotřebnou či zbytečnou dokumentaci. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 97,5 % (n= 1157) respondentů.

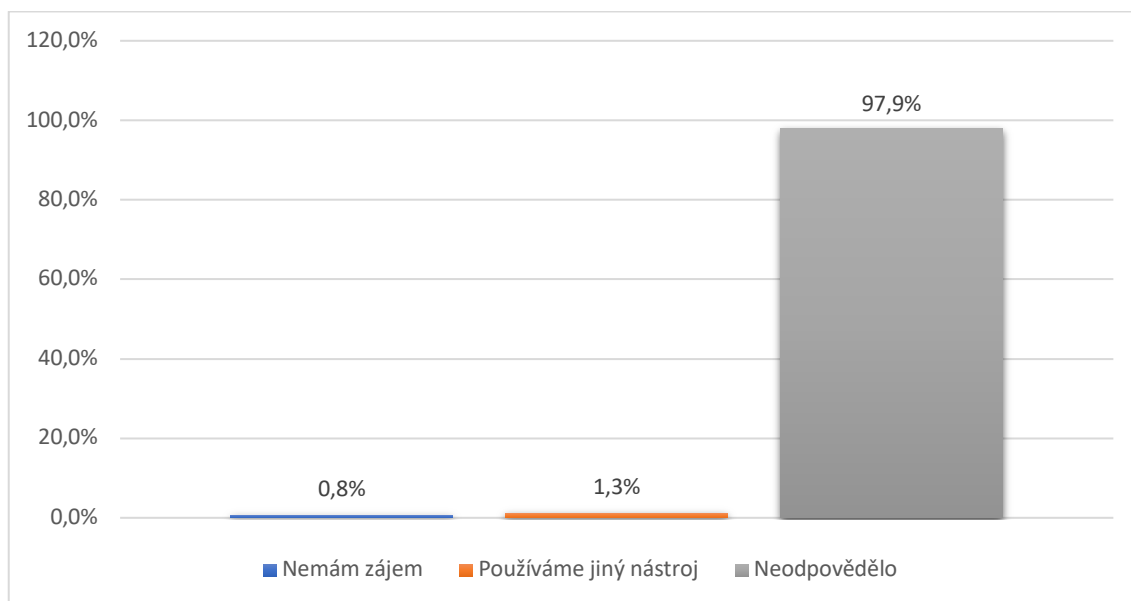
Graf 38 Důvody nedoporučení nástroje Knoll scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 38 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Knoll scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe“. Respondenti jej nedoporučují, neboť v 0,8 % (n= 10) o tento nástroj nemají zájem a v 1,3 % (n= 16) již používají jiný nástroj. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 97,9 % (n= 1158) respondentů.

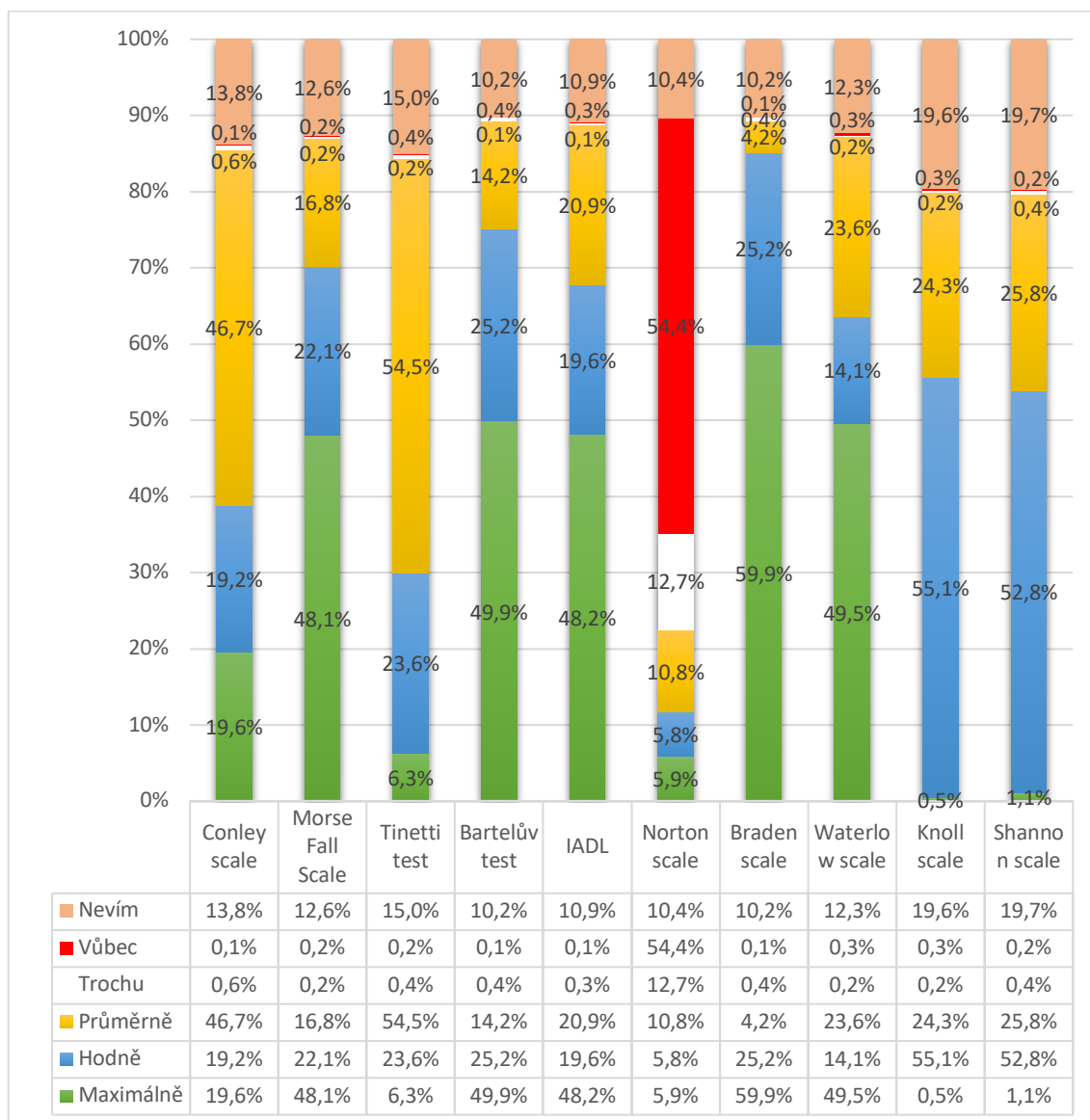
Graf 39 Důvody nedoporučení nástroje Shannon scale do vlastní praxe



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 39 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Shannon scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, do vlastní praxe. Respondenti nástroj nedoporučují, neboť o něj 0,8 % (n= 10) respondentů nemá zájem a 1,3 % (n= 16) respondentů již používá nástroj jiný. Celkem na tuto otázku neodpovědělo 97,9 % (n= 1174) respondentů.

Graf 40 Doporučení standardizovaných nástrojů pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 40 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „doporučení vybraných standardizovaných nástrojů pro účely hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním v České republice“.

Hodnotící nástroj Conley scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 19,6 % (n= 235) respondentů maximálně; 19,2 % (n= 230) respondentů hodně; 46,7 % (n= 560) respondentů průměrně; 0,6 % (n= 7) respondentů trochu; 0,1 % (n= 1) respondentů vůbec a 13,8 % (n= 166) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Morse Fall Scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 48,1 % (n= 577) respondentů maximálně; 22,1 % (n= 265) respondentů hodně; 16,8 % (n= 202) respondentů průměrně; 0,2 % (n= 2) respondentů trochu; 0,2 % (n= 3) respondentů vůbec a 12,6 % (n= 151) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Tinetti test, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 6,3 % (n= 76) respondentů maximálně; 23,6 % (n= 283) respondentů hodně; 54,5 % (n= 653) respondentů průměrně; 0,4 % (n= 5) respondentů trochu; 0,2 % (n= 2) respondentů vůbec a 15 % (n= 180) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Barthel test, pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 49,9 % (n= 599) respondentů maximálně; 25,2 % (n= 302) respondentů hodně; 14,2 % (n= 170) respondentů průměrně; 0,4 % (n= 5) respondentů trochu; 0,1 % (n= 1) respondentů vůbec a 10,2 % (n= 122) respondentů neví.

Hodnotící nástroj IADL, pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 48,2 % (n= 578) respondentů maximálně; 19,6 % (n= 234) respondentů hodně; 20,9 % (n= 251) respondentů průměrně; 0,3 % (n= 4) respondentů trochu; 0,1 % (n= 1) respondentů vůbec a 10,9 % (n= 131) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Norton scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 5,9 % (n= 71) respondentů maximálně; 5,8 % (n= 70) respondentů hodně; 10,8 % (n= 130) respondentů průměrně; 12,7 % (n= 152) respondentů trochu; 54,4 % (n= 652) respondentů vůbec a 10,4 % (n= 233) respondentů neví.

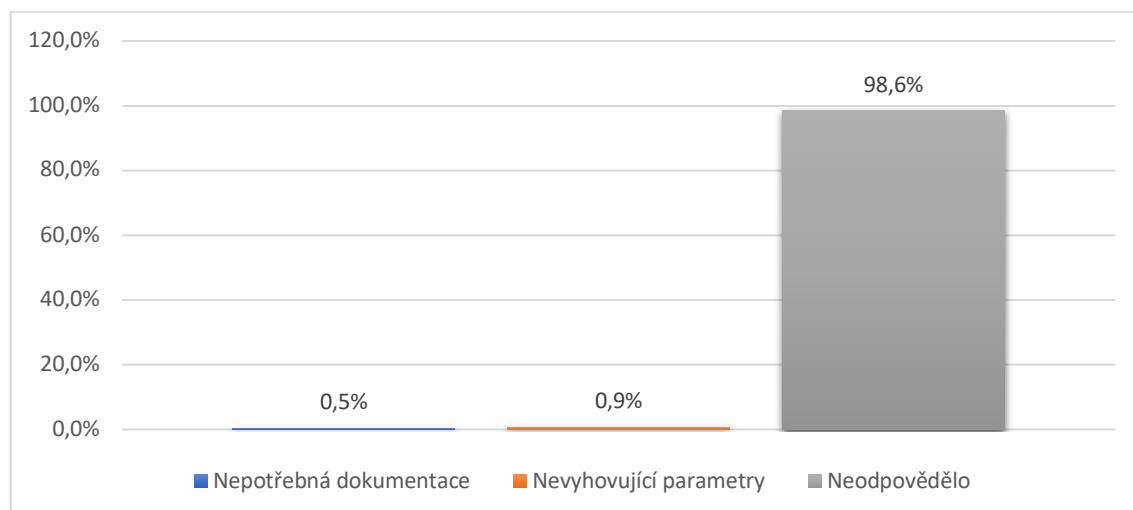
Hodnotící nástroj Braden scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 59,9 % (n= 719) respondentů maximálně; 25,2 % (n= 302) respondentů hodně; 4,2 % (n= 50) respondentů průměrně; 0,4 % (n= 5) respondentů trochu; 0,1 % (n= 1) respondentů vůbec a 10,2 % (n= 122) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Waterlow scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 49,5 % (n= 594) respondentů maximálně; 14,1 % (n= 169) respondentů hodně; 23,6 % (n=283) respondentů průměrně; 0,2 % (n= 2) respondentů trochu; 0,3 % (n= 4) respondentů vůbec a 12,3 % (n= 148) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Knoll scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 0,5 % (n= 6) respondentů maximálně; 55,1 % (n= 661) respondentů hodně; 24,3 % (n=292) respondentů průměrně; 0,2 % (n= 2) respondentů trochu; 0,3 % (n= 4) respondentů vůbec a 19,6 % (n= 234) respondentů neví.

Hodnotící nástroj Shannon scale, pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, by pro využití v kontextu celé ČR doporučilo 1,1 % (n= 13) respondentů maximálně; 52,8 % (n= 634) respondentů hodně; 25,8 % (n= 310) respondentů průměrně; 0,4 % (n= 5) respondentů trochu; 0,2 % (n= 2) respondentů vůbec a 19,7 % (n= 236) respondentů neví.

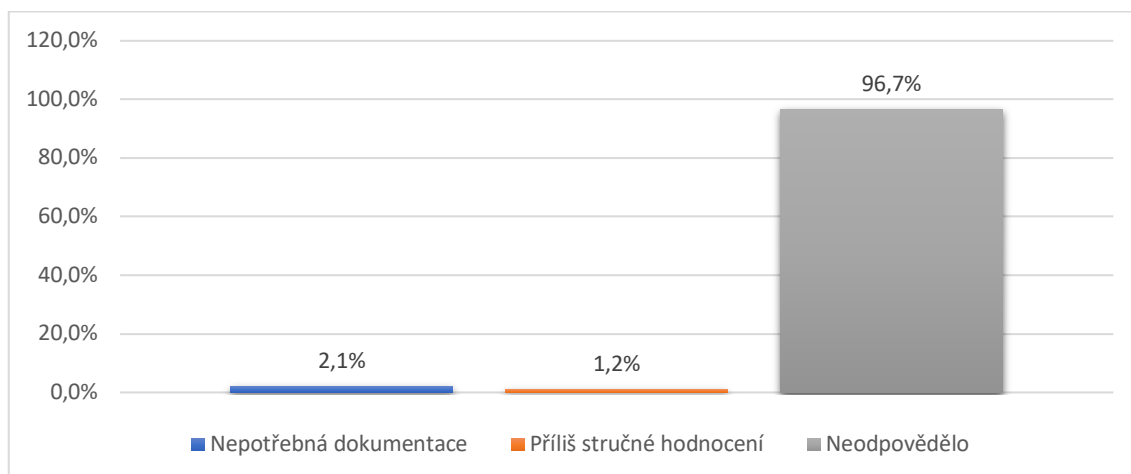
Graf 41 Důvody nedoporučení nástroje Conley scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 41 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Conley scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 98,6 % (n= 1184) na tuto otázku neodpověděli, neboť nástroj shledávají jako využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili se domnívají, že se v 0,5 % (n= 6) jedná o nepotřebnou dokumentaci a v 0,9 % (n= 10) považují hodnocené parametry za nevhodující.

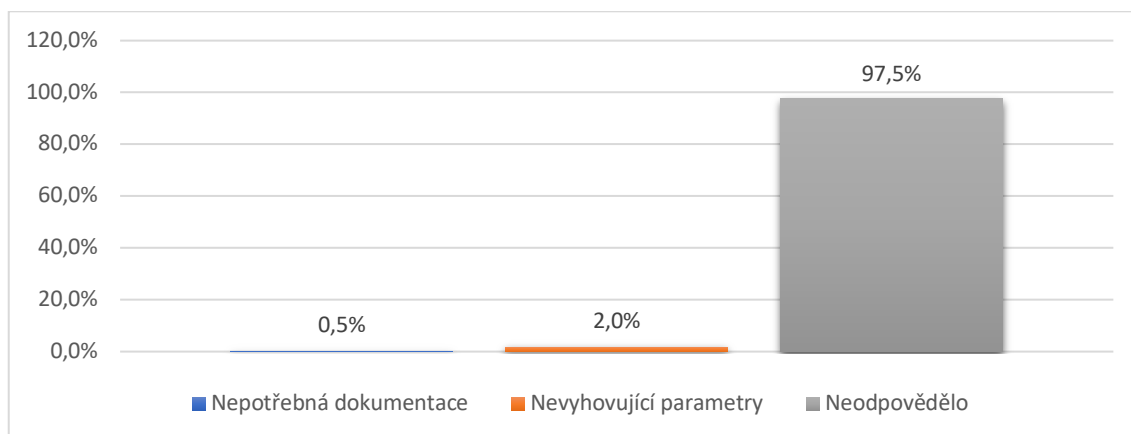
Graf 42 Důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 42 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale, pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 96,7 % (n= 1160) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují tento nástroj za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili, se domnívají, že se jedná ve 2,1 % (n= 26) o nepotřebnou dokumentaci a v 1,2 % (n= 14) o příliš stručný hodnotící nástroj, který neodpovídá klinické poptávce.

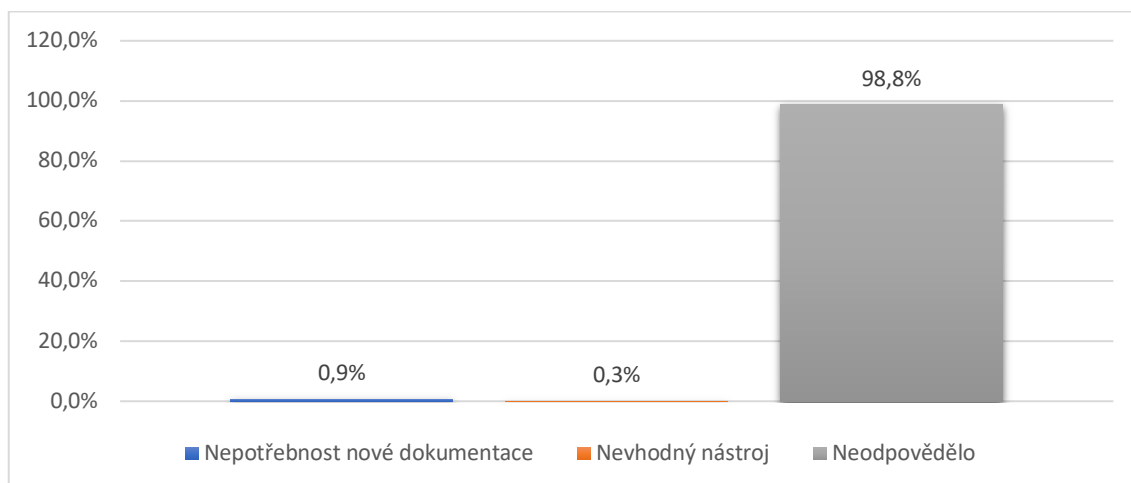
Graf 43 Důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 43 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale pro hodnocení rizika pádu u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 97,5 % (n= 1170) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují tento nástroj za využitelný. Ti, jenž by jej nedoporučili se domnívají, že se v 0,5 % (n= 6) jedná o nepotřebnou dokumentaci a ve 2 % (n= 24) jsou hodnocené parametry nevyhovující.

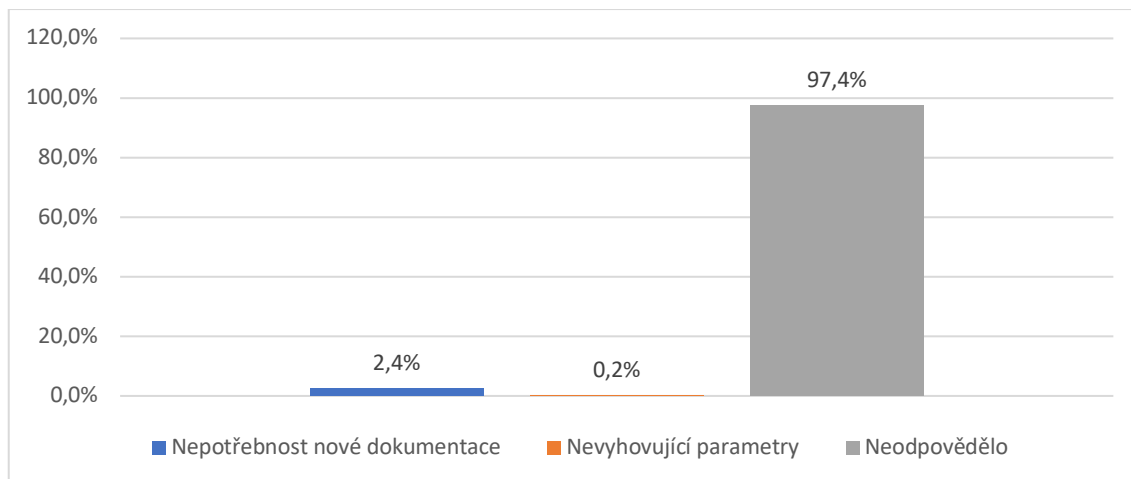
Graf 44 Důvody nedoporučení nástroje Barthel test pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 44 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Barthel test pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 98,8 % (n= 1185) na tuto otázku neodpověděli, neboť nástroj považují za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili uvádí, že v 0,9 % (n= 11) nepotřebují novou dokumentaci a v 0,3 % (n= 4).

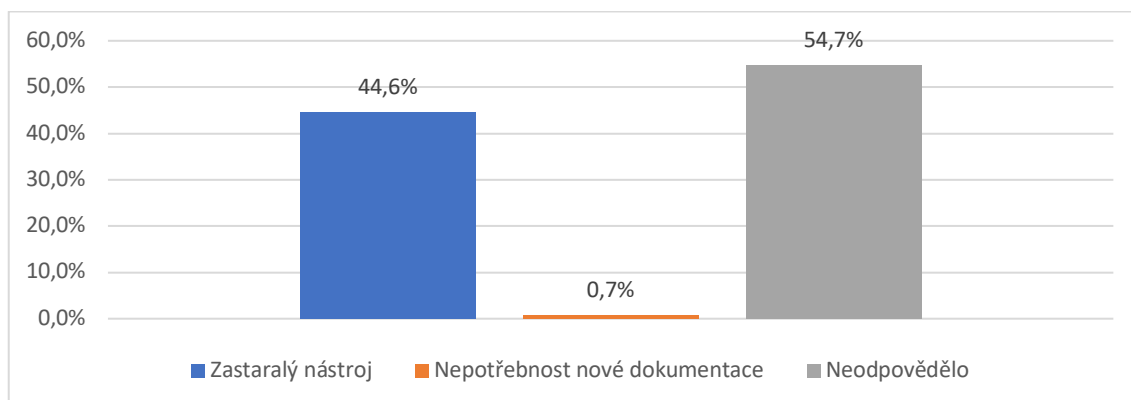
Graf 45 Důvody nedoporučení nástroje IADL pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 45 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje IADL pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 97,4 % (n= 1168) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují nástroj za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili uvádí, že ve 2,4 % (n= 29) nepotřebují novou dokumentaci a v 0,2 % (n= 3) obsahuje nástroj nevyhovující parametry.

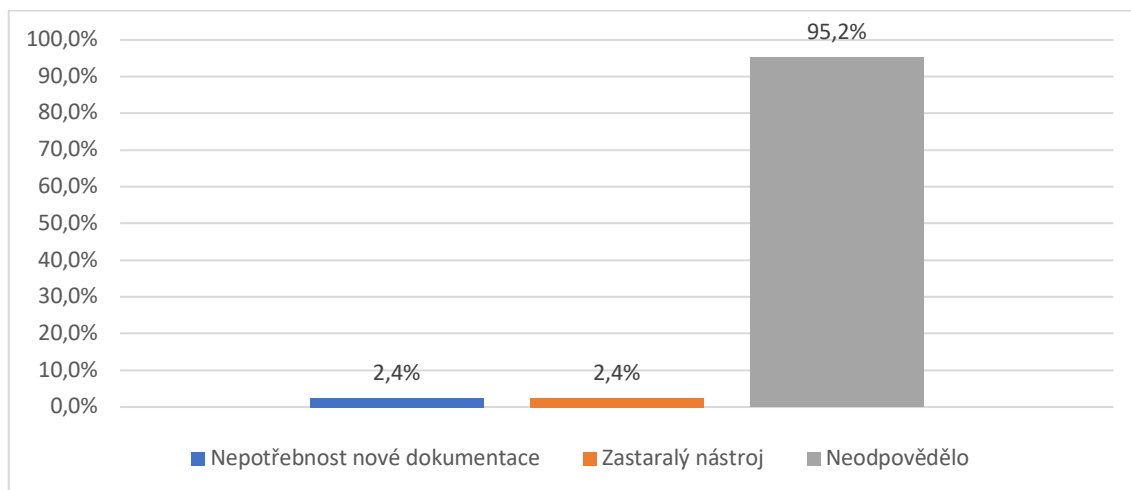
Graf 46 Důvody nedoporučení nástroje Norton scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 46 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Norton scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 54,7 % (n= 657) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují nástroj za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili jej považují v 44,6 % (n= 535) za zastaralý nástroj a v 0,7 % (n= 8) nepotřebují novou dokumentaci.

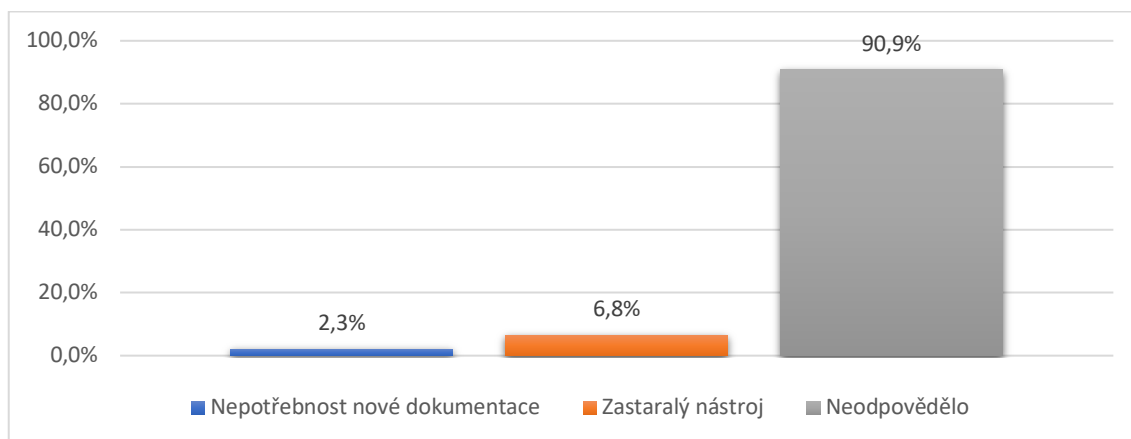
Graf 47 Důvody nedoporučení nástroje Braden scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 47 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Braden scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 95,2 % (n= 1142) na tuto otázku neodpověděli, neboť tento nástroj považují za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili uvádí, že ve 2,4 % (n= 29) nepotřebují novou dokumentaci a ve 2,4 % (n= 29) považují nástroj za zastaralý.

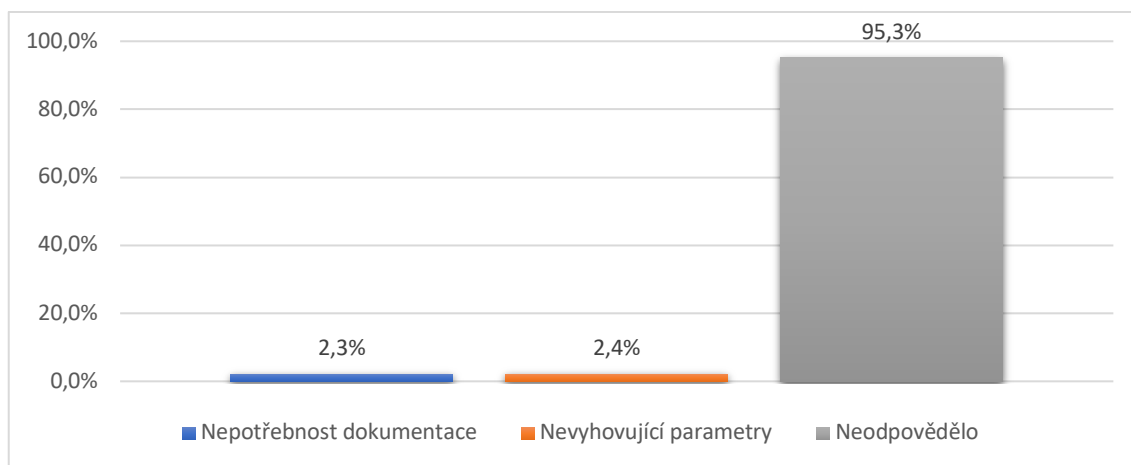
Graf 48 Důvody nedoporučení nástroje Waterlow scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 48 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Waterlow scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 90,9 % (n= 1092) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují nástroj za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili uvádí ve 2,3 % (n= 27), že nepotřebují novou dokumentaci a v 6,8 % (n= 81) nástroj obsahuje zastaralé spektrum informací.

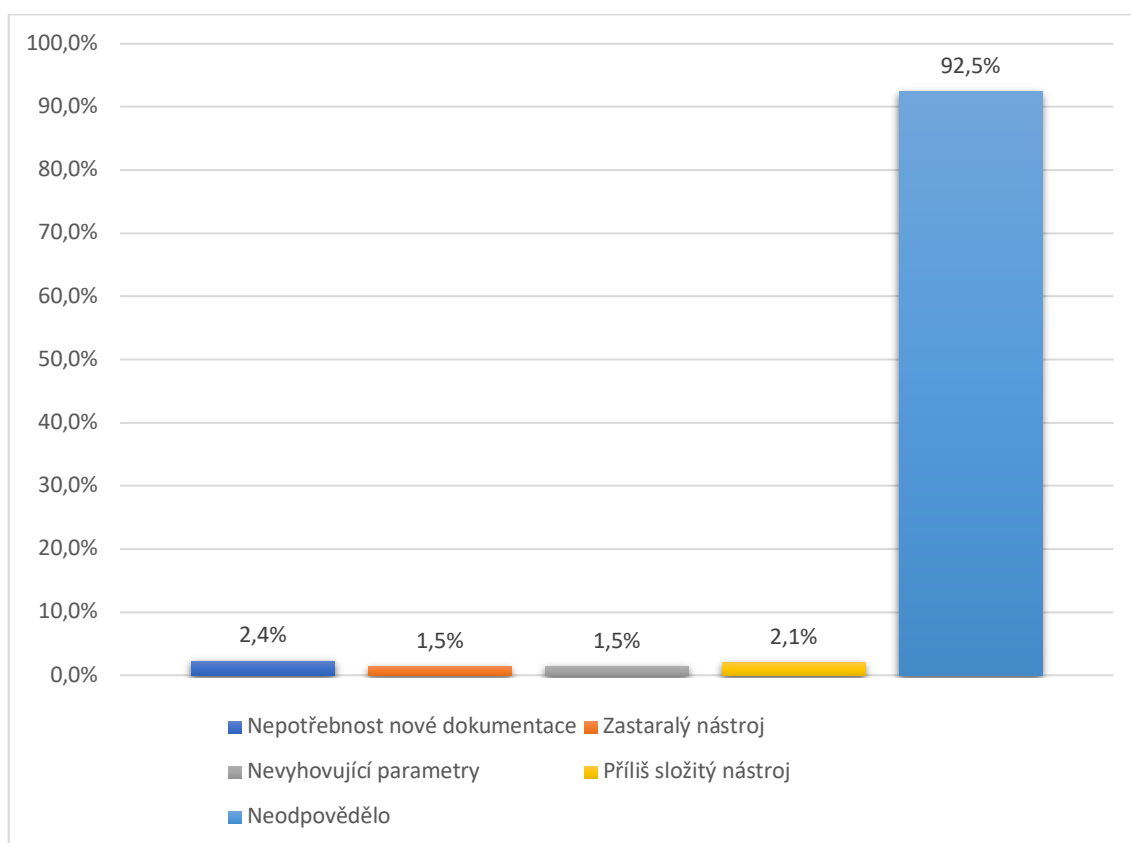
Graf 49 Důvody nedoporučení nástroje Knoll scale pro využití v ČR



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 49 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Knoll scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 95,3 % (n= 1143) na tuto otázku neodpověděli, neboť považují nástroj za využitelný. Ti, jenž by nástroj nedoporučili uvádí, že ve 2,3 % (n= 28) nepotřebují novou ošetrovatelskou dokumentaci a ve 2,4 % (n= 29) obsahuje tato dokumentace nevyhovující parametry.

Graf 50 Důvody nedoporučení nástroje Shannon scale pro využití v ČR



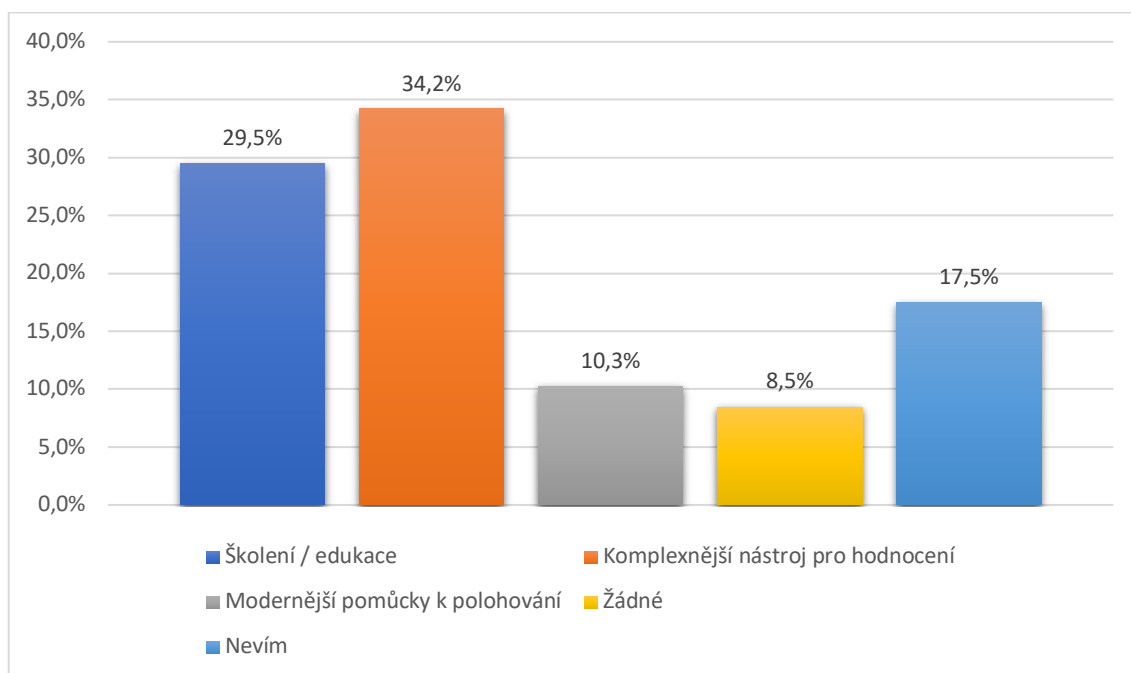
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 50 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „důvody nedoporučení nástroje Shannon scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním, v kontextu celé ČR“. Respondenti v 92,5 % (n= 1110) na tuto otázku neodpověděli, neboť tento nástroj považují za využitelný. Ti, jenž by jej nedoporučili uvádí, že ve 2,4 % (n= 29) nepotřebují novou dokumentaci; v 1,5 % (n= 18) považují nástroj za zastaralý; v 1,5 % (n= 18) obsahuje nástroj nevyhovující parametry a ve 2,1 % (n= 25) považují respondenti nástroj za příliš složitý.

8.2.7 Inovace pro zlepšení poskytované péče

V Závěru naší studie jsme se zaměřili na možné inovace, které by respondenti uvítali ve své praxi pro zlepšení péče o pacienty s tělesným znevýhodněním (viz. graf 51)

Graf 51 Inovace ke zlepšení péče o pacienty s tělesným znevýhodněním



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 51 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „Inovace potřebné ke zlepšení péče o pacienty s tělesným znevýhodněním v klinické praxi“. Celkem bylo identifikováno 5 kategorií (školení, komplexnější nástroj, modernější pomůcky k polohování, žádné a nevím).

Respondenti považují za nejvhodnější inovaci v 34,2 % (n= 410) komplexnější nástroj k hodnocení potřeb a rizikových faktorů u pacientů s tělesným znevýhodněním s možností evaluace výsledků a reorganizace ošetrovatelských intervencí či plánů péče. Další položku tvoří ve 29,5 % (n= 354) edukace / školení o problematice tělesného znevýhodnění, které by vedlo ke zvýšení efektivity hodnocení a zlepšení pochopení diskutované problematiky. V neposlední řadě sestry považují v 10,3 % (n= 124) za potřebné, aby byly pořízeny modernější pomůcky k polohování imobilních pacientů – např. po rozsáhlých operačních výkonech, u pacientů s paraplegií či kvadruplegií apod. Respondenti dále uvádí, že ke zlepšení ošetrovatelské péče v 8,5 % (n= 102) nepotřebují žádné inovace a v 17,5 % (n= 210) neví.

8.3 Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru B

Výsledky kvantitativní části výzkumného šetření u pacientů s tělesným znevýhodněním jsou kategorizovány do dvou částí – standardizovaná část a nestandardizovaná část.

8.3.1 Standardizovaná část výzkumného šetření

Tato část byla realizována za využití hodnotícího nástroje World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) standardně kategorizovaných do dotazníkových domén (viz. tabulka 9). Pro lepší ilustraci zkoumané problematiky byly vytvořeny grafy z výsledků hodnocených oblastí: porozumění a komunikace (viz. graf 52), potíže s pohyblivostí (viz. graf 53), sebeobsluha (viz. graf 54), vztahy s lidmi (viz. graf 55), životní aktivity (viz. graf 56), účast ve společnosti (viz. graf 57). Společně s ilustrací jednotlivých domén bylo vytvořeno i celkové procentuální zhodnocení jednotlivých domén (viz. graf 58).

Tabulka 9 Výsledky standardizovaného nástroje WHODAS 2.0, 36 otázek

Označení	Hodnocená oblast	Skóre
Porozumění a komunikace		
D1.1	Soustředit se na činnost po dobu 10 minut?	1,74
D1.2	Zapamatovat si důležité věci, co je potřeba udělat?	1,72
D1.3	Rozebrat a vyřešit problémy v každodenním životě?	2,19
D1.4	Naučit se něco nového (nový úkol), například jak se dostat na nové místo?	1,92
D1.5	V obecném smyslu rozumět tomu, co lidé říkají?	0,58
D1.6	Začít a udržet rozhovor (konverzaci)?	0,58
Skóre domény		41,67 %
Potíže s pohyblivostí		
D2.1	Vydržet stát delší dobu, například 30 minut?	3,15
D2.2	Vstát ze sedu?	2,73
D2.3	Pohybovat se po bytě?	2,16
D2.4	Vyjít ven z domu?	3,15
D2.5	Ujít delší vzdálenost, například 1 km (nebo ekvivalent)	3,58
Skóre domény		75,00 %

Označení	Hodnocená oblast	Skóre
Sebeobsluha		
D3.1	Umýt si celé tělo?	3,15
D3.2	Obléci se?	1,92
D3.3	Jíst?	0,58
D3.4	Zůstat několik dní sám/sama?	1,92
Skóre domény		50,00 %
Vztahy s lidmi		
D4.1	Jednat s lidmi, které znáte?	0,58
D4.2	Udržet si přátelský vztah?	1,72
D4.3	Vycházet s lidmi, kteří jsou vám blízcí?	1,92
D4.4	Získat nové přátele?	1,92
D4.5	Sexuální aktivity?	3,15
Skóre domény		50,00 %
Životní aktivity		
D5.1	Vykonat Vaše povinnosti v domácnosti?	1,72
D5.2	Nejdůležitější domácí práce udělat dobře?	0,58
D5.3	Být hotov/a se vším, co je potřeba udělat?	1,72
D5.4	Udělat vše, co je potřeba, patřičně rychle?	1,92
D5.5	Vaše každodenní práce/škola?	0,58
D5.6	Udělat nejdůležitější úkoly v práci/škole dobře?	1,92
D5.7	Být hotov/a se vším, co je potřeba udělat?	1,92
D5.8	Udělat práci patřičně rychle?	2,16
Skóre domény		40,63 %

Účast ve společnosti (participace)		
D6.1	Zapojit se do společenských aktivit stejným způsobem jako ostatní?	3,15
D6.2	Překážky ve světě klem Vás?	1,92
D6.3	Postoj a chování ostatních, abyste žil/a přiměřeně důstojně?	2,16
D6.4	Strávený čas, který zabírají Vaše zdravotní potíže nebo jejich důsledky?	3,15
D6.5	Emocionální potíže vniklé v důsledku zdravotního stavu?	3,15
D6.6	Finanční výdaje na řešení problémů a důsledků zdravotního stavu?	2,16
D6.7	Jak velké potíže měla rodina v důsledku zdrav. stavu?	1,92
D7.7	Potíže při činnostech ve volném čase?	0,58
Skóre domény		56,25 %
CELKOVÉ SKÓRE		52,26 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Označení	Hodnocená oblast	Skóre
H1	V kolika z posledních 30 dnů byly potíže přítomny?	17
H2	V kolika z posledních 30 dnů jste zcela nebyl/a schopen/a vykonávat své obvyklé činnosti nebo práci kvůli svému zdravotnímu stavu?	15
H3	V kolika z posledních 30 dnů, nepočítáme-li dny, kdy jste byl naprosto neschopný/á, kolik dní jste musel vynechat nebo omezit své obvyklé činnosti nebo práci kvůli Vašemu zdravotnímu stavu?	9

Označení „H“ v hodnotícím nástroji WHODAS 2.0 označuje Hodnocenou oblast 1–3

(zdroj: vlastní výzkum)

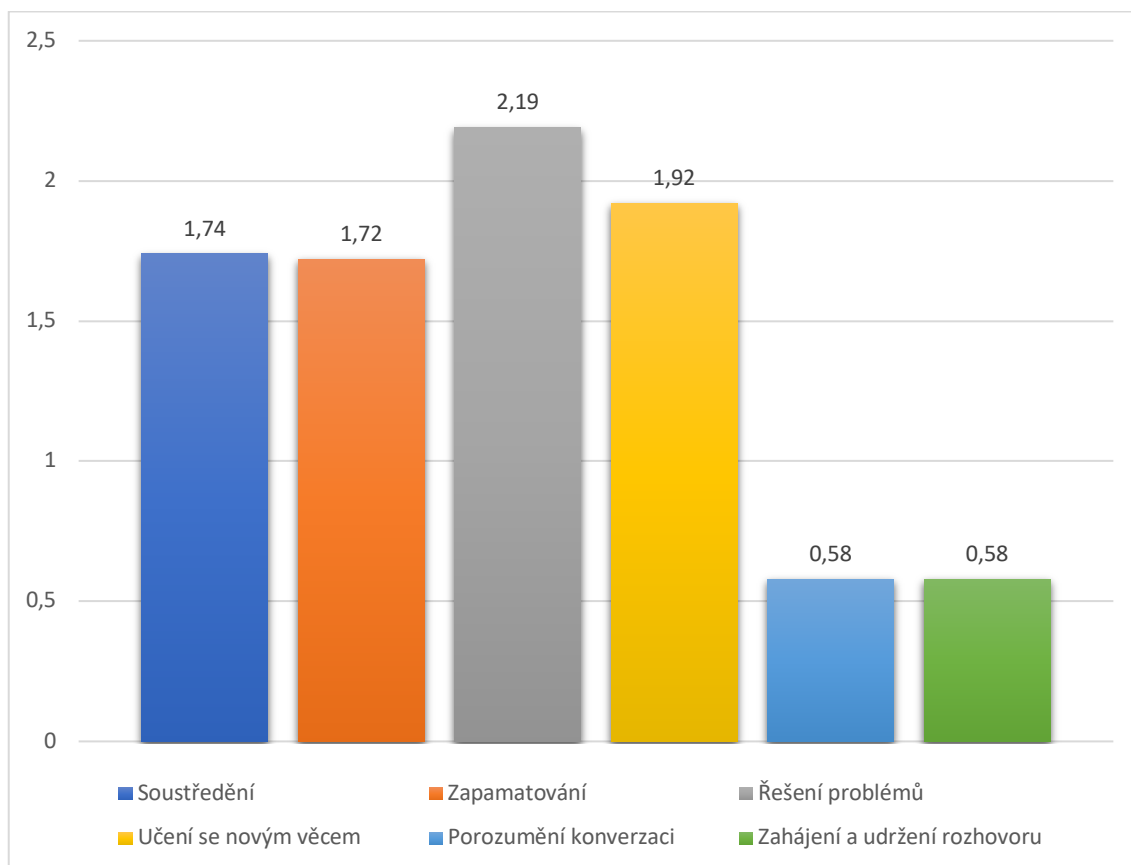
Tabulka 9 poskytuje pohled na hodnocení domén přímo vycházející z konceptu znevýhodnění. Tělesné znevýhodnění nejvíce omezuje pacienty v oblasti pohybu,

sebeobsluhy, vztahů s lidmi a účasti ve společnosti. Uvedené hodnoty jsou aritmeticky zprůměrovány a vyhodnoceny. Nástroj WHODAS 2.0 poskytuje výpočet jednotlivých domén i celkového skóre.

Pacienti s tělesným znevýhodněním jsou znevýhodněni v 41,67 % pro oblast porozumění a komunikace; 75 % pro oblast potíží s pohyblivostí; 50 % pro oblast sebeobsluhy; 50 % pro oblast vztahy s lidmi; 40,63 % pro oblast životních aktivit a 56,25 % pro oblast účasti ve společnosti. Celková míra znevýhodnění u pacientů s tělesným znevýhodněním je v průměru 52,26 %.

Výsledky dále uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním jsou v průměru sedmnáct dní ze třiceti přítomny obtíže související s tělesným znevýhodněním, patnáct dní ze třiceti jsou zcela neschopni vykonávat obvyklé činnosti kvůli zdravotnímu stavu a v dalších devíti dnech ze třiceti museli vynechat či omezit své obvyklé činnosti kvůli zdravotnímu stavu. Tyto faktory byl hodnocen u pacientů v průběhu hospitalizace nebo hned po propuštění do domácího prostředí. Krajiní hodnoty uváděli pacienti po operačních výkonech, v klidovém režimu nebo reverzibilně či ireverzibilně upoutáni na lůžku.

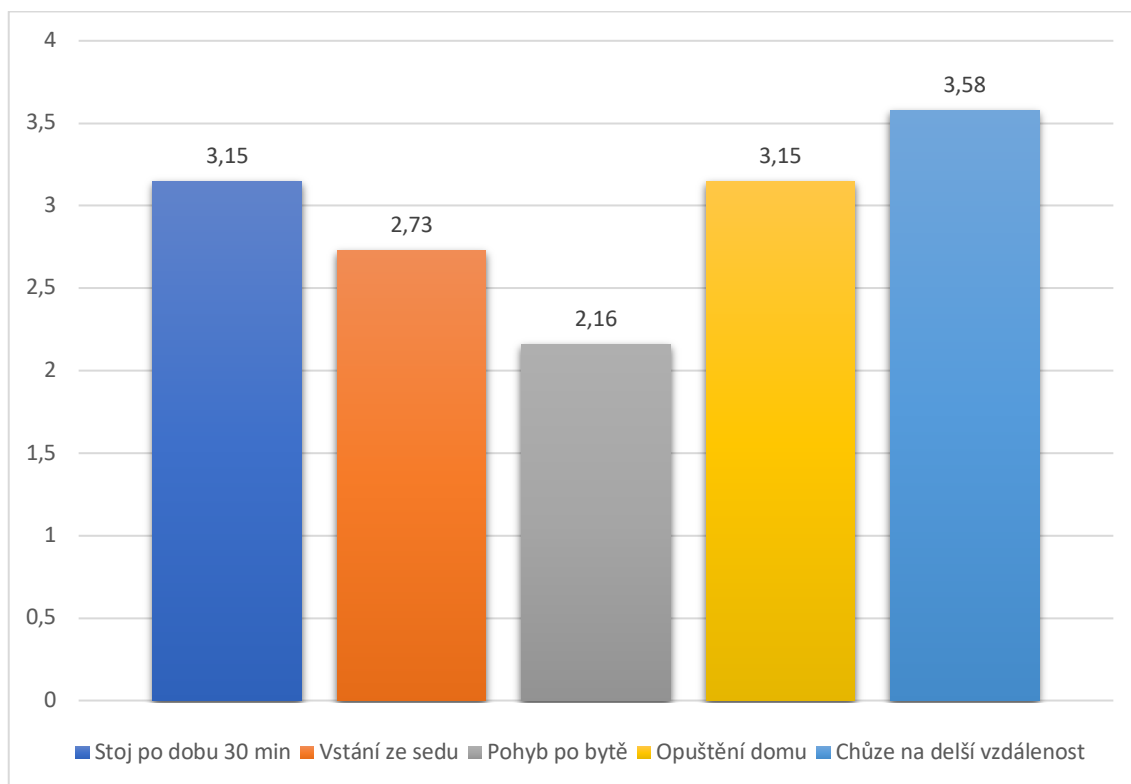
Graf 52 WHODAS 2.0 doména porozumění a komunikace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 52 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „porozumění a komunikace“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti rozboru a řešení problémů v každodenním životě (2,19 – střední obtíže), naučit se něco nového, např. dostat se na nové místo (1,92 – střední obtíže), soustředit se na činnosti po dobu deseti minut (1,74 – střední obtíže) a zapamatování si důležitých věcí, co je potřeba udělat (1,72 – střední obtíže). Z výsledků šetření jsou respondenti nejméně znevýhodněni v oblasti porozumění konverzaci v obecném smyslu (0,58 – mírné obtíže) a zahájení a udržení rozhovoru (0,58 – mírné obtíže).

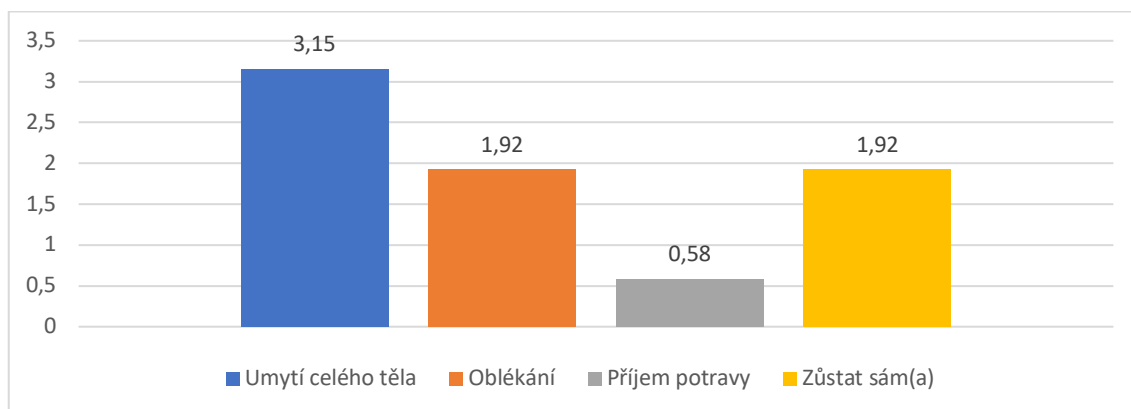
Graf 53 WHODAS 2.0 doména potíže s pohyblivostí



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 53 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „potíže s pohyblivostí“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodnění v oblasti chůze na delší vzdálenost (3,58 – těžké obtíže), stání po delší dobu, např. 30 minut (3,15 – těžké obtíže), vyjít ven z domu (3,15 – těžké obtíže) a vstání ze sedu (2,73 – těžké obtíže). Do velké míry jsou také znevýhodnění v poslední sledované oblasti – pohyb po bytě (2,16 – střední obtíže).

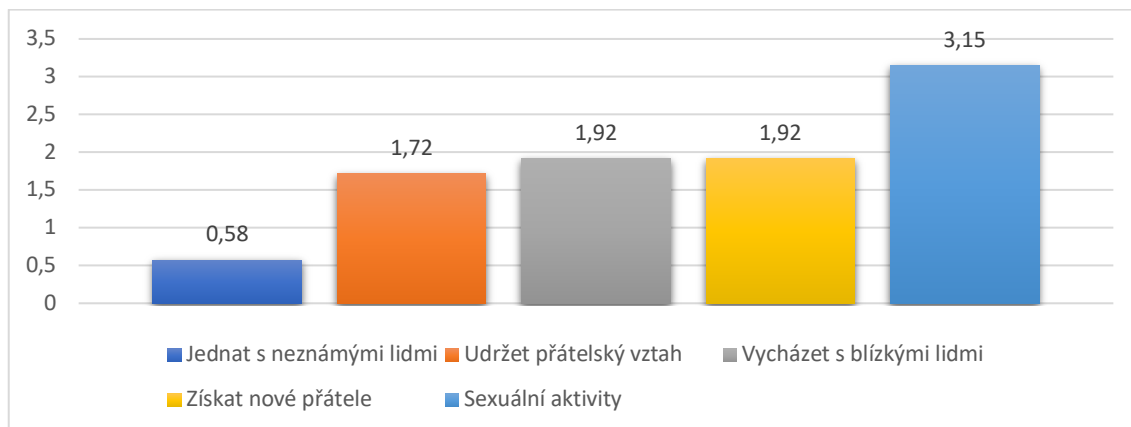
Graf 54 WHODAS 2.0 doména sebeobsluha



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 54 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „sebeobsluha“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti hygieny celého těla (3,15 – těžké obtíže). Do velké míry jsou také znevýhodněni v oblasti oblékání (1,92 – střední obtíže) a péči o sebe sama bez přítomnosti a pomoci další osoby (1,92 – střední obtíže). Nejméně znevýhodněnou oblastí je příjem potřeby (0,58 – mírné obtíže).

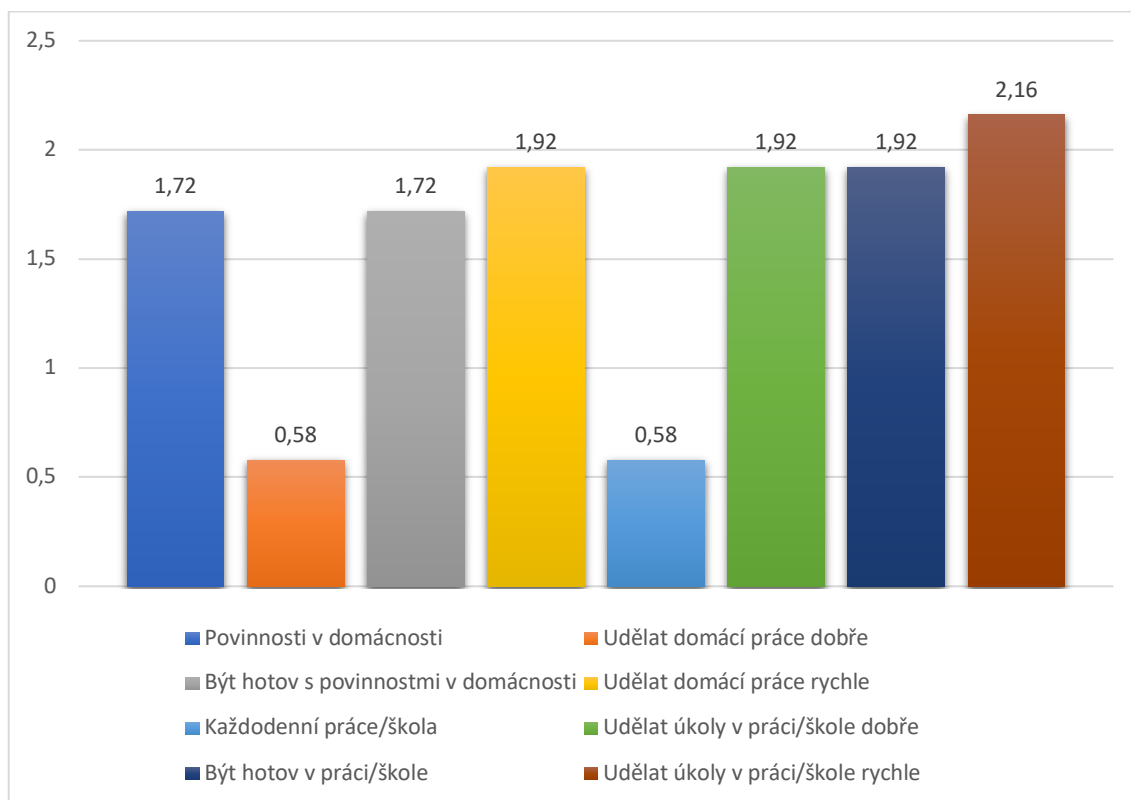
Graf 55 WHODAS 2.0 doména vztahy s lidmi



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 55 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „vztahy s lidmi“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti sexuálních aktivit (3,15 – těžké obtíže). Do velké míry jsou také znevýhodněni v oblasti získání nových přátel (1,92 – střední obtíže), vycházení s blízkými lidmi (1,92 – střední obtíže) a udržení přátelských vztahů (1,72 – střední obtíže). Nejméně znevýhodněnou je jednání s neznámými lidmi (0,58 – mírné obtíže).

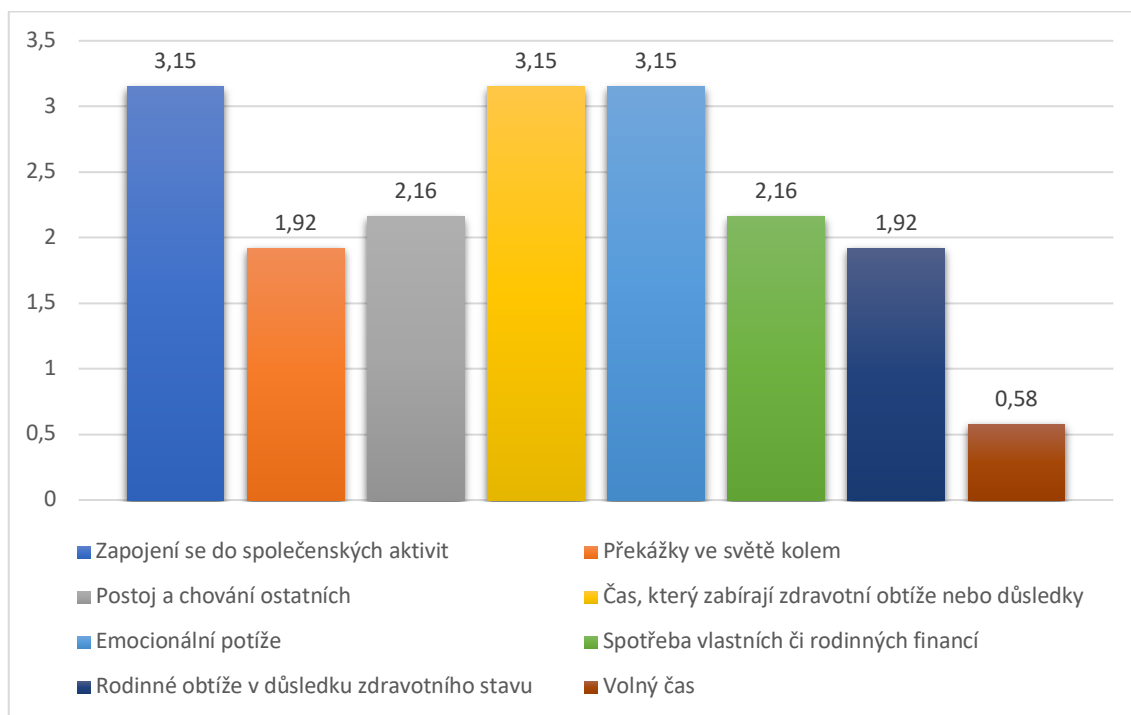
Graf 56 WHODAS 2.0 oblast životních aktivit



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 56 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „životní aktivity“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti rychlosti vykonání úkolů ve škole či v práci (2,16 – střední obtíže). Do velké míry jsou také znevýhodněni v oblasti dokončení úkolů, které mají ve vztahu ke škole či v práci (1,92 – střední obtíže), rychlosti přípravy i vykonání standardních úkolů v domácnosti (1,92 – střední obtíže), dokončení úkolů v práci či ve škole (1,92 – střední obtíže), plnění standardních povinností v domácnosti (1,72 – střední obtíže) a být s nimi hotov patřičně rychle (1,72 – střední obtíže). Nejméně znevýhodněni jsou respondenti v oblasti kvality splněných úkolů v domácnosti (0,58 – mírné obtíže) a každodenní návštěva školy nebo práce (0,58 – mírné obtíže).

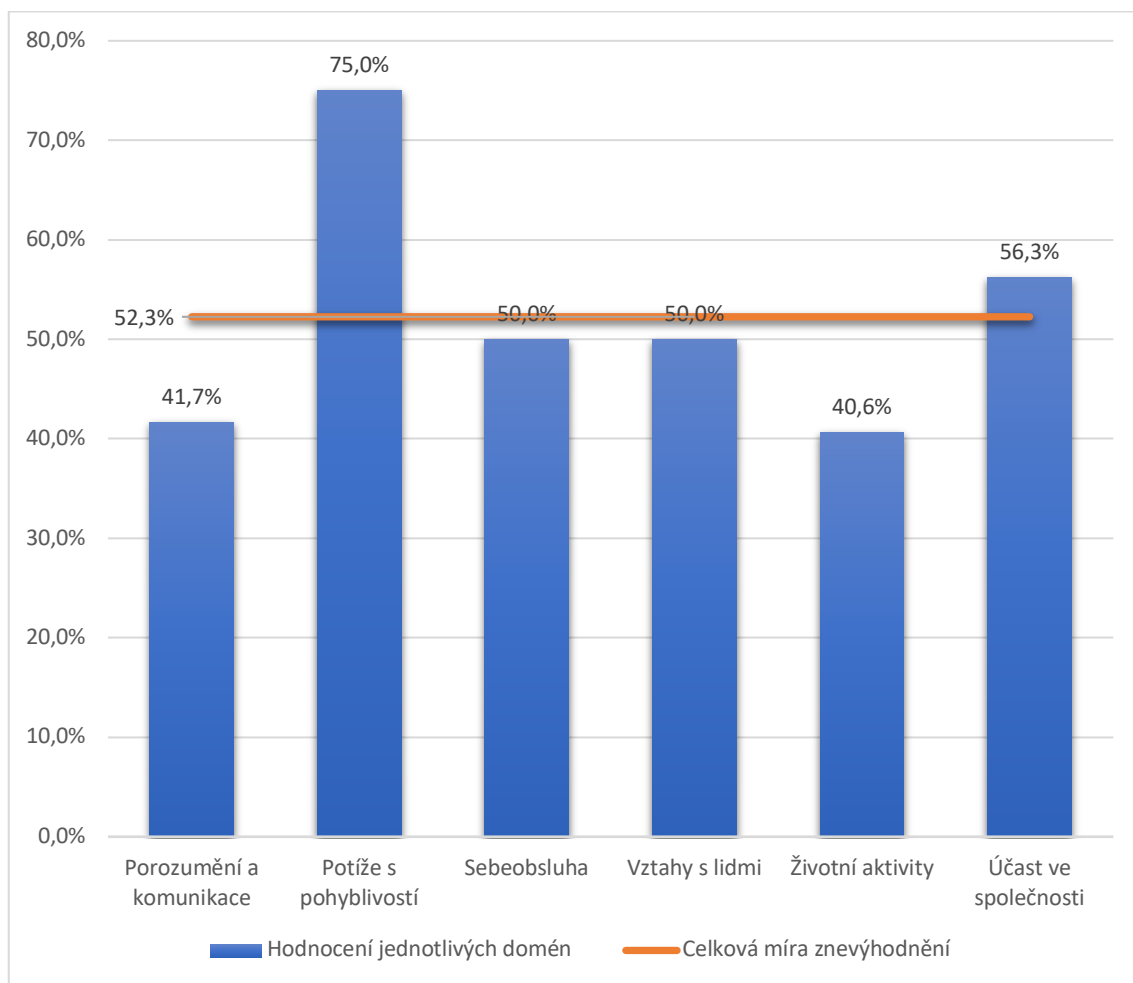
Graf 57 WHODAS 2.0 doména účast ve společnosti (participace)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 57 uvádí průměrné hodnoty sledované proměnné „účasť ve společnosti“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti udávají míru znevýhodnění, přičemž pro tuto doménu jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti zapojení se do společenských aktivit, jako jsou např. oslavy, náboženské či kulturní akce aj., stejným způsobem jako ostatní (3,15 – těžké obtíže), časové indispozice, kterou způsobují zdravotní potíže nebo jejich důsledky (3,15 – těžké obtíže), a emocionální potíže, které respondentům vznikají v důsledku aktuálního zdravotního stavu (3,15 – těžké obtíže). Do velké míry jsou také znevýhodněni v oblasti postojů a chování ostatních, které je příčinou nedůstojného žití (2,16 – střední obtíže), spotřeby rodinných či osobních finančních prostředků na řešení zdravotních problémů (2,16 – střední obtíže), překážek ve světě okolo respondentů (1,92 – střední obtíže) a potíží, které měla/má rodina v důsledku zdravotního stavu (1,92 – střední obtíže). Nejméně znevýhodněnou oblastí v této doméně je míra obtíží při činnostech ve volném čase, jako je relaxace nebo dovolená (0,58 – mírné obtíže).

Graf 58 WHODAS 2.0 Míra znevýhodnění v jednotlivých doménách



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 58 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „procentuální míra znevýhodnění jednotlivých domén“ hodnotícího nástroje WHODAS 2.0. Respondenti jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti potíže s pohyblivostí (75 %). Do značné míry jsou vlivem svého postižení znevýhodněni také v oblastech: účast ve společnosti (56,3 %), vztahy s lidmi (50,0 %) a sebeobsluha (50,0 %). Nejméně jsou respondenti znevýhodněni v oblastech porozumění a komunikace (41,7 %) a životní aktivity (40,6 %), ovšem i v tomto případě se jedná o vysoce markantní procentuální podíl znevýhodnění.

Respondenti jsou ve všech hodnocených oblastech znevýhodněni více než ve 40 % a v celkovém kontextu jsou podle hodnotícího nástroje WHODAS 2.0 znevýhodněni z 52,26 % oproti běžné populaci.

8.3.2 Nestandardizovaná část výzkumného šetření

Výsledky nestandardizované části kvantitativního šetření pro výzkumný soubor B byly rozděleny na přítomné obtíže v průběhu hospitalizace (viz. tabulka 10) a subjektivní názor respondentů na observaci těchto potřeb (viz. tabulka 11).

Přehled přítomných obtíží byl v souvislosti s velkým množstvím dat kategorizován do podkategorií – biologické potřeby (viz. graf 59), psychické potřeby (viz. graf 60) a sociálně-spirituální potřeby (viz. graf 61). Pro lepší ilustraci bylo vytvořeno grafické znázornění míry obtíží i jejich observace (viz. graf 62). Hodnocení subjektivního pocitu observace jednotlivých oblastí bylo doplněno o další čtyři položky: druh znevýhodnění, polohování, aktivita a informovanost (viz. graf 63).

Tabulka 10 Přehled středních hodnot přítomných obtíží

Oblast obtíží při hospitalizaci	Modus	Medián	Průměr	Rozptyl	Směrodatná odchylka
Usínání	2	1	1,25	0,96	0,98
Spánek	0	1	1,07	1,25	1,12
Inkontinence moče	2	2	1,94	2,09	1,45
Inkontinence stolice	2	2	1,46	1,13	1,01
Zácpa	3	1	1,47	1,52	1,23
Hyperhidróza	0	1	1,16	1,01	1,00
Vyprazdňování	3	2	1,71	1,53	1,23
Zachování intimity	3	2	1,91	1,59	1,26
Pocit bezpečí	4	2	1,93	2,48	1,57
Pocit jistoty	4	2	1,94	2,49	1,58
Sebeúcta	4	2	1,99	2,64	1,63
Řešení krizových situací	0	2	1,65	1,68	1,30
Spiritualita	0	1	1,31	1,72	1,31
Naplnění životních cílů	1	1	1,67	1,25	1,12
Izolovanost	3	2	1,98	1,79	1,34
Bolest	3	2	2,19	0,94	0,97

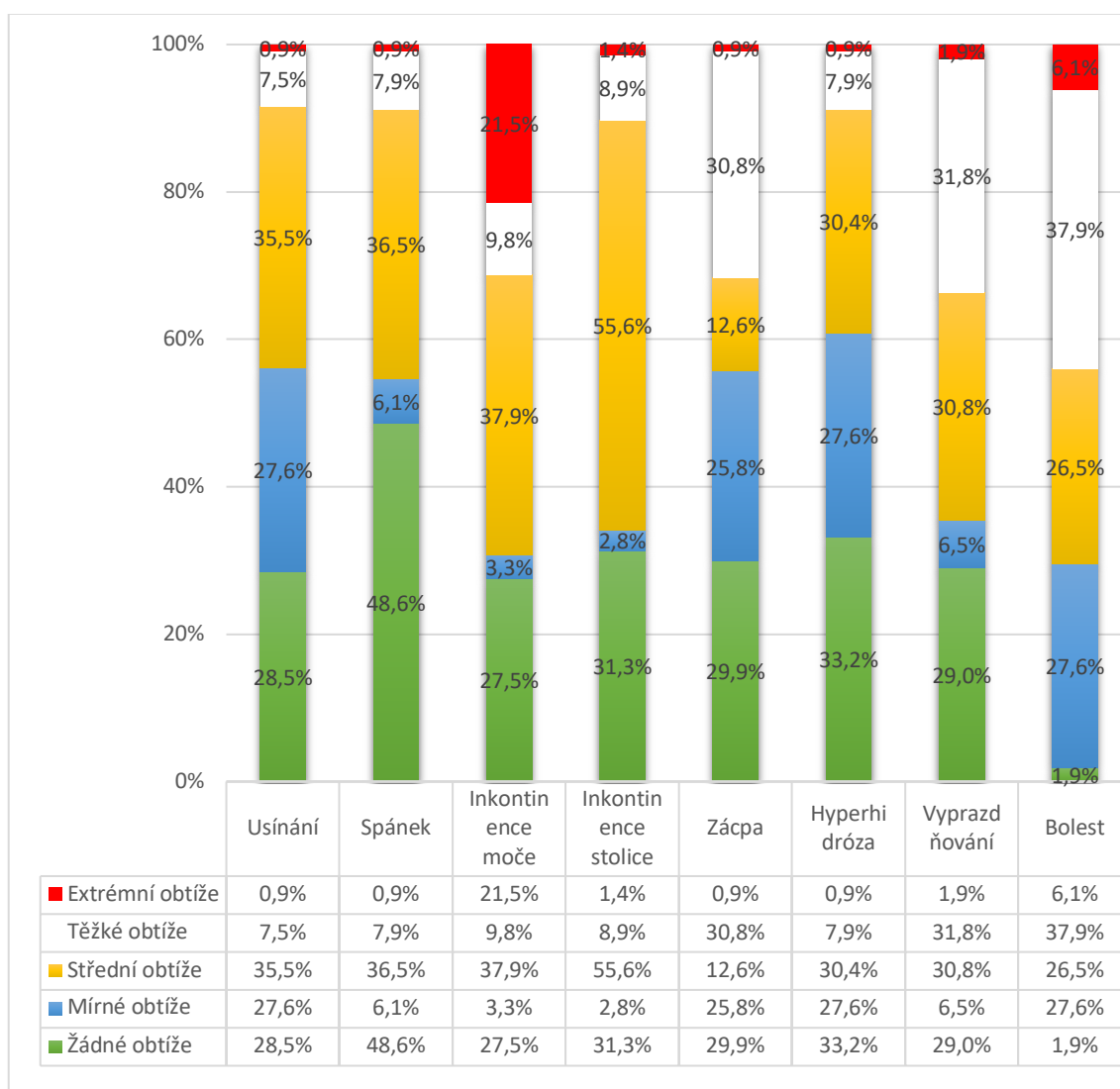
(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 10 uvádí střední hodnoty sledované proměnné „obtíže v průběhu hospitalizace“.

Uvedené hodnoty se pohybují v rozmezí od 0 (žádné obtíže) do 4 (extrémní obtíže). Respondenti uvádí subjektivně největší míru obtíží pro oblast bolesti (2,19 – střední obtíže), sebeúcty (1,99 – střední obtíže), izolovanost od ostatních (1,98 – střední obtíže), inkontinence moče (1,94 – střední obtíže), pocit jistoty (1,94 – střední obtíže), pocit bezpečí (1,93 – střední obtíže), vyprazdňování (1,71 – střední obtíže), naplnění životních cílů (1,67 – střední obtíže) a řešení krizových situací (1,65 – střední obtíže).

Žádná z hodnocených domén nemá průměrnou hodnotu v rozmezí 0,0 – 0,49 (žádné obtíže), 2,5 – 3,4 (těžké obtíže) ani 3,5 – 4 (extrémní obtíže).

Graf 59 Přítomné obtíže v oblasti biologických potřeb v průběhu hospitalizace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 59 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „Subjektivní míra obtíží u pacientů s tělesným znevýhodněním, v oblasti biologických potřeb, v průběhu hospitalizace“.

Pro oblast usínání respondenti uvádí v 0,9 % (n= 2) extrémní míru obtíží; 7,5 % (n= 17) těžkou míru obtíží; 35,5 % (n= 76) střední míru obtíží; 27,6 % (n= 59) mírnou míru obtíží a ve 28,5 % (n= 61) žádnou míru obtíží.

Pro oblast spánku respondenti uvádí v 0,9 % (n= 2) extrémní míru obtíží; 7,9 % (n= 95) těžkou míru obtíží; 36,5 % (n= 78) střední míru obtíží; 6,1 % (n= 13) mírnou míru obtíží a v 48,6 % (n= 104) žádnou míru obtíží.

Oblast inkontinence moče je hodnocena ve 21,5 % (n= 46) přítomností extrémní míry obtíží; 9,8 % (n= 21) přítomností těžké míry obtíží; 37,9 % (n= 81) přítomností střední míry obtíží; 3,3 % (n= 7) přítomností mírné míry obtíží a ve 27,5 % (n= 59) nepřítomností žádné míry obtíží.

Pro oblast inkontinence stolice respondenti uvádí v 1,4 % (n= 3) extrémní míru obtíží; 8,9 % (n= 19) těžkou míru obtíží; 55,6 % (n= 119) střední míru obtíží; 2,8 % (n= 6) mírnou míru obtíží a ve 31,3 % (n= 67) žádnou míru obtíží.

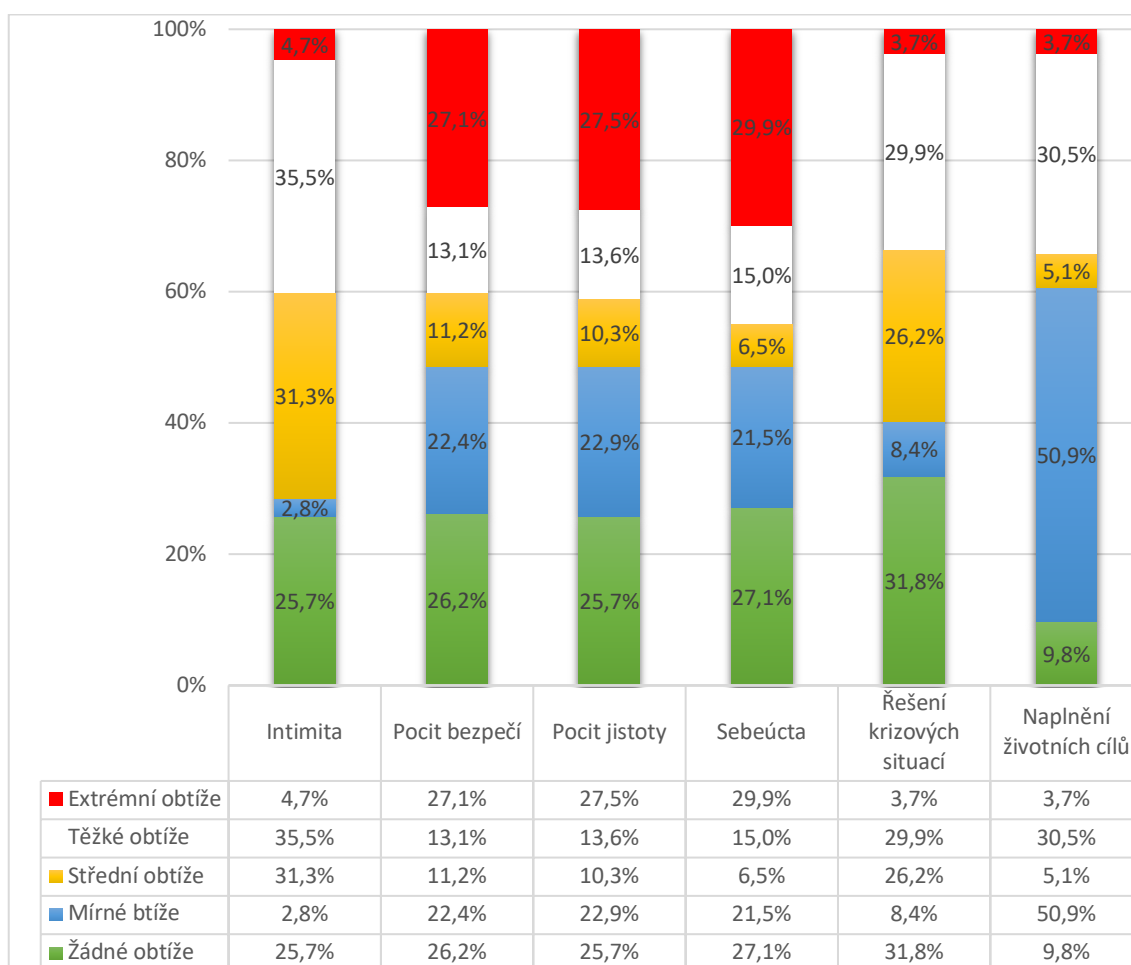
Pro oblast zácpy respondenti uvádí v 0,9 % (n= 2) extrémní míru obtíží; 30,8 % (n= 66) těžkou míru obtíží; 12,6 % (n= 27) střední míru obtíží; 25,8 % (n= 55) mírnou míru obtíží a ve 29,9 % (n= 64) žádnou míru obtíží.

Oblast hyperhidrózy je hodnocena v 0,9 % (n= 2) přítomností extrémní míry obtíží; 7,9 % (n= 17) přítomností těžké míry obtíží; 30,4 % (n= 65) přítomností střední míry obtíží; 27,6 % (n= 59) přítomností mírné míry obtíží a v 33,2 % (n= 71) nepřítomností žádné míry obtíží.

Oblast vyprazdňování je hodnocena v 1,9 % (n= 4) přítomností extrémní míry obtíží; 31,8 % (n= 68) přítomností těžké míry obtíží; 30,8 % (n= 66) přítomností střední míry obtíží; 6,5 % (n= 14) přítomností mírné míry obtíží a ve 29 % (n= 62) nepřítomností žádné míry obtíží.

Oblast bolesti je hodnocena v 6,1 % (n= 13) přítomností extrémní míry obtíží; 37,9 % (n= 81) přítomností těžké míry obtíží; 26,5 % (n= 57) přítomností střední míry obtíží; 27,6 % (n= 59) přítomností mírné míry obtíží a v 1,9 % (n= 4) nepřítomností žádné míry obtíží.

Graf 60 Přítomné obtíže v oblasti psychických potřeb v průběhu hospitalizace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 60 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „Subjektivní míra přítomných obtíží, v oblasti psychických potřeb, v průběhu hospitalizace u pacientů s tělesným znevýhodněním“.

Pro oblast intimity respondenti uvádí respondenti ve 4,7 % (n= 10) extrémní míru obtíží; 35,5 % (n= 76) těžkou míru obtíží; 31,3 % (n= 67) střední míru obtíží; 2,8 % (n= 6) mírnou míru obtíží a ve 25,7 % (n= 55) žádnou míru obtíží.

Pro oblast pocitu bezpečí uvádí respondenti ve 27,1 % (n= 58) extrémní míru obtíží; 13,1 % (n= 28) těžkou míru obtíží; 11,2 % (n= 24) střední míru obtíží; 22,4 % (n= 48) mírnou míru obtíží a ve 26,2 % (n= 56) žádnou míru obtíží.

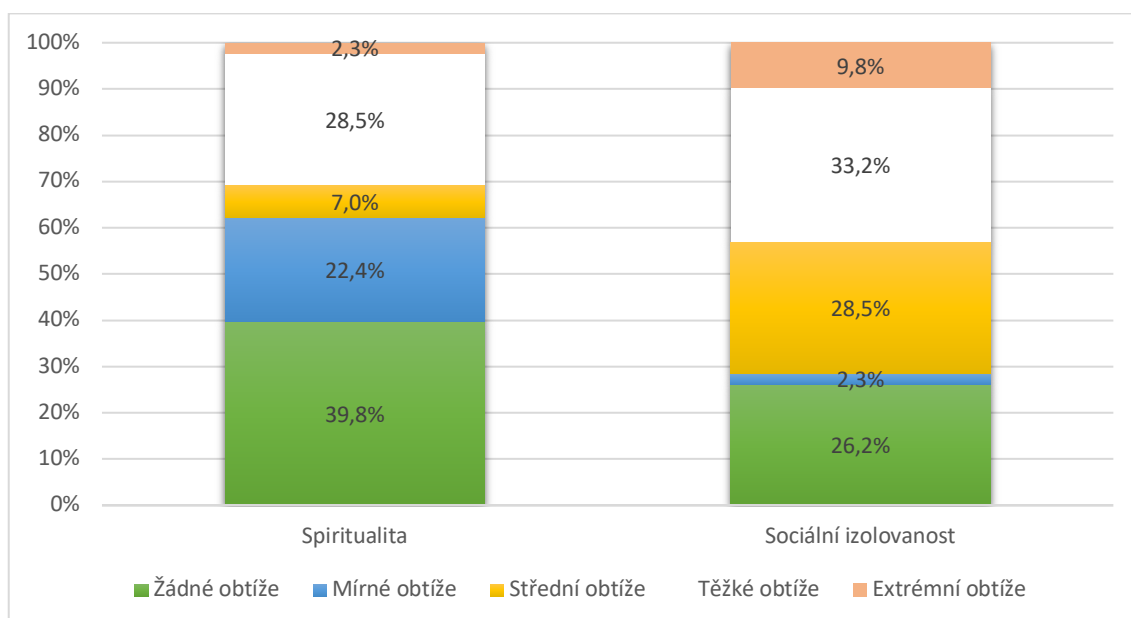
Pro oblast pocitu jistoty uvádí respondenti ve 27,5 (n= 59) extrémní míru obtíží; 13,6 % (n= 29) těžkou míru obtíží; 10,3 % (n= 22) střední míru obtíží; 22,9 % (n= 49) mírnou míru obtíží; 25,7 % (n= 55) žádnou míru obtíží.

Pro oblast sebeúcty uvádí respondenti ve 29,9 % (n= 64) extrémní míru obtíží; 15 % (n= 32) těžkou míru obtíží; 6,5 % (n= 14) střední míru obtíží; 21,5 % (n= 46) mírnou míru obtíží a ve 27,1 % (n= 58) žádnou míru obtíží.

Pro oblast řešení krizových situací respondenti uvádí ve 3,7 % (n= 8) extrémní míru obtíží; 29,9 % (n= 64) těžkou míru obtíží; 26,2 % (n= 56) střední míru obtíží; 8,4 % (n= 18) mírnou míru obtíží a ve 31,8 % (n= 68) žádnou míru obtíží.

Pro oblast naplnění životních cílů 3,7 % (n= 8) extrémní míru obtíží; 30,5 % (n= 65) těžkou míru obtíží; 5,1 % (n= 11) střední míru obtíží; 50,9 % (n= 109) mírnou míru obtíží a v 9,8 % (n= 21) žádnou míru obtíží.

Graf 61 Přítomné obtíže v oblasti sociálně-spirituálních potřeb v průběhu hospitalizace



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 61 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „Subjektivní míra přítomných obtíží, v oblasti sociálně-spirituálních potřeb, v průběhu hospitalizace u pacientů s tělesným znevýhodněním.

Pro oblast spirituality respondenti uvádí v 39,8 % (n= 85) extrémní míru obtíží; 22,4 % (n= 48) těžkou míru obtíží; 7 % (n= 15) střední míru obtíží; 28,5 % (n= 61) mírnou míru obtíží a ve 2,3 % (n= 5) žádnou míru obtíží.

Pro oblast sociální izolovanosti respondenti uvádí ve 26,2 % (n= 56) extrémní míru obtíží; 2,3 % (n= 5) těžkou míru obtíží; 28,5 % (n= 61) střední míru obtíží; 33,2 % (n= 71) mírnou míru obtíží a ve 9,8 % (n= 21) žádnou míru obtíží.

Tabulka 11 Přehled středních hodnot monitorace obtíží při hospitalizaci

Monitorace obtíží při hospitalizaci	Modus	Medián	Průměr	Rozptyl	Směrodatná odchylka
Usínání	5	4	3,70	1,70	1,31
Spánek	5	4	3,88	1,23	1,11
Inkontinence moče	4	4	3,81	1,03	1,02
Inkontinence stolice	3	3	3,42	1,11	1,05
Zácpa	3	4	3,61	1,16	1,08
Hyperhidróza	5	4	4,15	0,95	0,98
Vyprazdňování	4	4	3,46	1,48	1,22
Zachování intimity	4	4	3,29	2,25	1,50
Pocit bezpečí	3	3	3,14	2,14	1,46
Pocit jistoty	3	3	3,18	2,21	1,48
Sebeúcta	4	4	3,41	2,34	1,53
Řešení krizových situací	3	3	3,65	0,92	0,96
Spiritualita	5	4	3,72	1,43	1,19
Naplnění životních cílů	4	4	3,84	0,44	0,66
Izolovanost	3	3	3,52	0,50	0,71
Bolest	3	3	2,45	1,23	1,11
Druh znevýhodnění	4	3	2,98	1,92	1,39
Polohování	5	4	3,62	2,02	1,42
Aktivita	3	3	3,11	0,30	0,54
Informovanost	3	3	3,06	2,14	1,46

(zdroj: vlastní výzkum)

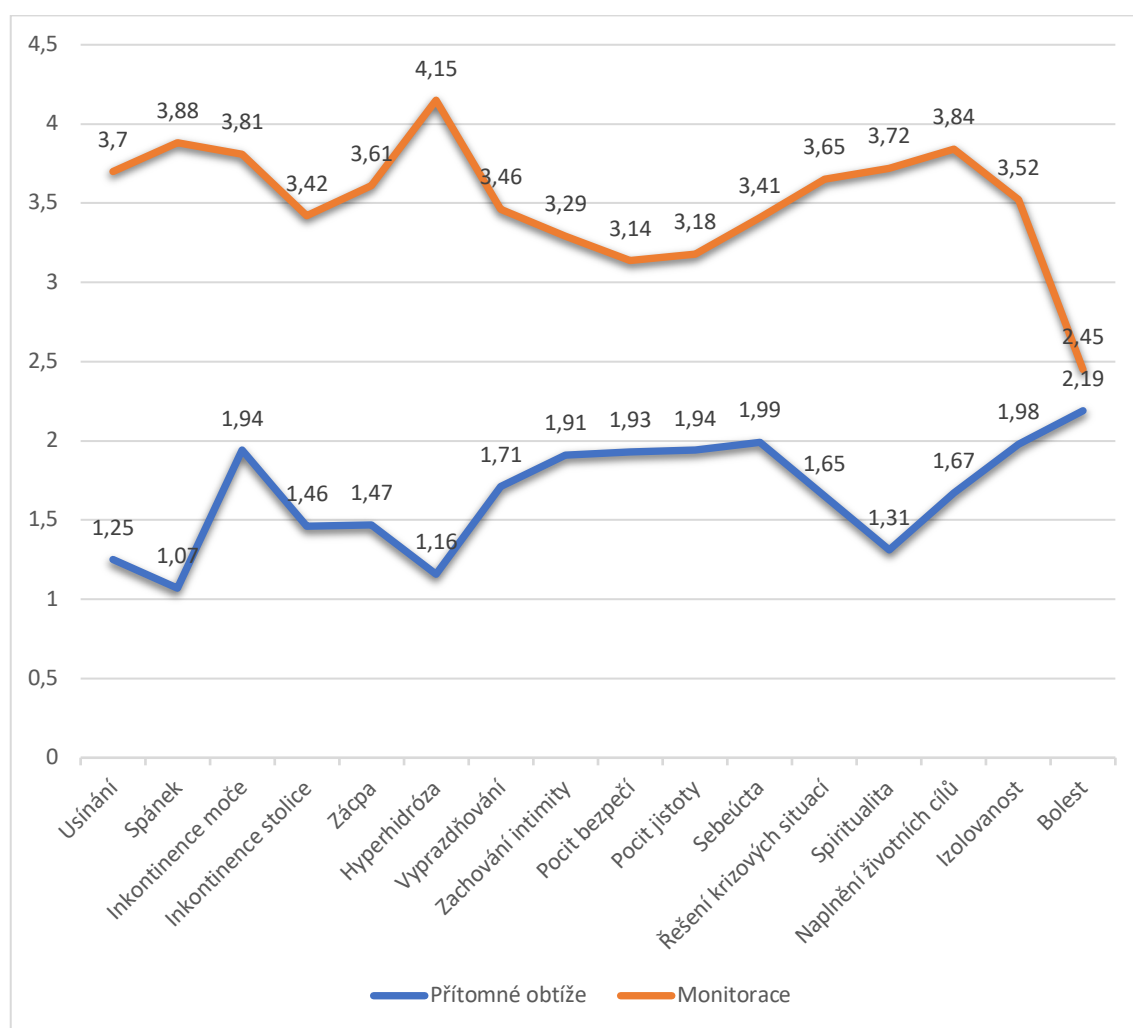
Tabulka 11 uvádí střední hodnoty sledované proměnné „subjektivní pohled pacientů s tělesným znevýhodněním na monitoraci potřeb v průběhu hospitalizace“.

Uvedené hodnoty se pohybují v rozmezí od 1 (maximálně) do 5 (vůbec ne). Respondenti uvádí subjektivně největší míru observace pro oblast bolesti (2,45 – hodně), druhu znevýhodnění (2,98 – průměrně), informovanosti (3,06 – průměrně), aktivity (3,11 – průměrně), pocitu bezpečí (3,14 – průměrně), pocitu jistoty (3,18 – průměrně), zachování intimity (3,29 – průměrně), sebeúcty (3,41 – průměrně) inkontinence stolice (3,42 – průměrně) a vyprazdňování (3,46 – průměrně). Mezi méně monitorované domény

patří informovanost (3,52 – trochu), zácpa (3,61 – trochu), polohování (3,62 - trochu), řešení krizových problémů (3,65 – trochu), usínání (3,7 – trochu), spiritualita (3,72 – trochu), inkontinence moče (3,81 – trochu), naplnění životních cílů (3,84 – trochu), spánek (3,88 – trochu), hyperhidróza (4,15 – trochu).

Žádná z hodnocených domén nemá průměrnou hodnotu v rozmezí 1,0 – 1,49 (maximálně), 4,5 – 5 (vůbec ne).

Graf 62 Přítomné obtíže a jejich monitorace v průběhu hospitalizace

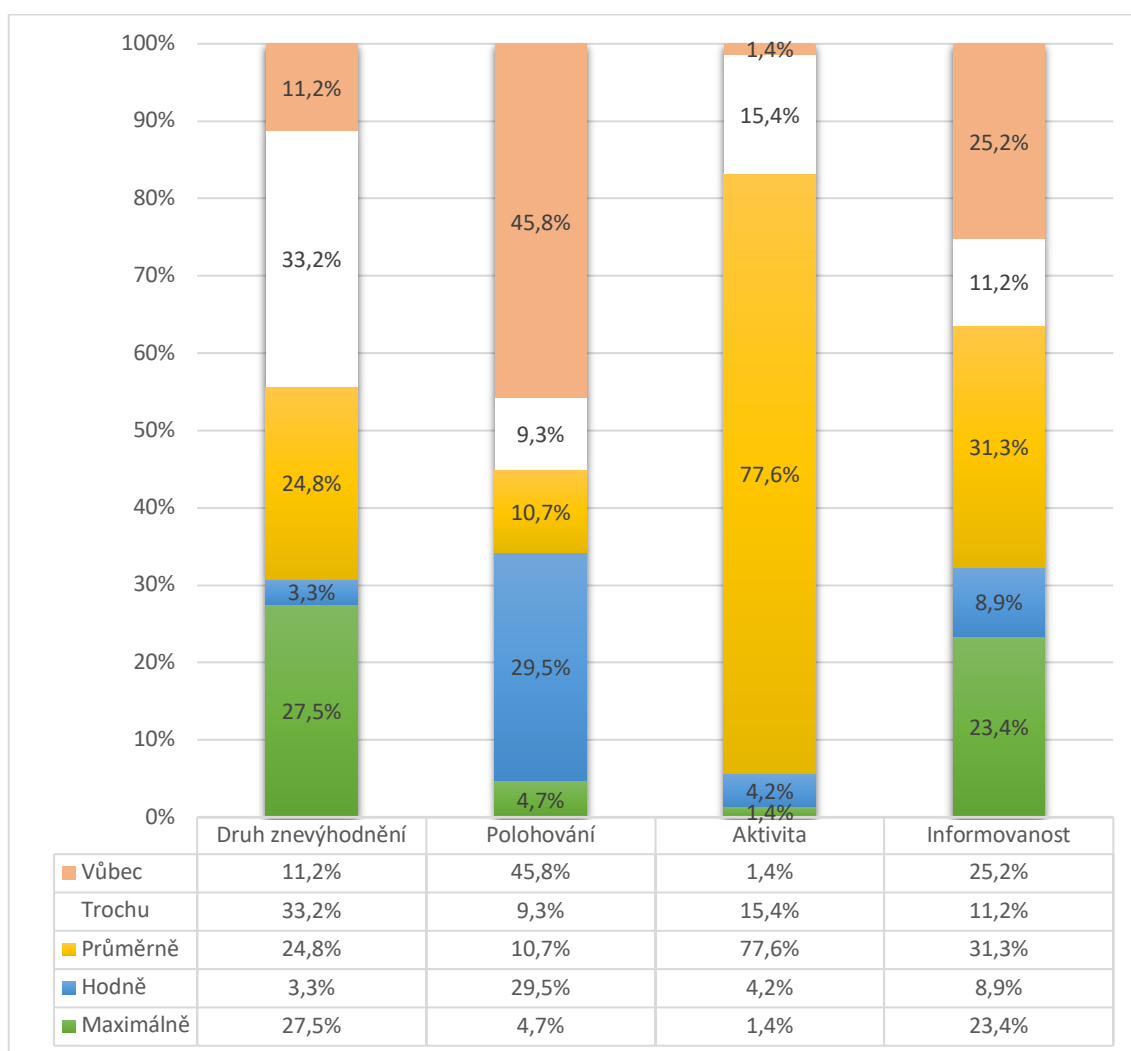


(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 62 uvádí souhrn průměrných hodnot pro sledované proměnné „přítomné obtíže a jejich observace u pacientů s tělesným znevýhodněním v průběhu hospitalizace“.

Výsledky poukazují na zvýšený subjektivní pocit průměrné nebo špatné observace. Nejvhodněji je v klinické praxi nastavena oblast bolesti, ve které pacienti pocítují střední obtíže a monitoraci hodnotí jako nadprůměrnou.

Graf 63 Subjektivní hodnocení míry observace přítomných obtíží v dalších oblastech



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 63 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „subjektivní hodnocení míry observace přítomných obtíží u pacientů s tělesným znevýhodněním ve vybraných oblastech v průběhu hospitalizace“.

Respondenti uvádí, že oblast druhu znevýhodnění byla monitorována ve 27,5 % (n= 59) maximálně; 3,3 % (n= 7) hodně; 24,8 % (n= 53) průměrně; 33,2 (n= 71) trochu a v 11,2 % (n= 24) vůbec. Oblast polohování byla monitorována ve 4,7 % (n= 10) maximálně; 29,5 % (n= 63) hodně; 10,7 % (n= 23) průměrně; 9,3 % (n= 20) trochu a v 45,8 % (n= 98) vůbec. Oblast aktivity byla monitorována v 1,4 % (n= 3) maximálně; 4,2 % (n= 9) hodně; 77,6 % (n= 166) průměrně; 15,4 % (n= 33) trochu a v 1,4 % (n= 3) vůbec. Oblast informovanosti byla monitorována ve 23,4 % (n= 50) maximálně; 8,9 % (n= 19) hodně; 31,3 % (n= 67) průměrně; 11,2 % (n= 24) trochu a ve 25,2 % (n= 54) vůbec.

Mezi další oblasti patřilo subjektivní hodnocení kvality života. Do této kategorie jsme zařadili kvalitu života, psychické zdraví, fyzické zdraví, tělesný vzhled a poskytovanou péči. Pro lepší ilustraci zkoumaných oblastí byl vytvořen přehled středních hodnot (viz. tabulka 12) a přehled relativních hodnot (viz. graf 64). V souvislosti s těmito výsledky jsme testovali hypotézu č. 9 - *Pacienti s tělesným znevýhodněním jsou více spokojeni se svým psychickým zdravím, než zdravím fyzickým.*

Tabulka 12 Přehled středních hodnot vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče

Hodnocená oblast	Modus	Medián	Průměr	Rozptyl	Směrodatná odchylka
Kvalita života	4	4	5,42	2,19	1,48
Psychické zdraví	6	5	6,47	6,56	2,56
Fyzické zdraví	8	4	4,74	5,61	2,37
Tělesný vzhled	6	4	3,97	3,49	1,87
Poskytovaná ošetrovatelská péče	5	6	5,74	1,60	1,27

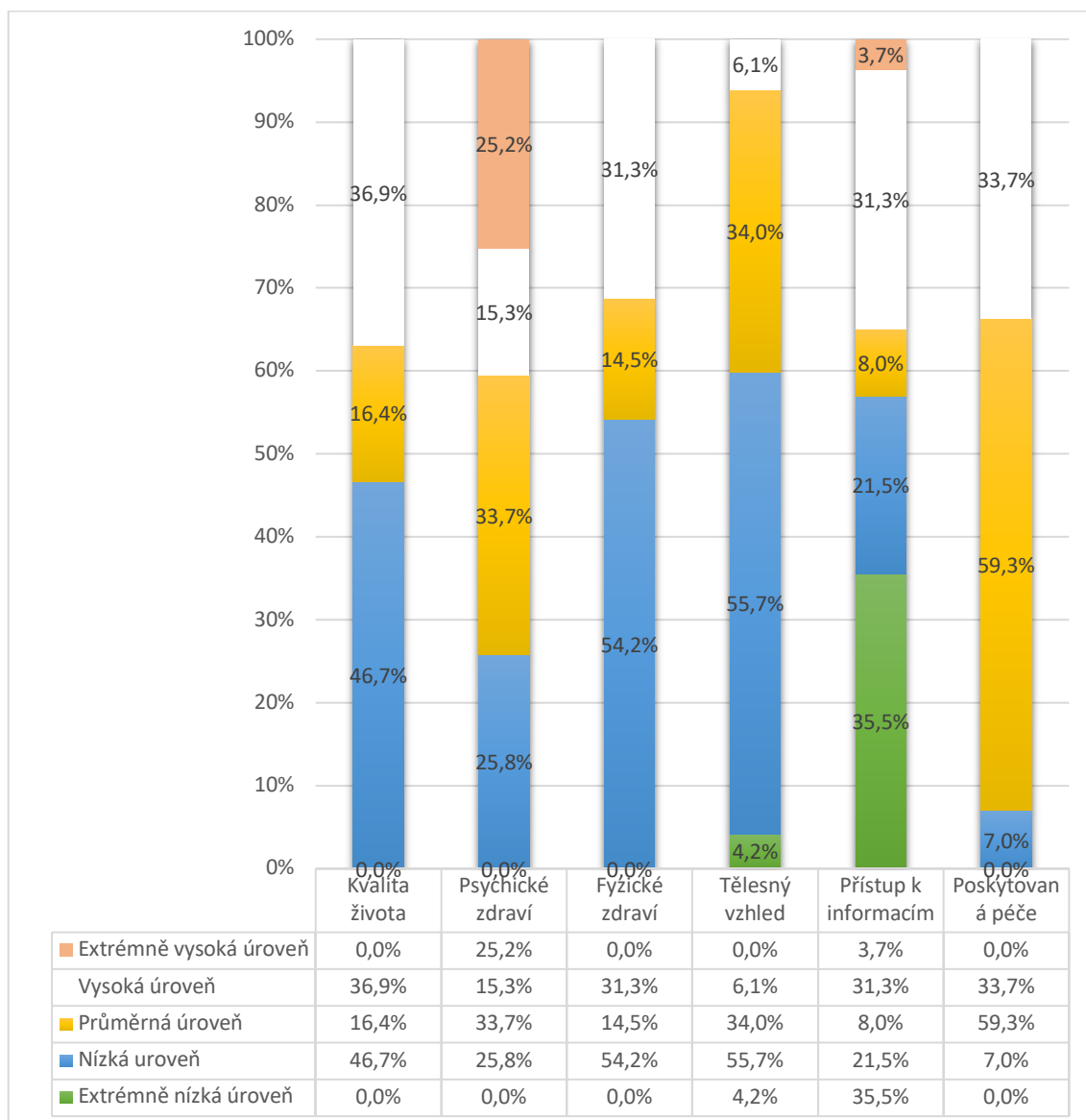
(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 12 uvádí přehled středních hodnot sledované proměnné „subjektivní hodnocení vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče“.

Respondenti nejlépe hodnotí své psychické zdraví (6,47 – vysoká úroveň), poskytovanou ošetrovatelskou péči (5,74 – vysoká úroveň) a vlastní kvalitu života (5,42 – průměrná). Velice obdobně hodnotí své fyzické zdraví (4,74 – průměrné) a tělesný vzhled (3,97 – nízká úroveň).

Žádná z hodnocených domén nemá průměrnou hodnotu v oblasti extrémně nízké úrovně (0 -2,49) a extrémně vysoké úrovně (7,5 – 10).

Graf 64 Hodnocení vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 64 uvádí relativní hodnoty sledované proměnné „hodnocení vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče pacienty s tělesným znevýhodněním“.

Oblast obecného pojetí úrovně kvality života byla respondenty hodnocena v 46,7 % (n= 100) jako nízká; v 14,6 % (n= 31) jako průměrná a v 36,9 % (n= 83) jako vysoká. Pro oblast psychického zdraví respondenti hodnotí svou úroveň ve 25,8 % (n= 55) jako nízkou; ve 33,7 % (n= 72) jako průměrnou; v 15,3 % (n= 33) jako vysokou a ve 25,2 % (n= 54) jako extrémně vysokou. Pro oblast fyzického zdraví respondenti hodnotí svou úroveň v 54,2 % (n= 116) jako nízkou; ve 14,5 % (n= 31) jako průměrnou a ve 31,3 % (n= 67) jako vysokou. Pro oblast spokojenosti s tělesným vzhledem respondenti hodnotí svou úroveň ve 4,2 % (n= 9) jako extrémně nízkou; v 55,7 % (n= 119) jako nízkou; ve

34 % (n= 73) jako průměrnou a v 6,1 % (n= 13) jako vysokou. Pro oblast dosažitelnosti potřebných informací hodnotí respondenti svou úroveň v 35,5 % (n= 76) jako extrémně nízkou; ve 21,5 % (n= 46) jako nízkou; v 8 % (n= 17) jako průměrnou; ve 31,3 % (n= 67) jako vysokou a ve 3,7 % (n= 8) jako extrémně vysokou.

Poslední hodnocenou oblastí byla úroveň poskytované. Respondenti uvádí, že v 7 % (n= 15) nízkou úroveň; v 59,3 % (n= 127) průměrnou úroveň a ve 33,7 % (n= 72) vysokou úroveň péče.

Hypotéza č. 9, ve které jsme se domnívali, že pacienti jsou více spokojeni se svým psychickým zdravím, než zdravím fyzickým byla potvrzena. V komparaci výše uvedených výsledků je průměrná hodnota fyzického zdraví 4,74 a psychického zdraví 6,47 a kvantitativně evidujeme více kladných odpovědí v oblasti psychického zdraví než v oblasti fyzického zdraví.

8.4 Statistická analýza vztahů mezi proměnnými

Testování hypotéz bylo realizováno na základě vyhledávání vztahů mezi jednotlivými proměnnými.

8.4.1 Analýza vztahů v rámci vzdělání sester

Naším prvním zaměřením bylo zjistit, zdali vzdělání sester souvisí s evidencí rizik, používáním hodnotících nástrojů a prací s výsledky po hodnocení u pacientů s tělesným znevýhodněním (tabulka 13).

Tabulka 13 Vyhledávání vztahů mezi vzděláním sester a používání nástrojů a analýzou potřeb

Vzdělání sester a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Rizika u pacientů se znevýhodněním	71,568	20	<0,001	***
Používání hodnotících škál	137,478	4	<0,001	***
Způsob práce se získanými výsledky	312,801	12	<0,001	***
Další postup po hodnocení	286,251	10	<0,001	***
Nástroje na měření rizika pádů	109,255	4	<0,001	***
Nástroje na měření rizika soběstačnosti	220,368	6	<0,001	***
Nástroje pro hodnocení rizika dekubitů	95,781	10	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 13 uvádí statisticky významné souvislosti mezi všemi testovanými proměnnými. Sestry s vysokoškolským vzděláním významně častěji poukazují na možná rizika (zejména riziko vzniku dekubitů, pádů a riziko infekce), používají hodnotící nástroje, zapisují výsledky do dokumentace, aktualizují plány péče a eliminují potenciální rizika. Dále významně častěji uvádí, že používají standardizovaný nástroj Conley scale pro hodnocení rizika pádu, Barthel test pro hodnocení soběstačnosti a Norton scale i Braden scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestry s vyšším odborným vzděláním a středoškolským vzděláním významně častěji upozorňují na riziko úrazu nebo rizika vůbec nevidují, používají hodnotící nástroje a výsledky hodnocení pouze zapisují do dokumentace. Dále významně častěji uvádí, že používají standardizovaný nástroj Morse Fall Scale pro hodnocení rizika pádu, ADL a IADL pro hodnocení soběstačnosti a hodnotící nástroj Braden nebo žádný k hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Sestry se středoškolským vzděláním významně častěji volí odpověď, že neví.

Naším dalším zaměřením bylo zjistit, jaký vztah má vzdělání s jednotlivými hodnotícími standardizovanými nástroji (tabulka 14).

Tabulka 14 Vyhledávání vztahů mezi vzděláním a využitelnost jednotlivých nástrojů

Vzdělání sester a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Využití Conley scale	141,537	10	<0,001	***
Využití Morse Fall Scale	94,250	10	<0,001	***
Využití Tinetti scale	109,582	10	<0,001	***
Využití Barthel test	172,393	10	<0,001	***
Využití IADL	178,274	10	<0,001	***
Využití Norton scale	217,900	10	<0,001	***
Využití Braden scale	72,060	10	<0,001	***
Využití Waterlow scale	170,224	10	<0,001	***
Využití Knoll scale	120,339	10	<0,001	***
Využití Shannon scale	111,976	10	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 14 uvádí statisticky významné souvislosti mezi vzděláním sester a využitelnosti jednotlivých nástrojů. Sestry s vysokoškolským vzděláním významně častěji volí využitelnost Conley scale, Tinetti scale, Barthel test, Knoll scale a Shannon scale jako průměrnou, Morse Fall scale a Waterlow scale jako maximálně využitelný, IADL a Braden scale jako hodně využitelný a Norton scale jako absolutně nepoužitelný.

Sestry s vyšším odborným vzděláním významně častěji volí využitelnost Conley scale, Morse Fall Scale, Barthel test a Braden scale jako maximální, Tinetti scale jako průměrné, IADL, Waterlow scale, Knoll scale a Shannon scale jako hodně využitelné a Norton scale jako absolutně nepoužitelný.

Sestry se středoškolským vzděláním významně častěji volí využitelnost Barthel test a Braden scale jako hodně využitelný, Norton scale jako nepoužitelný a u ostatních hodnotících nástrojů nevědí.

Z předložené tabulky 9 a testování souvislostí můžeme konstatovat, že sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním mají systém odpovědí velice variabilní, oproti tomu sestry se středoškolským vzděláním významně častěji nevědí.

8.4.2 Analýza vztahů v rámci školení sester o problematice tělesného znevýhodnění

Naším dalším zaměřením bylo vyhledávání souvislostí mezi školením sester o problematice tělesného znevýhodnění a subjektivním pocitem dostatečnosti hodnocení a způsobu práce s výsledky (tabulka 15).

Tabulka 15 Vyhledávání souvislostí mezi školením a subjektivním pocitem dostatečnosti hodnocení

Školení sester a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Hodnocené oblasti	386,774	16	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení soběstačnosti	567,576	8	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení kognitivních funkcí	632,545	8	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení rizika vzniku dekubitů	472,881	8	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení rizika pádu	352,937	8	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení nutriční	351,247	80	<0,001	***
Dostatečnost hodnocení druhu znevýhodnění	649,404	8	<0,001	***
Způsob práce s výsledky	261,472	12	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 15 uvádí statisticky významné souvislosti mezi školením sester a oblastmi hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním. Sestry, které uvedly, že byly školeny o problematice tělesného znevýhodnění významně častěji hodnotí soběstačnost, riziko vzniku dekubitů a riziko pádu. Sestry, které nebyly školeny o problematice tělesného znevýhodnění významně častěji hodnotí kognitivní funkce, nutriční screening nebo hodnocení vůbec neprovádí.

Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi školením sester a dostatečností hodnocení ve vybraných oblastech. Sestry, které byly školeny o problematice tělesného znevýhodnění významně častěji uvádí, že hodnocení rizika pádu, dekubitů a soběstačnosti je dostatečně hodnocené a ostatní domény jsou hodnoceny průměrně nebo nedostatečně. Sestry, které nebyly školeny o problematice tělesného znevýhodnění uvádí, že jsou všechny domény hodnoceny dostatečně.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi školením sester a způsobem práce s výsledky. Sestry, které byly školeny o problematice tělesného znevýhodnění významně častěji provádí analýzu výsledků hodnocení a zaznamenávají je do dokumentace. Sestry, které nejsou o problematice tělesného znevýhodnění školeny významně častěji uvádí, že výsledky pouze zapisují do dokumentace nebo neví.

8.4.3 Analýza vztahů v rámci používání hodnotících nástrojů

Naším dalším záměrem bylo vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnotících nástrojů a evidencí rizik, časovou náročností, fyzickou náročností, psychickou náročností, hodnocením pomocí standardizovaných nástrojů a přehledem inovací (tabulka 16).

Tabulka 16 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnotících nástrojů a prováděným hodnocením

Používání hodnotících nástrojů a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Evidence rizik	282,618	4	<0,001	***
Časová náročnost	2,449	2	0,294	n.s.
Fyzická náročnost	4,075	2	0,130	n.s.
Psychická náročnost	125,876	2	<0,001	***
Hodnocení podle Conley scale	351,662	8	<0,001	***
Hodnocení podle Morse Fall Scale	382,559	8	<0,001	***
Hodnocení podle Tinetti scale	98,622	8	<0,001	***
Hodnocení podle Barthelova testu	221,484	8	<0,001	***
Hodnocení podle IADL	236,815	8	<0,001	***
Hodnocení podle Norton Scale	672,480	8	<0,001	***
Hodnocení podle Braden Scale	241,610	8	<0,001	***
Hodnocení podle Waterlow scale	383,148	8	<0,001	***
Hodnocení podle Knoll scale	312,829	8	<0,001	***
Hodnocení podle Shannon scale	373,126	8	<0,001	***
Inovace v oblasti ošetrovatelské péče	386,657	10	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 16 uvádí statisticky významné souvislosti mezi používáním hodnotících nástrojů u pacientů s tělesným znevýhodněním a názorem na existenci rizik. Sestry, které ve své praxi používají hodnotící nástroje významně častěji uvádí, že u pacientů s tělesným

znevýhodněním existují rizika. Sestry, které uvedly, že v jejich praxi hodnotící nástroje nepoužívají, významně častěji uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním rizika neexistují nebo nevědí.

Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi druhem školení sester o problematice tělesného znevýhodnění a hodnocení psychické náročnosti. Sestry, které hodnotící nástroje používají, považují ošetřování pacientů s tělesným znevýhodněním za psychicky náročné. Sestry, které hodnotící nástroje nepoužívají, považují ošetřování pacientů s tělesným znevýhodněním za méně psychicky náročné. Statisticky významná souvislost mezi proměnnými používání hodnotících nástrojů u pacientů s tělesným znevýhodněním a hodnocením časové a fyzické náročnosti ošetřování pacientů nebyla prokázána.

Také byla prokázána statisticky významná souvislost mezi používáním hodnotících nástrojů a jejich zavedením do své klinické praxe. Sestry, které uvedly, že v jejich organizaci používají hodnotící nástroje u pacientů s tělesným znevýhodněním by ve větší míře přivítaly zavedení Conley scale, Morse Fall scale a Tinetti scale pro hodnocení rizika pádu, Barthel testu, IADL pro hodnocení soběstačnosti a Waterlow scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů do své klinické praxe. Sestry, které uvedly, že nevědí, jestli hodnotící nástroje používají, by ve své praxi uvítaly zejména Morse Fall Scale a Tinetti scale pro hodnocení rizika pádu, Barthel test a IADL pro hodnocení soběstačnosti a Braden scale a Waterlow scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestry, které ve své praxi nepoužívají hodnotící nástroje, by výrazně častěji přivítaly Conley scale, Morse Fall Scale i Tinetti scale pro hodnocení rizika pádu, Barthel test pro hodnocení soběstačnosti, Braden scale, Waterlow scale, Knoll scale a Shannon scale pro hodnocení rizika dekubitů a výrazně častěji volí také odpověď, že nechtějí žádné standardizované nástroje.

Statisticky významná souvislost byla prokázána také mezi používáním hodnotících nástrojů u pacientů s tělesným znevýhodněním a preferovanými inovacemi v oblasti péče o pacienty s tělesným znevýhodněním. Sestry, které uvedly, že používají hodnotící nástroje významně častěji preferují zavedení komplexnějšího hodnocení a implementaci modernějších pomůcek. Sestry, které nevědí, zda hodnotící nástroje používají významně častěji přivítaly edukaci v této oblasti a sestry, které hodnotící nástroje nepoužívají žádné inovace nepožadují nebo neví, jaké by požadovat mohly.

8.4.4 Analýza vztahů v rámci měřených oblastí a používáním nástrojů

Dále jsme se zaměřovali na vyhledávání souvislostí mezi měřenými oblastmi a používáním standardizovaných nástrojů (tabulka 17).

Tabulka 17 Vyhledávání souvislostí mezi měřenými oblastmi a používáním hodnotících nástrojů

Používání hodnotících nástrojů a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Používání nástrojů pro měření rizika pádů	519,443	16	<0,001	***
Používání nástrojů pro hodnocení soběstačnosti	544,862	24	<0,001	***
Používání nástrojů pro hodnocení rizika dekubitů	1178,170	40	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 17 uvádí statisticky významné souvislosti mezi měřenými oblastmi u pacientů s tělesným znevýhodněním a používanými nástroji na měření rizika pádů, soběstačnosti a dekubitů. Z těchto nástrojů byl z analýzy vyřazen pro nulový počet pozorování test rovnováhy podle Tinetti. Sestry, které uvedly, že používají Conley scale ve významně větší míře hodnotí také soběstačnost, nutriční screening a míru znevýhodnění. Sestry, které používají Morse Fall Scale významně častěji hodnotí také soběstačnost a sestry, které nepoužívají nástroj k hodnocení rizika pádů významně častěji uvádí, že hodnotí riziko vzniku dekubitů.

Dále bylo prokázáno, že sestry, které používají pro hodnocení soběstačnosti Barthelův test významně častěji také hodnotí zdravotní stav, kognitivní funkce a nutriční screening. Sestry, které používají IADL pro hodnocení soběstačnosti významně častěji uvádí, že další oblasti nehodnotí.

Statisticky významná souvislost byla nalezena mezi měřenými oblastmi a používáním nástrojů pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestry, které používají Norton scale významně častěji hodnotí také zdravotní stav, soběstačnost, kognitivní funkce a míru znevýhodnění. Sestry, které používají Braden scale významně častěji hodnotí také riziko pádu a sestry, které používají Waterlow scale, Shannon scale a Knoll scale významně častěji také hodnotí zdravotní stav, kognitivní funkce, nutriční screening nebo uvádí, že nehodnotí žádné další oblasti.

8.4.5 Analýza vztahů v rámci používání nástrojů a názorem na dostatečnost měření

Pro účely naší studie byly také analyzovány vztahy mezi používáním nástrojů a názorem na dostatečnost realizovaného měření. V této oblasti jsme se zaměřili na testování rizika pádů (tabulka 18), soběstačnosti (tabulka 19) a rizika vzniku dekubitů (tabulka 20).

Tabulka 18 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnocení rizika pádů a dostatečnosti měření

Používání nástrojů pro měření rizika pádů a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Názor na dostatečnost měření kognitivních funkcí	519,443	16	<0,001	***
Názor na dostatečnost měření rizika pádů	544,862	24	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 18 uvádí statisticky významné souvislosti mezi používáním nástrojů pro měření rizika pádů u pacientů s tělesným znevýhodněním a názorem na dostatečnost hodnocení kognitivních funkcí. Sestry, které používají Conely scale ve významně větší míře uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním je hodnocení kognitivních funkcí spíše dostatečné a sestry, které používají Morse Fall Scale ve významně větší míře uvádí, že hodnocení kognitivních funkcí je maximálně dostatečné. Sestry, které nepoužívají nástroje pro hodnocení rizika pádů považují hodnocení kognitivních funkcí za průměrné nebo spíše nedostatečné.

Další statisticky významné souvislosti byly evidovány pro používání nástrojů na měření rizika pádů a názorem na dostatečnost tohoto měření. Sestry, které používají Conley scale i Morse Fall scale významně častěji uvádí, že považují hodnocení rizika pádů za maximálně dostatečné a sestry, které ve své praxi nástroje pro hodnocení rizika pádů nepoužívají považují hodnocení rizika pádů za spíše dostatečné.

Tabulka 19 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnocení soběstačnosti a dostatečnosti měření

Používání nástrojů pro hodnocení soběstačnosti a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Názor na dostatečnost hodnocení soběstačnosti	383,919	12	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19 uvádí statisticky významné souvislosti mezi používáním nástrojů pro hodnocení soběstačnosti u pacientů s tělesným znevýhodněním a názorem na dostatečnost hodnocení soběstačnosti.

Sestry, které uvedly, že používají pro hodnocení soběstačnosti IADL ve výrazně větší míře uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním je soběstačnost maximálně nebo spíše dostatečně měřena. Sestry, které používají Barthel test a sestry, které nástroje nepoužívají výrazně častěji uvádí, že je hodnocení soběstačnosti spíše průměrné.

Tabulka 20 Vyhledávání souvislosti mezi používáním hodnocení rizika vzniku dekubitů a dostatečnost měření

Používání nástrojů pro hodnocení rizika vzniku dekubitů a ...	Hodnota χ^2	df	p	Stat. význam
Názor na dostatečnost hodnocení rizika vzniku dekubitů	430,399	20	<0,001	***

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19 uvádí statisticky významné souvislosti mezi používáním nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů s tělesným znevýhodněním a názorem na dostatečnost hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestry, které uvedli, že používají Braden scale ve významně větší míře uvádí, že u pacientů s tělesným znevýhodněním je hodnocení rizika dekubitů spíše dostatečné. Sestry, které používají Norton scale ve významně větší míře uvádí, že je hodnocení rizika vzniku dekubitů průměrné a sestry, které nepoužívají hodnotící škály významně častěji uvádí, že je hodnocení rizika vzniku dekubitů průměrné nebo spíše nedostatečné.

8.5 Výsledky kvalitativní části výzkumného šetření

Hlavním cílem kvalitativní části výzkumného šetření bylo zjistit využitelnost připravené ošetrovatelské dokumentace a zjistit a eliminovat slabá místa, testování dokumentace v klinické praxi a následný follow-up.

8.5.1 Focus groups

Sezení se účastnilo celkem 10 osob (viz metodická část) a zapisovatel

V úvodu byl všem účastníkům opětovně sdělen cíl sezení a byly uvedeny do problematiky. Celková diskuse se zaměřovala na využití dosavadních měřících a hodnotících nástrojů pro hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním, jejich benefity, slabé stránky, problematické situace a využití připravené dokumentace pro implementaci do klinické praxe.

Probandi považují využití dosavadních hodnotících a měřících nástrojů za spíše neefektivní pro ošetrovatelství. V rámci jejich praxe by spíše uvítali její zrušení nebo vytvoření jednodušší a komplexnější verze. Za nejvíce problematické považují nelogické řazení, systém vyplňování a evidence (papírové i elektronické verze). Papírová verze je pro mladší generaci velmi nekomfortní a pokud ošetřování pacienta trvá déle než 30 dní je při hodnocení standardních pěti oblastí (pět listů velikosti A4 založených do dokumentace pacienta) každých 7 dní nebo dříve celková složka přehlacena. Někteří probandi dále uvádí, že v rámci poskytování zdravotní péče je vytvořena interní hierarchie evidence výsledků a při přehlacení složky se evidují v papírové podobě spíše výsledky laboratorních, konziliárních a jiných vyšetření. Výsledky ošetrovatelských testů jsou selektivně vyčleňovány a evidovány na jiném místě (nikoliv ve složce pacienta).

Aktuálně používaná elektronická verze pro hodnocení je podle probandů také velice neefektivní a zastaralá, neboť se musí každý člověk přihlásit do systému a každý test vyplňovat separovaně (podle informací je na pouhé otevření jednoho testu nutné zobrazit 8–10 jiných souborů), sestra musí být fixně u zařízení (chybí zde přímý kontakt s pacientem při hodnocení) a celkově je pro sestry vyplnění i časově náročné (přibližně 15–30 minut v závislosti na počtu testů). Dále probandi uvádí, že by bylo velice příznivé, kdyby byla celá dokumentace elektronicky propojena, aby se jednou evidované informace doplňovaly automaticky mezi všemi položkami, včetně hodnotících testů. Opakované zadávání stejných informací ošetrovatelský personál spíše demotivuje. Další

diskutovanou inovací bylo sledování trendu a možnosti využití nové dokumentace. Probandi aktuální výsledky nekontrolují a ve většině případů je pouze evidují (management zdravotnických zařízení nařídil povinné hodnocení). Zobrazení jednotlivých výsledků a možnost využít např. standartní spojnicový graf pro sledování trendu, by mohlo více motivovat ošetrovatelský personál pro práci s výsledky.

Na základě prostudování jednotlivých bodů v ošetrovatelské dokumentaci sestry navrhovaly možné úpravy a diskutovaly nad výhodami a nevýhodami využití předložené dokumentace pro účely jejich oddělení. V souvislosti s modernizací dokumentace, elektronizace dokumentů a eliminace nepotřebných pasáží sestry doporučili odstranit hodnocení pacienta využívané především v akutní péči (jednotky intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení). Za nevhodné se jim zdálo hodnocení tracheostomických kanyl, endotracheálních kanyl, dialyzačního procesu, péče o velké množství drenáží a využití polohovacích pomůcek. Jako velice přínosné považovaly hodnocení rizika vzniku dekubitů, komplexní nástroj WHODAS 2.0, hodnocení infekce a bolesti včetně možnosti zapsání, jak se je bolest redukována. V souvislosti s použitým standardizovaným nástrojem WHODAS 2.0 se sestry shodly, že by uvítaly i modernější nástroj pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, např. Waterlow scale, jako součást ošetrovatelské dokumentace.

Závěrečná část diskuse se zaměřovala na elektronizaci vytvořené dokumentace nebo vytvoření celkové elektronické databáze, která by byla více propracována a nabízela možnosti hodnocení pomocí představených standardizovaných nástrojů WHODAS 2.0 a Waterlow scale. Probandi by tento systém uvítali zejména pro jeho praktičnost v souvislosti s podáváním léčivých přípravků (riziková léčiva by se automaticky evidovala v dekurzu pro účely podávání léků a v hodnotících nástrojích jako rizikový faktor např. u hodnocení pádu), polohování, využití pomůcek, nutričním omezením apod. Mimo tyto fakta také hodnotí časové možnosti práce s dokumentací jako velice náročné, neboť se v klinické praxi velice často stává, že do jedné dokumentace provádí záznam více než 5 osob (staniční sestra, ošetřující sestra, ošetřující lékař, konziliární lékař, fyzioterapeut, nutriční terapeut apod.) a papírová verze neumožňuje paralelní zobrazení u více osob. Z těchto důvodů by probandi i naši dokumentaci uvítali spíše v elektronické verzi.

8.5.2 Follow-up po testování dokumentace

Sezení se účastnilo celkem 10 osob a zapisovatel

Poslední fází byla diskuse se sestrami po testování předložené dokumentace. V rámci hodnocení této dokumentace se sestry shodují, že předložený nástroj WHODAS 2.0 je vysoce objektivní jako součást dokumentace je vhodně uzpůsoben. Standardizovaný nástroj Waterlow scale také hodnotí kladně, ovšem v souvislosti s nevyužitím moderních pomůcek pro polohování v klinické praxi je vhodnější pro tyto účely ponechat standardizovaný nástroj Braden scale, který je v současné době považován za přesnější a spolehlivější. Výsledkem diskuse nad standardizovanými nástroji hodnotící riziko vzniku dekubitů bylo ponechání obou standardizovaných nástrojů, aby bylo evidentní, že je nutné rozšířit pole rizikových faktorů podílející se na rozvoji dekubitů a požádat management zdravotnických zařízení o modernizaci technického vybavení pro polohování pacientů.

Sestry se shodly, že prvotní vyloučení využití polohovacích pomůcek bylo ukvapené a v rámci preventivních opatření je vhodné tuto informaci vložit zpět včetně rozšíření o typ prováděné rehabilitace. Dále bylo požádáno o vložení informace o použití omezovacích prostředků. Po diskusi se sestry shodly, že na odděleních nyní pracují i s pacienty s tracheostomickou kanylou, a proto je nutné i tyto informace vložit do ošetrovatelské dokumentace, včetně informací o odsávání a charakter sputa.

Finální dokumentace byla aktualizována a sestavena do kategorií: Informace o oddělení, hodnocení vědomí, hodnocení fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota a dech), hodnocení dýchání, polohování a rehabilitace, hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Braden scale a Waterlow scale, hodnocení bolesti, hodnocení infekce a standardizovaný nástroj pro hodnocení znevýhodnění WHODAS 2.0 (viz příloha 1).

9 Diskuse

Tělesné znevýhodnění jako multifaktoriální fenomén je velice náročný na pochopitelný a projekce potřeb do životních potřeb je variabilně závislá na druhu a míře znevýhodnění. Naše výsledky poukazují na široké spektrum znevýhodněných oblastí, které souvisí s tělesným znevýhodněním. Silveira-Maia et al. (2019) také potvrzuje, že u pacientů s tělesným znevýhodněním je potřeba pečlivě plánovat veškeré ošetrovatelské intervence v závislosti na aktuálních specifických potřebách. K pochopení celé perspektivy znevýhodnění, rychlému a efektivnímu zhodnocení a zahájení vhodné léčby je v zahraničí doporučováno použití mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF). Vzhledem k náročnosti dané problematiky autoři doporučují i verzi modifikovanou pro dětskou populaci nazvanou ICF-CY.

V souvislosti s pochopením tělesného znevýhodnění je důležité rozvinout diskusi s pacientem o přítomných problémech a důsledcích, které s sebou tělesné znevýhodnění přináší. Huang et al. (2016) také považují komunikaci za hlavní důležitou součást interakce mezi pacientem a ošetrovatelským personálem, zejména pak se zaměřením na věk pacienta. Stejně tak je potřeba rozlišovat, jestli je tělesné znevýhodnění způsobeno v důsledku onemocnění či věku (např. u seniorů) nebo vlivem úrazu (např. po pádu z výšky, skocích do vody nebo autonehodě). Tyto aspekty vedou k tvorbě originálního spektra specifických potřeb, které pacient s přítomným znevýhodněním aktuálně potřebuje uspokojit. V kontextu znevýhodnění jako celku autoři doporučují využití nástroje WHODAS 2.0, který má také multidimenzionální charakter a je aplikovatelný na všechny druhy znevýhodnění, včetně pacientů s poruchou kognitivních funkcí. Tento nástroj se je podle Chen et al. (2020) vhodné aplikovat na jakékoliv pacienty ve zdravotnickém i nezdravotnickém zařízení, pokud ošetrovatelský personál nabije podezření, že by mohl být oproti ostatním pacientům znevýhodněn, např. vlivem chronického psychické onemocnění. V takovém případě je pro pochopení důležité dodržet zásady pro vyhodnocení, zejména poslední tři otázky zaměřující se na konkrétní čas, po který je pacient během posledních třiceti dní limitován vlivem onemocnění nebo jeho důsledků. Tento nástroj je velice moderní, avšak aktuálně se hodnocené oblasti nahrazují a za spolupráce světové zdravotnické organizace je testována originální i zkrácená verze hodnotícího nástroje Model Disability Survey. Sabariego et al. (2015) se zaměřili na jeho testování a považují jej oproti ostatním dostupným hodnotícím nástrojům za vysoce efektivní.

9.1 Potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním

Pacienti s tělesným znevýhodněním mají velice variabilní spektrum potřeb v závislosti na druhu znevýhodnění, míře znevýhodnění, času, po který jsou znevýhodnění a reverzibilitě. Ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními testovali Krahn et al. (2015) spektrum potřeb, které je nutné evidovat u pacientů se znevýhodněním. V souvislosti s tělesným znevýhodněním musí ošetrovatelský personál zaměřit své objektivní i subjektivní hodnocení na zjištění rizika pádu, rizika vzniku dekubitů, rizika rozvoje infekce a bolesti. Tyto informace korespondují s naším výzkumem, který poukazuje na vysokou míru obtíží v průběhu hospitalizace, zejména pak v oblasti bolesti, inkontinence, pocitu bezpečí a jistoty a vnímání sebe sama. Vzhledem k častým komplikacím s nervosvalovými přenosy a vzrůstajícímu počtu pacientů s poruchou míšních segmentů, přibývá také pacientů, kteří trpí inkontinencí moče z důvodu přítomné paraplegie, kvadruplegie či pentaplegie. Inkontinence moče je v nemocničním prostředí řešena zavedením permanentních močových katétrů a pokud je tento stav ireverzibilní, pacient je edukován o tzv. ČIKování – provádění čisté intermitentní katetrizace močového měchýře. Autoři Weynants et al. (2017) považují ČIK za náročnou aktivitu, kterou pacienti nebo ošetrující personál v nemocničním či domácím prostředí musí zajistit, právě z důvodu přítomné inkontinence a prevence rozvoji dalších komplikací jako je rozvoj infekce, poranění močového měchýře či vylučovacích cest nebo zavedení katétru mimo močovou trubici. V zahraničí je ČIK preferovaný především z důvodu menšího finančního zatížení znevýhodněné osoby, snížení obsazení lůžek ve zdravotnických zařízeních pacienty s chronickým onemocněním a kontinuálním zvyšováním psychického zdraví pacientů s tělesným znevýhodněním a vnímáním sebe sama. Všechny tyto benefity jsou důsledkem možností využití těchto pomůcek v domácím prostředí, přičemž pacient s tělesným znevýhodněním má zajištěn pocit bezpečí a jistoty a není v časovém ani prostorovém diskomfortu a v souvislosti s tím se pacient učí integrovat do společnosti s přítomnými problémy a preventivně působit proti rozvoji strachu a frustrací ze sociální izolace nebo obav z nemožnosti navrácení se do socio-kulturního prostředí.

Vylučování je běžnou součástí všech osob bez ohledu na přítomné defekty a projektovaná znevýhodnění. V souvislosti s hospitalizací je nutnou součástí řešit i tuto potřebu, zejména u pacientů s přítomným tělesným znevýhodněním.

Tělesné znevýhodnění, jak je již z názvu patrné, souvisí přímo s poruchou lokomoce, nosného a pohybového systému. Pro poskytování profesionální a efektivní ošetrovatelské péče je důležité, aby monitorovaly také domény jako je aktivita a mobilita pacienta, které jsou také nedílnou součástí sebek péče a soběstačnosti.

V rámci hodnocení těchto domén je potřeba evidovat v paměti, že se snižováním mobility a aktivity pacientů, včetně sebek péče a soběstačnosti, dochází paralelně ke zvyšování rizika vzniku dekubitů. U pacientů s tělesným znevýhodněním, zejména pak u těch, kteří mají ireverzibilní chronický deficit plegického typu, se tyto faktory násobí a podle Moore et al. (2016) se rozvoj dekubitu několikanásobně urychluje. Hlavním důvodem bývá již zmíněný neurologický deficit, který u zdravých lidí zabraňuje dlouhodobé ischemii měkkých tkání vlivem kontinuálního tlaku. S tím souvisí i transport pacientů pomocí kompenzačních pomůcek, jako jsou berle, kolečkové křeslo nebo protetické pomůcky. Otázkou, kterou si ošetrovatelský personál neustále klade je, jak těmto stavům předcházet? Hublí et al. (2021) považuje za vhodné intervence odstranění příčiny – kontinuálně vyvíjeného tlaku na predilekční místa. Autoři také upozorňují, že se predilekční místa u pacientů s tělesným znevýhodněním mění, avšak ošetrovatelský personál mnohdy zapomíná adekvátně reagovat na tuto potřebu. Typickým příkladem může být pacient, který je vlivem transverzální míšní léze paraplegický a jeho dolní končetiny nejsou funkční. Vlivem času a nedostatečné rehabilitace kloubů, šlach a svalů dochází ke rozvoji osteoporózy, deformování a spastickému, nefyziologickému postavení dolních končetin. Mimo standardní polohy, které pacient volí v průběhu aktivní i pasivní části svého života, se výrazně zvyšuje riziko vzniku fraktur, kontraktur či právě zmíněných dekubitů. Ošetrovatelský personál je naučen řešit riziko vzniku dekubitů v obecné rovině, pacienty polohují podle předepsaných pravidel obecně aplikovatelných na populaci bez tělesného znevýhodnění, a proto je tento přístup v tomto případě neaplikovatelný.

Vhodným řešením dílčích faktorů podílejících se na rozvoji dekubitů je používání standardizovaných nástrojů pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. V České republice, stejně jako v jiných státech, se hodnocení rizika dekubitů považuje za standardní a je tedy pro všechny pacienty, minimálně při příjmu do zdravotnických zařízení, vyžadováno. Péče o kůži v souvislosti s prevencí dekubitů je stejně jako využití hodnotících nástrojů k mapování rizikových faktorů v kompetenci sester. Další otázkou ovšem zůstává, jestli jsou tyto nástroje využitelné pro pacienty s tělesným znevýhodněním nebo nikoliv?

Jak již bylo zmíněno, pole predilekčních míst se v závislosti na typu a úrovni tělesného znevýhodnění mění a je při hodnocení pacientů potřebné se nad touto problematikou více zamýšlet. Higgins et al. (2019) testovali novou stupnici, která se zaměřuje cíleně na pacienty s tělesným znevýhodněním, konkrétně po transverzální míšní lézi. Hodnotící nástroj se nazývá SCIPUS (Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale) a zahrnuje velkou škálu faktorů, v tomto případě obohacenou o krevní testy (hladina albuminu, hematokritu a bílé krevní řady). Právě vyšetřovací metody, které jsou součástí rutinního hodnocení jsou v českém prostředí mimo kompetence sester, a proto je tento nástroj v pro naše účely nevhodný. Možnostmi, jak tento problém vyřešit, je zvýšením kompetencí sester tak, že by mohli indikovat krevní testy nutné k vyhodnocení tohoto standardizovaného nástroje. V případě českého zdravotnického systému se tato varianta nejeví jako reálná, a proto je další možností vytvoření plánu hodnocení, který uvádí Grigorian et al. (2018). Nejen pacienti s tělesným znevýhodněním, ale všichni, u kterých je zvýšené riziko vzniku dekubitů, by se měli kontinuálně hodnotit pomocí standardizovaných nástrojů. Flett et al. (2019), že alespoň jednou v intervalu sedmi dní nebo vždy po změně v oblasti fyziologických funkcí by se u pacienta tyto testy měly provádět. Toto intervalové hodnocení by mohlo být zajištěno v kooperaci s lékaři, kteří by ve stanovený den tato rutinní vyšetření indikovali. Opět musíme brát v potaz, že se pohybujeme v oblasti akutních, standardních a dlouhodobých lůžek, a využití této stupnice nemusí být pro všechny oblasti relevantní. V některých případech by naopak postrádalo jakýkoliv smysl indikovat odběr krevních derivátů k vyhodnocení rutinních testů jen z důvodu, že je to tak intervalově zavedeno.

V souvislosti s našimi výsledky sestry v české klinické praxi využívají pro hodnocení rizika vzniku dekubitů zejména standardizovaný nástroj Braden scale a Norton scale. Flett et al. (2019) hovoří o vysoké úrovni nástroje Braden scale, a pro využití v klinické praxi jej vřele doporučuje. Neugebauer a Tóthová (2020) se ve své studii také zaměřují na tento fakt a ze syntézy jejich informací můžeme konstatovat, že je vždy potřeba, aby sestra flexibilně reagovala na aktuální poptávku vytvářenou fyzickým obrazem pacientova těla. Sestra je u pacienta od ranní hygieny až po večerní toaletu a pečuje o fyzické i psychické blaho pacienta. Udržování těla i mysli v komfortní zóně napomáhá v celkové léčbě a rozvoj dekubitů je preventabilní komplikací.

V souvislosti s aktuálně používanými nástroji je vhodné přinést možné modifikace hodnotící širší spektrum proměnných, které jsou již ve světě známé a evidované.

Každý člověk ve zdravotnickém zařízení má ve většině případů nově vzniklou potřebu „uzdravit se“. Aby se pacienti mohli vhodně navrátit do svého standardního prostředí, je nutné je edukovat o používání kompenzačních pomůcek a dalších možnostech, které s sebou jejich stav a budoucí prognóza přináší. Nedílnou součástí je tedy i rozvoj sebezpečí a soběstačnosti. Pro hodnocení soběstačnosti a sebezpečí se v České republice používá zejména standardizovaný Barthel test, test instrumentálních všedních činností a interně zaměřené nestandardizované nástroje. Barthel test se stále uvádí jako zlatý standard pro testování úrovně soběstačnosti a mnoho zahraničních moderních nástrojů z něj vychází. Typickou vlastností je ukotvení základních životních aktivit, které jsou v tomto nástroji obsaženy, a které jsou nedílnou součástí každého člověka. Změnou v některých hodnocených doménách dochází také ke změně v soběstačnosti a závislosti na další osobě. Yi et al. (2020) zkoumali využití Barthel testu v novodobé klinické praxi u pacientů trpící demencí. Ošetrovatelský personál mimo jiné čelil při hodnocení mnoha nekomfortním argumentacím a agresivnímu chování. Toto psychické vypětí bylo způsobeno primárním onemocněním nebo ireverzibilní prognózou o zdravotním stavu. Je proto více než vhodné, aby ošetrovatelský personál uměl vhodně komunikovat a při hodnocení zůstal neustále objektivní.

Barthel test se zaměřuje na sebezpečí v oblasti příjmu potravy, oblékání, hygieny, koupele, kontinence moči a stolice, použití toalety, přesun na lůžko, chůze po rovině a po schodech. Pacienti s tělesným znevýhodněním mají vždy podle tohoto testu deficit minimálně v oblasti chůze po schodech a chůze po rovině. V souvislosti s těmito informacemi se autoři Liebzeit et al. (2018) zaměřili na praktičnost a efektivitu hodnotícího nástroje Barthel test v komparaci s dříve používanějším Katz indexem. Z výsledků jejich šetření je uplatnění Barthel testu preferováno pro oblast pacientů, kteří mají deficit v oblasti kognitivních funkcí či mentálním zdravím a Katz index se doporučuje právě pro využití u pacientů s tělesným znevýhodněním. Při analýze obou těchto nástrojů můžeme pozorovat rozdílnost právě v oblasti mobility, která není v hodnotícím nástroji Katz index obsažena. Otázkou tedy zůstává, zdali je vhodné vynechat z hodnocení soběstačnosti a závislosti u pacientů s tělesným znevýhodněním oblast mobility nebo nikoliv. Vzhledem k rozmanitosti ošetrovatelské profese by sestry musely dbát na komfort pacientů a individuálně přemýšlet, jak pacienta např. na vyšetření v nemocničním zařízení dopravit. Vzhledem k mnoha jiným hodnoceným oblastem více souvisejícími se zdravotním stavem je více než potřebné, aby sestry i tyto souvislosti hodnotily, nicméně

nepřístupovaly k pacientům s tělesným znevýhodněním jako ke kompletně závislým na jejich pomoci.

V tomto ohledu by mohl pomoci již zmíněný nástroj WHODAS 2.0 nebo MDS brief version. Castro et al. (2019) považuje WHODAS 2.0 za komplexní nástroj pro hodnocení znevýhodnění a poukazuje na míru potřeby pomoci v jednotlivých doménách. V souvislosti s mobilitou se tento nástroj nezaměřuje na chůzi na rovině nebo po schodech s pomocí či bez ní, ale na míru přítomných obtíží, kterou pacient subjektivně reflektuje. Oblast mobility se pak zaměřuje na pohyb po bytě, vstát ze sedu, vydržet stát po dobu např. 30 minut, vyjít ven z domu či ujít větší vzdálenost. V souvislosti s problematikou závislosti na další osobě se v tomto hodnotícím nástroji objevují položky sebezpečí, zaměřující se na hygienu, oblékání, schopnost najíst se a zůstat několik dní sám v domácím prostředí. Na základě výsledků našeho šetření by sestry v klinické praxi uvítaly komplexnější nástroj na hodnocení aspektů související s rizikovými oblastmi, a WHODAS 2.0 byl shledán jako vhodný pro implementaci do klinického prostředí. Jako další možný benefit tohoto nástroje je pohled na subjektivní pohled na vykonávané aktivity a možné řešení jejich spektra či delegace na jinou osobu. Tyto informace nejsou potřebné pro implementaci do zdravotnických zařízení nemocničního typu, avšak jako součást standardizovaného nástroje reflektující pohled na celkový stav pacienta s tělesným znevýhodněním by měl zůstat zachován.

Model Disability Survey (MDS) je jedním z nejmodernějších nástrojů z hodnocení znevýhodnění ze zdravotně sociálního pohledu. Jeho exhaustní charakter jej činí velice nepraktickým pro klinické využití, a proto byla konstruována brief verze, která se zaměřuje jen na vybranou část tak, aby byla vysoce efektivní a zároveň praktická. Protože se ve světě používají různé druhy kompenzačních pomůcek, včetně lidských či robotických asistentů, Sabariego et al. (2015) doplňuje, že se MDS-brief version zaměřuje také na využití asistenční technologie (protetické pomůcky, kolečkové křeslo, postranní opěry na zdech apod.) nebo přítomnost osobní asistence. Pro české prostředí zatím není adekvátní odezva pro využití u pacientů s tělesným znevýhodněním, ovšem pro pacienty např. po operacích zraku, či sluchu, kteří využívají techniku k dorozumívání by tento nástroj mohl být velice výhodnou alternativou.

Mezi další velice důležité aspekty hodnocené v klinické praxi jsou úrazy vlivem pádu, které jsou také hodnoceny jako nežádoucí preventabilní událost. Jako jeden z přijatých opatření je hodnocení rizika pádu pomocí hodnotících a měřících nástrojů.

Výsledky našeho šetření poukazují na používání standardizovaných i nestandardizovaných nástrojů v českém prostředí (standardizované nástroje – Morse Fall Scale a Conley scale a několik nestandardizovaných nástrojů interně připravených pro účely jednotlivých zařízení a vycházející z nástroje Tinetti test). Standardizované nástroje jsou velice praktické a efektivně hodnotí faktory zvyšující riziko pádu, nově zahrnující i medikaci a dřívější pády v anamnéze. Miertová et al. (2018) se ve své studii zaměřili na testování nástroje Morse Fall Scale u pacientů s neurologickým onemocněním, přičemž pacienti reflektovali zejména poruchu spánku, používání kompenzačních pomůcek, poruchy sluchu, zraku a také dřívější pád v anamnéze. Tento nástroj byl uznán jako přínosný pro využití v klinické praxi, avšak přesto jej na základě našich výsledků mnoho sester ve své praxi nepoužívá. Další otázkou, kterou si v souvislosti s výsledky naší studie klademe je, jak zlepšit péči o pacienty s tělesným znevýhodněním, a jak zajistit mapování rizika pádu.

Jak již bylo několikrát zmíněno, pacienti s tělesným znevýhodněním nejsou primárně ohroženi pádem z mapovaných důvodů, ale protože používají kompenzační pomůcky, mají přítomné neurologické poruchy související s lokomocí apod. Právě v souvislosti s empirickými i teoretickými znalostmi je potřebné, aby ošetrovatelský personál dbal na redukci těchto specifických faktorů. Matsuda et al. (2015) také dodává, že pokud by pacient s tělesným znevýhodněním trpěl kognitivním deficitem a byla přítomny i další rizikové faktory, riziko pádu se rapidně zvyšuje a ani standardizované nástroje nemusí být plně objektivní. V České republice používaný hodnotící nástroj Morse Fall Scale hodnotí šest položek typicky se zaměřující na pád v anamnéze, přidruženou diagnózu, využívání kompenzačních pomůcek, intravenózní léčbu, typ chůze a psychický stav pacientů. Hodnocení rizika je čtyřstupňové a pacienti s tělesným znevýhodněním jsou vlivem prakticky vždy přítomných kompenzačních pomůcek prakticky vždy v riziku pádu. Vzhledem k tomu, že teoretická východiska hodnocena nástrojem Morse Fall Scale reflektují i přítomná rizika v praktickém prostředí, je tento nástroj doporučovaný pro implementaci do ošetrovatelské praxe. Výsledky našeho výzkumu potvrzují, že sestry mapují riziko pádu při příjmu pacientů, avšak tento nástroj spíše nevyužívají.

9.2 Používání nestandardizovaných a standardizovaných nástrojů

V české republice se pro účely hodnocení pacientů s tělesným znevýhodněním používají více nestandardizované nástroje, které jsou vytvořeny pro potřeby jednotlivých zařízení více než standardizované. Opět je potřeba rozlišit typy oddělení, kde se v akutní medicíně ošetrovatelský personál stará o zajištění fyziologických funkcí a zdravotního stavu a na standardních odděleních se řeší praktické problémy související s návratem pacienta do běžného života.

V klinické praxi se ze standardizovaných nástrojů používají Morse Fall Scale a Conley Scale pro hodnocení rizika pádu, Barhel test a IADL pro hodnocení soběstačnosti, Norton Scale a Braden scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, ovšem velice vzácně se objevuje i využití Waterlow Scale, Knoll Scale a Shannon Scale pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Flett et al. (2019) považuje využití všech standardizovaných nástrojů pro hodnocení rizika vzniku dekubitů jako velice přínosné a jednotlivá oddělení by se podle spektra hospitalizovaných či ošetrovaných pacientů měla sama rozhodovat, které nástroje pro ně budou nejvíce efektivní a aplikovatelné k praktickému využití. Jak jsme již uváděly, všechny zmíněné nástroje mají své benefity, avšak v některých případech je české prostředí nepřipravené pro implementaci specifických nástrojů hodnotících rizika vzniku dekubitů.

Guzzo et al. (2015) se zaměřují ve své studii na hodnocení rizika pádu v souvislosti s využitím hodnotícího nástroje Conley scale. Stejně jako Morse Fall Scale, i tento standardizovaný nástroj byl vyvinut na hodnocení přítomnosti rizikových faktorů, avšak pro pacienty s tělesným znevýhodněním nebyl nikdy prakticky využíván. Výsledky našeho šetření potvrzují, že v klinické praxi se jeho využití sporadicky objevuje. Výhody Conley Scale oproti Morse Fall scale je zaměření na schopnost spolupráce a cílené vyhledávání odpovědí na typicky rizikové aktivity jako je nucení na močení v noci, časté buzení a přítomnost závratí. Standardizované nástroje také přináší možnost všechna data komparovat s využitím např. u jiného typu znevýhodnění nebo jiných vedlejších diagnóz. I přes tyto benefity zdravotnická zařízení v klinické praxi spíše volí využití nestandardizovaných nástrojů pro cílené spektrum pacientů. Naše výsledky dále poukazují na zdravotnická zařízení, ve kterých se hodnotící nástroje nepoužívají vůbec. V moderní době by se dala tato péče považovat za neprofesionální a nestandardní.

Tyto názory sdílí Kaya et al. (2019), kteří se zaměřili na způsoby podpory hodnocení v klinické praxi. Jejich výsledky poukazují na zaznamenávání rizik a dílčích faktorů jako součást ošetrovatelské péče, která se považuje v zahraničí jako standardní postup. Tento fenomén se předání i české klinické praxe, a i sestry používají tyto nástroje pro hodnocení, zejména pro hodnocení rizikových faktorů a analýzu problematických domén související např. se soběstačností. Autoři také apelují na vedení zdravotnických zařízení, aby aktivně naslouchalo požadavkům zaměstnanců, kteří přímo pracují s pacienty s tělesným znevýhodněním, úpravy a připomínky byly kontinuálně zaznamenávány a finálně byly nástroje aktualizovány. V klinické praxi je to právě sestra, která s pacientem tráví nejvíce času a sleduje rizikové faktory fixované na zdravotní stav pacienta i proměnlivé v čase a progresi onemocnění. Marcoux et al. (2017) poukazuje, že pro správně realizované hodnocení je potřeba využít nejen výsledků, ale právně kooperovat s pacientem v oblastech, ve kterých je nutná jejich přítomnost nebo subjektivní pohled, objektivně sledovat přítomné změny nebo podávání klamných údajů a kontinuálně pracovat se získanými výsledky. Výsledky našeho výzkumného šetření poukazují na nevhodné zacházení se získanými výsledky ať už standardizovaných, tak i nestandardizovaných nástrojů u pacientů s tělesným znevýhodněním. Sestry z klinické praxe uvádí, že po zapsání do dokumentace část z nich aktualizuje ošetrovatelský plán, avšak pro většinu z nich tímto celý proces končí.

Farokhzadian et al. (2015) potvrzuje naše výsledky a poukazuje na možnost, že nesprávná edukace o používání hodnotících nástrojů nebo přístupu k pacientům může být důvodem, proč sestry s vyhodnocením více npracují a preferují nestandardizované nástroje. Obecně lze tedy konstatovat, že se jedná o nerozpoznání účelu přijímaných opatření a nástrojů pro hodnocení faktorů ohrožující pacienty v jednotlivých doménách. Sestry tak nabývají pocitu, že informace uvedené ve výsledcích hodnocení nejsou důležité a mohou je ponechat pouze zapsané v dokumentaci pacienta bez žádných dalších přijímaných intervencí. Marcoux et al. (2017) doplňuje pole důvodů o motivaci ošetrovatelského personálu a rozvoj syndromu vyhoření. S kontinuálním poskytováním ošetrovatelské péče se mění entuziazmus každé sestry a v období, kdy sestry prochází negativním prožíváním svých emocí, nebo je přítomná zvýšená kumulace stresu a negativních faktorů na pracovišti, dochází k demotivaci k výkonu jejich povolání a ztrácí tak zájem dělat svou práci v souvislosti se standardy péče a přinášet či přijímat inovace.

9.3 Používání nástrojů pro hodnocení rizik

Výsledky našeho šetření poukazují na využití nástrojů pro hodnocení rizika pádů, rizika vzniku dekubitů, soběstačnosti, vědomí a bolesti. Sestry se také zaměřují na hodnocení sebeobslužných činností, edukace, motivace, aktivizace, nácvik denních činností, výživu, sexualitu a spiritualitu, avšak nepoužívají pro sběr informací žádný nástroj.

Taliánová et al. (2013) potvrzuje využití hodnotících nástrojů pouze u poloviny respondentů, což koresponduje s výsledky našeho výzkumu. Dále také uvádí, že využití má souvislost se vzděláním zdravotnického personálu, který hodnotící nástroje v České republice používá. Hodnocení pole rizik se v klinické praxi odvíjí zejména od standardů ošetrovatelské péče, které se mění v závislosti na typu zdravotnického zařízení. Zaměstnanci nemocničních zařízení jsou v souvislosti s poskytováním kvalitní a profesionální péče, která je kontinuálně kontrolována interními či externími audity, povinni vždy při příjmu pacienta vyhodnotit potenciální rizika.

Pole hodnocení rizik pomocí nestandardizovaných technik bývalo v české ošetrovatelské dokumentaci řešeno pomocí NANDA diagnóz a přijímaných intervencí. V souvislosti s elektronizací dokumentace a vynětím povinnosti vést ošetrovatelskou dokumentaci ze zákona je nyní situace velice příznivá pro přijímání či redukování stávajících hodnocení. Ošetrovatelský personál subjektivně pociťuje přehlcení dokumentací a čas, který investují do záznamu ošetrovatelské péče a vyhodnocení nástrojů zabírá mnohdy větší pole než samotný kontakt s pacientem. I z těchto důvodů se aktuálně v české praxi upouští od vyhodnocování NANDA domén a záznamu o přijímaných intervencí. Bocková a Kozáková (2013) zkoumaly možné dopady a využitelnost klasifikačních systémů včetně NANDA taxonomie a ukazují na velký přínos v oblasti kritického myšlení, který je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

V České republice se používají spíše obecné nástroje pro hodnocení rizik se zaměřením na riziko pádu a riziko vzniku dekubitů, velice vzácně se také objevuje hodnocení rizika infekce a riziko zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s diskutovanými NANDA doménami. Využití nástrojů zaměřených na komplexní hodnocení znevýhodnění včetně hodnocení rizik není v českém zdravotnickém prostředí patrné. Pospíšilová et al. (2013) k tomuto dodává, že je důležité, aby byla rizika hodnocena, avšak se zaměřením na závažnost stavu pacientů a typ oddělení, na kterém je hospitalizován.

9.3 Sexualita a spiritualita v klinické praxi

Velice překvapivé zjištění bylo hodnocení sexuality a spirituality u pacientů s tělesným znevýhodněním, které není v klinické praxi prováděno. V moderních standardizovaných nástrojích se tyto domény objevují a pro udržení světové úrovně by tyto domény neměly být opomíjeny.

Rowen et al. (2015) ve své studii zkoumal sexualitu u pacientů s tělesným znevýhodněním. V souvislosti s tělesným znevýhodněním byly tyto funkce zkoumány i u pacientů s kombinovaným znevýhodněním a ve srovnání s běžnou populací jsou evidentní značné sexuální rozdíly související s „problematikou utrpení“. U mužů i žen jsou evidovány specifické problémy, zejména z hlediska přístupu a projekce do psychického zdraví. Typickým příkladem může být člověk po amputaci horních končetin, který už po zbytek života nebude moci vnímat jedním z hlavních smyslů další osoby, ani nemůže provádět aktivity spojené se sebeuspokojováním. Hasson-Ohayon et al. (2014) doplňuje, že u pacientů s paraplegií a kvadruplegií dochází k poruchám nervového cití i v oblasti reprodukčních orgánů a celá koncepce sexuálního uspokojení je řešitelná pomocí včasných psychologických intervencí a podpory a motivace pacienta po prodělání úrazu či onemocnění vedoucí k tomuto stavu. Typické pro paraplegické onemocnění je omezení erekce, přičemž u pacientů s kvadruplegií je paradoxně tato funkce ve většině případů zachována.

Oblast spirituality také není v ošetrovatelské péči standardně hodnocen a uspokojována, ze stejných důvodů – sestry se domnívají, že k tomu mají sloužit jiní specialisté. Hodge a Reynolds (2019) jsou opačného názoru a považují analyzování spirituality za nedílnou součást péče o pacienty. Z jejich studie je možné pozorovat přítomnost jedinečných duchovních a náboženských profilů v souvislosti s typem znevýhodnění. Velkou roli zde hraje také emoční rozpoložení pacientů a celková budoucí prognóza a možná reverzibilita aktuálního stavu. Pacienti s negativním prožíváním svého onemocnění se v průběhu hospitalizace více hlásili k duchovnímu zaměření a uspokojení této dimenze vedlo ke kontinuální úpravě a přijetí nových možností, komplikací i životních standardů.

Obecně můžeme tedy konstatovat, že pacienti s náročnou a méně příznivou prognózou se spíše uchylují k duchovní rovině, ve které hledají další možnosti své realizace. Více duchovní pohled na své tělo pak pomáhá nést pacientům s tělesným znevýhodněním pomyslné břemeno a kvalita života zůstává na vysoké úrovni.

9.4 Vzdelání v souvislosti s používáním hodnotících nástrojů

Vzdělání je aktuálně velice diskutované téma a je stále nedílnou součástí profesionální výbavy každé sestry. Výsledky naší studie potvrzují, že sestry se středoškolským vzděláním hodnotící nástroje nepoužívají, nebo neví, jestli nějaké používají. Stejně závěry jsou reflektovány i pro oblast práce s výsledky hodnocení, kde sestry se středoškolským vzděláním zjištěné informace zapisují do dokumentace nebo neví. Sestry s vyšším odborným vzděláním spíše zapisují zjištěné informace do dokumentace a v několika případech dochází k aktualizaci plánu péče. Sestry s vysokoškolským vzděláním provádí zápis do dokumentace, aktualizaci plánu péče a v několika případech provádí statistickou analýzu výsledků s vyhodnocením trendu.

Vliv vzdělání v ošetrovatelství zkoumaly také De Cordova et al. (2019), kteří potvrzují výsledky našeho šetření. Se zvyšujícím se vzděláním roste trend zdravotníků více se zapojovat do aktivní péče o pacienty, vyhledávají příležitosti k podpoře zdraví a preventivně působí proti hrozbám a rizikovým faktorům, které ve zdravotnických zařízení evidujeme. Brown et al. (2016) také souhlasí s výše uvedenými názory a doplňuje informace o redukci chybovosti a řešení stresových situací. Sestry, které mají vyšší vzdělání si více monitorují přítomná rizika, více kriticky přemýšlí a reagují efektivněji ve stresových situacích. Všichni zdravotníci participující na jejich výzkumu se shodují, že sesterské povolání je vysoce stresové, neboť se vždy jedná o lidské životy. V souvislosti s tím je vhodné, aby ošetrovatelský tým v akutní péči byl tvořen převážně sestrami s vysokoškolským vzděláním.

V České republice bylo k 1.9.2017 umožněno absolventům středním zdravotnických škol v oboru zdravotnický asistent, později praktická sestra, umožněno požádat o zkrácení studia a získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry po absolvování minimálně jednoho roku na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Podobný přístup evidují Bvumbwe a Mtshali (2018), kteří zaměřili svou studii na úroveň vzdělání ošetrovatelství v Afrických zemích. Z jejich výsledků jsou patrné nepřesnosti a nejednotnost v péči o pacienty. Sestry, které byly kompetentní vykonávat svou profesi byly nevyzrálé a nedostatečně prakticky vzdělané. V souvislosti s nízkou úrovní mentálního vývoje nepodporovaného kritickým myšlením docházelo k mnohočetným komplikacím, které končily až fatálně.

V souvislosti s neustálou poptávkou po ošetrovatelském personálu lze konstatovat, že zkrácení doby vzdělání všeobecných sester sice uspokojí zdravotnická zařízení v počtu zaměstnanců, ovšem úroveň poskytované péče, která se neustále modernizuje, inovuje a progreduje bude stagnovat nebo se v horším případě bude snižovat, stejně jako potvrzují naše výsledky v souvislosti s používáním hodnotících nástrojů a prací s výsledky.

9.5 Vnímání svého zdraví pacienty s tělesným znevýhodněním

Fyzická aktivita, která je u osob s tělesným znevýhodněním postižena, výrazně působí na podporu zdraví a ovlivňuje kvalitu života. Kompenzační mechanismy přijímané osobami s tělesným znevýhodněním jsou v aktuální době vysoce efektivní, a proto není souvislost mezi kvalitou života a fyzickou aktivitou u pacientů s tělesným znevýhodněním průkazná. Výsledky naší studie poukazují na průměrné hodnocení své kvality života u pacientů s tělesným znevýhodněním.

Jalayondeja et al. (2016) se ve své studii zaměřili také na hodnocení kvality života u pacientů s tělesným znevýhodněním. Jejich studie potvrzuje naše výsledky a doplňují, že pacienti s tělesným znevýhodněním, kteří hodnotili dobře svou kvalitu života, byli hrdí na svou nezávislost a neuváděli pocit méněcennosti. Z těchto důvodů se společně s autory domníváme, že integrace osob s tělesným znevýhodněním, vytváření nových příležitostí a bezbariérových možností vede ke kýženým očekáváním a úspěchům. Shpingelman a Hagani et al. (2019) se v souvislosti s vnímáním svého zdraví zaměřili na subjektivní hodnocení obrazu svého těla. Přestože víme, že fyzický vzhled v moderní době hraje obrovskou roli v sociokulturním prostředí, tělesně znevýhodněné osoby jsou stále pod tlakem majoritní společnosti, ve které existuje značná míra předsudků. Autoři poukazují, že i nezjevná znevýhodnění jsou často projektována do osobnosti člověka a při hospitalizaci může sestra odhalit široké spektrum negativních postojů pacientů vůči sobě sama. V takových případech je vždy vhodné volit pomoc odborníků a zajistit psychologickou intervenci. Nové techniky zaměřující se na body-mapping jsou možnou pomůckou, avšak pro české prostředí prozatím nepoužitelnou, neboť mimo lékařské psychologické a psychiatrické intervence sestry nemají kompetence k hodnocení a léčbě lidského psyché.

Komplexním využití nástrojů pro hodnocení znevýhodnění bychom v klinické praxi mohli dospět k adekvátnímu mapování psychického pojetí sebe sama u pacientů s tělesným znevýhodněním. Naše názory podporuje Rajati et al. (2018), který doplňuje,

že v tomto případě poukážou hodnotící nástroje např. na stav kvality života pacientů a subjektivní pojetí deficitu v jednotlivých doménách. Tímto stylem můžeme v klinickém prostředí eliminovat faktory, jako je např. strach, obavy, frustrace, rozvoj depresí nebo suicidálních myšlenek, sociální izolovanost apod. a podporovat dílčí faktory podílející se na zvyšování úrovně kvality života.

10 Závěr

Tělesné znevýhodnění je aktuálně diskutovaným tématem v souvislosti s vývojem terminologie, přijímaných opatření, vytváření vhodného prostředí, pochopení celkové problematiky a mapování specifických potřeb. V historickém kontextu můžeme pozorovat vývoj terminologie, změn jednotlivých názvů i vnímání problematiky se zaměřením na interakci s prostředním i sociokulturním prostředím. Velký průlom byl zaznamenán po konferenci Washington Group on Disability Statistics (WG), která vydala první screeningový nástroj zaměřující se na hodnocení míry znevýhodnění (WG-ES, WG-SS). Později ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vynalezeny další hodnotící nástroje jako WHODAS 2.0 a MDS a klasifikační systémy jako ICIDH a ICF.

Ošetrovatelská péče o pacienty s tělesným znevýhodněním se převážně zaměřena na analýzu a vyhledávání obecných i specifických potřeb. Do obecných potřeb patří všechny bio-psycho-sociálně-spirituální složky hodnocené stejně jako u ostatních pacientů (hodnocení zdravotního stavu, soběstačnosti, aktivity, příjmu potravy, hodnocení rizik apod.). Do oblasti specifických potřeb řadíme všechny, které jsou modifikované tělesným znevýhodněním nebo jsou nově vzniklé (hodnocení rizika infekce, vzniku dekubitů, pádů, rozvoje imobilizačního syndromu, fraktur nebo kontraktur, zvýšené hodnocení soběstačnosti, psychického i fyzického zdraví, zajištění spirituálních potřeb – pokud je to nutné, sexuality apod.). Již zmíněné hodnotící nástroje pomáhají ošetrovatelskému personálu s monitorací rizikových oblastí, kontrolu domén, sledování trendu i celkového výsledného stavu.

Cílem naší studie bylo identifikovat dostupné měřicí a hodnotící nástroje pro analyzování potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním a sledovat jejich využití v ČR. Dále se studie zaměřuje na celkové pojetí koncepce tělesného znevýhodnění a ošetrování osob s pohybovým deficitem ve všech úrovních. Finálně naše studie mapuje subjektivní pohled pacientů s tělesným znevýhodněním na přítomné obtíže v průběhu hospitalizace. Pro empirickou část bylo stanoveno celkem devět hypotéz (H1 – H9) a čtyři výzkumné otázky (VO1 – VO4).

Výsledky reflektují používání převážně nestandardizovaných nástrojů v ČR, kromě hodnocení rizika vzniku dekubitů a soběstačnosti. Pro tyto oblasti se používají spíše

nástroje standardizované, mapující jednotlivé rizikové faktory. Standardizovaný nástroj hodnotící míru znevýhodnění není v současné klinické praxi evidován.

Dále bylo prokázáno, že celkový proces hodnocení je závislý na úrovni vzdělání ošetrovatelského personálu. Sestry s vysokoškolským vzděláním výrazně častěji používají standardizované i nestandardizované hodnotící nástroje a s výsledky aktivně pracují, sestry s vyšším odborným vzděláním výrazně častěji používají nestandardizované nástroje a výsledky zapisují do dokumentace a sestry se středoškolským vzděláním výrazně častěji neví, jestli nástroje používají a výsledky pouze zapisují do dokumentace. V souvislosti s používáním nástrojů bylo prokázáno, že sestry, které používají standardizované nástroje výrazně častěji monitorují potenciální rizikové faktory a všichni respondenti doporučují část standardizovaných nástrojů do své klinické praxe i pro využití v kontextu celé ČR.

Finálním testováním bylo prokázáno, že pacienti s tělesným znevýhodněním jsou více spokojeni se svým psychickým zdravím a kvalitu života hodnotí spíše jako průměrnou.

Celkem bylo potvrzeno 8 hypotéz (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8 a H9) a jedna vyvrácena (H7).

Probandi nepovažují hodnocení dosavadními nástroji za efektivní a za velice problematické považují zastaralou práci s dokumentací včetně hodnotících nástrojů. V ošetrovatelství aktuálně chybí moderní přechod z tištěné do elektronické verze a následná práce v systému. Podle probandů se všechna data pouze evidují a zastaralý proces hodnocení je nepřehledný.

Dále bylo zjištěno, že sestry vnímají tělesné znevýhodnění stále v historickém kontextu, jako postižení pohybu nebo abnormalitu k tomuto stavu vedoucí. V rámci hlubší analýzy a syntézy teoretických poznatků můžeme konstatovat, že problematika se aktuálně opírá o charakteristické pojmy – poškození, postižení a znevýhodnění, které nejsou v klinické praxi rozlišované. Možným důvodem je edukace ošetrovatelského personálu, která se provádí na velice obecné úrovni při příjmu do specifických zdravotnických zařízení a toto téma je také součástí výuky na vysokých školách. Bohužel se v klinické praxi provádí velmi málo dalších edukačních kurzů, přednášek či workshopů, které by sestřám tuto problematiku pomohly více přiblížit. Poskytovaná péče se pak odvíjí od získaných poznatků z klinické praxe a přijaté intervence jsou řešeny ve velice obecné rovině, jako u pacientů bez tělesného znevýhodnění.

Naše studie vedla k upevnění teoretických konceptů nad vnímáním vlastního zdraví u pacientů s tělesným znevýhodněním, kteří hodnotí svou kvalitu života jako průměrnou. Mimo hodnocení kvality života byl pro účely naší studie využit standardizovaný nástroj WHODAS 2.0, který byl pacienty s tělesným znevýhodněním vyhodnocen. Na základě analyzovaných informací byl tento nástroj shledán jako vysoce efektivní pro hodnocení jednotlivých domén, projekci celkového znevýhodnění do klinické praxe a závažnost přítomných dopadů onemocnění, které omezuje pacienta ve vykonávání svých pracovních či studijních povinností.

Na základě dostupných informací byla připravena ošetrovatelská dokumentace obohacena o standardizovaný nástroj Waterlow Scale pro hodnocení rizika dekubitů a WHODAS 2.0, který komplexně hodnotí znevýhodnění na světové úrovni. V rámci dostupných výsledků doporučuje implementovat vytvořenou dokumentaci do klinické praxe s podporou elektronizace celého systému hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním.

11 Seznam použité literatury

ABUMARIA, I., M., HASTINGS-TOLSMA, M., SAKRAIDA, T., J. 2015. Levine's Conservation Model: A Framework for Advanced Gerontology Nursing Practice. *Nursing Forum*. 50(3), 179-188. DOI: 10.1111/nuf.12077

ABRAHAM, D., S., BARR, E., OSTIR, G., V. et al. 2019. Residual Disability, Mortality, and Nursing Home Placement After Hip Fracture Over 2 Decades. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 100(5), 874-882. DOI: 10.1016/j.apmr.2018.10.008

AJAO, A., E., ADEOYE, I., A. 2019. Prevalence, risk factors and outcome of congenital anomalies among neonatal admissions in OGBOMOSO, Nigeria. *BMC Pediatrics*. 19(1). DOI: 10.1186/s12887-019-1471-1

ALKAWAI, F., M., ALOWAYYED, A., S. 2017. Barriers in accessing care services for physically disabled in a hospital setting in Riyadh, Saudi Arabia, cross-sectional study. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 7(2), 82-86. DOI: 10.1080/20009666.2017.1324237

ALLIGOOD, B., 2017. *Nursing Theorists and Their Work*. 9th edition. USA: Elsevier. ISBN 9780323402248.

ALMAZÁN-ISLA, J. et al. 2014. Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain. *Disabil Health J*. 7(1): 78–87. DOI: 10.1016/j.dhjo.2013.08.004

ALMEIDA, L., R., S., et al. 2015. Disability is an Independent Predictor of Falls and Recurrent Falls in People with Parkinson's Disease Without a History of Falls: A One-Year Prospective Study. *Journal of Parkinson's Disease*. 5(4), 855-864. DOI: 10.3233/JPD-150651

ALONSO-PRIETO, E., RUBINO, C., LUCEY, M. et al. 2019. Relationship between work functioning and self-reported cognitive complaints in patients with major depressive disorder treated with desvenlafaxine. *Psychiatry Research*. 272, 144-148. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.062

ALOWENI, F., et al. 2018. A prediction tool for hospital-acquired pressure ulcers among surgical patients: Surgical pressure ulcer risk score. *International Wound Journal*. 16(1), 164-175. DOI: 10.1111/iwj.13007

- ALRIKSSON-SCHMIDT, Ann., I., ARMOUR, B., S., THIBADEAU, J., K., 2010. Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? *Journal of School Health*. 80(7), 361-367. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2010.00514.x
- ALSEM, M., W., et al., 2014. Assessment of family needs in children with physical disabilities: development of a family needs inventory. *Child: Care, Health and Development*. 40(4), 498-506. DOI: 10.1111/cch.12093
- ALTMAN, B., M., 2014. Definitions, concepts, and measures of disability. *Annals of Epidemiology* 24(1), 2-7. DOI: 10.1016/j.annepidem.2013.05.018
- ALTMAN, B., M., et al. 2016. *International Measurement of Disability*. Cham: Springer International Publishing. Social Indicators Research Series. DOI: 10.1007/978-3-319-28498-9
- AMADO, D., et al., 2019. Associations Between Self-Determined Motivation, Team Potency, and Self-Talk in Team Sports. *Journal of Human Kinetics*. 70(1), 245-259. DOI: 10.2478/hukin-2019-0116
- ANASTASIOU, D., KAUFFMAN, J., M. 2013. The Social Model of Disability: Dichotomy between Impairment and Disability. *Journal of Medicine and Philosophy*. 38(4), 441-459. DOI: 10.1093/jmp/jht026
- ANDERSON, P., JANE-LLOPIS, E., 2011. Mental health and global well-being. *Health Promotion International*. 26(suppl 1), 147-155. DOI: 10.1093/heapro/dar060
- ANDREW, M., J., PARR, J., R., SULLIVAN, P., B. 2012. Feeding difficulties in children with cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood. Education & Practice Edition*. 97(6), 222-229. ISSN 1743-0585
- ARANDA-GALLARDO, M., et al. 2013. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 69(1), 185-193. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06104.x
- ARBUCKLE, R. et al., 2009. The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar Disorder. *Psychiatry Rese*. 165(1-2), 163-174. DOI 10.1016/j.psychres.2007.11.018

- ARIK, G. 2015. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 61(3), 344-350. DOI: 10.1016/j.archger.2015.08.019
- ARONOVITCH, S., A. et al., 1992. Investigation of the Knoll Assessment Scale in a tertiary care facility. *Decubitus*. 5(3), 70-76. ISSN 0898–1655
- ARONOVITCH, S., A. 2007. Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers: Are There Common Risk Factors? *Ostomy Wound Management*. 53(2), 57–69. ISSN 1943–2720
- ARTICIO, M., et al. 2017. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliative Medicine*. 2017; 32(1): 299-307. DOI 10.1177/0269216317737671
- ASHADI, S. et al., 2020. Handicap and Disability: What is the Difference? *International Journal of Linguistic, Literature and Translation (IJLLT)*. 3(1), 163–167. DOI 10.32996/ijllt.2020.3.1.18
- ASHOK, L. et al., 2015. Quality of life among persons with physical disability in udupi taluk: A cross sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 4(1). DOI: 10.4103/2249-4863.152258
- AYELLO, E., A., BRADEN, B. 2002. How and Why to Do Pressure Ulcer Risk Assessment. *Advances in Skin & Wound Care*. 15(3), 125-131. DOI: 10.1097/00129334-200205000-00008
- AZEVEDO MACENA, M., S. et al. 2017. Pressure Ulcer Risk Evaluation in Critical Patients: Clinical and Social Characteristics. *The Open Nursing Journal*. 11(1), 91-97. DOI: 10.2174/1874434601711010091
- BAART, J., SCHIPPERS, A., META, M., 2020. Quality of Life of Persons with Disabilities in Southern Nations, Nationalities, and Peoples' Region, Ethiopia. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 30(3), 5-18. DOI: 10.5463/dcid.v30i3.879
- BADLEY, E., M. 2009. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disability and Rehabilitation*. 15(4), 161-178. DOI: 10.3109/09638289309166008

- BAEK, S. et al., 2014. Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. *Journal of Clinical Nursing*. 23(17-18), 2434-2441. DOI: 10.1111/jocn.12359
- BAGHBADORANI, M., K., et al. 2014. The Effect of Oral Sensorimotor Stimulations on Feeding Performance in Children with Spastic Cerebral Palsy. *Acta Medica Iranica*. 52(12), 899-904. ISSN 0044-6025.
- BAHADORI, et al., 2016. The barriers to the application of the research findings from the nurses' perspective: A case study in a teaching hospital. *Journal of Education and Health Promotion*. 5(1). DOI: 10.4103/2277-9531.184553
- BACHANI, A., M. et al. 2014. A new screening instrument for disability in low-income and middle-income settings: application at the Iganga-Mayuge Demographic Surveillance System (IM-DSS), Uganda. *BMJ Open*. 4(12). DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005795
- BARBERGER-GATEAU, P. et al. 2002. The Disablement Process: A Conceptual Framework for Dementia-Associated Disability. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 13(2), 60-66. DOI: 10.1159/000048635
- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1187-4
- BAUER, S., E. 2016. Disability and physical and communication-related barriers to health care related services among Florida residents: A brief report. *Disability and Health Journal*. 9(3), 552-556. DOI: 10.1016/j.dhjo.2016.03.001
- BAYLISS, E., A. 2003. Descriptions of Barriers to Self-Care by Persons with Comorbid Chronic Diseases. *The Annals of Family Medicine*. 1(1), 15-21. DOI: 10.1370/afm.4
- BEDROV, A., BULAJ, G. 2018. Improving Self-Esteem With Motivational Quotes: Opportunities for Digital Health Technologies for People With Chronic Disorders. *Frontiers in Psychology*. 9(1). DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02126
- BELLELLI, G. et al. 2001. The Management of Adverse Clinical Events in Nursing Homes: A 1 – Year Survey Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49(7), 915-925. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001

- BOCKOVÁ, S., KOZÁKOVÁ, R., 2013. Efficiency and impact of classification Alliance 3N in nursing practice. *Kontakt*. 15(3), 260-268. DOI: 10.32725/kont.2013.031
- BOGART, K., R. 2014. The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*. 59(1), 107-115. DOI: 10.1037/a0035800
- BOSO, Ch., M., VAN DER MERWE, A., S., GROSS, J. 2019. Critical thinking skills of nursing students: Observations of classroom instructional activities. *Nursing Open*. 7(2), 581-588. DOI: 10.1002/nop2.426
- BOYKO, T., V., LONGAKER, M., T., YANG, G., P. 2018. Review of the Current Management of Pressure Ulcers. *Advances in Wound Care*. 7(2), 57-67. DOI: 10.1089/wound.2016.0697
- BOYLES, Ch., M., BAILEY, P., H., MOSSEY, S. 2008. Representations of disability in nursing and healthcare literature: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 62(4), 428-437. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04623.x
- BRADEN, B., BERGSTROM, N., A. 1987. Conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabil Nurs*. 12(1), 8–12. DOI: 10.1002/j.2048-7940.1987.tb00541.x
- BRIENZA, D. et al. 2017. Predictors of pressure ulcer incidence following traumatic spinal cord injury: a secondary analysis of a prospective longitudinal study. *Spinal Cord*. 56(1), 28-34. DOI 10.1038/sc.2017.96
- BROWN, T., M., CUETO, M., FEE, E., 2006. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health* 96(1), 62-72 DOI:10.2105/AJPH.2004.050831
- BROWN, K., ANDERSON-JOHNSON, P., MCPHERSON, A., N. 2016. Academic-related stress among graduate students in nursing in a Jamaican school of nursing. *Nurse Education in Practice*. 20, 117-124. DOI: 10.1016/j.nepr.2016.08.004
- BROWNE-YUNG, K., WALKER, R., B., LUSZCZ, M., A. 2017. An Examination of Resilience and Coping in the Oldest Old Using Life Narrative Method. *The Gerontologist*. 57(2), 282–291. DOI: 10.1093/geront/gnv137

- BRUFFAERTS, R. et al. 2012. Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *British Journal of Psychiatry*. 200(6), 454-461. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.097519
- BRYNES, N. et al. 2017. Improvement of Patient – and Family-Specific Care for Children with Special Behavioral Needs in the Emergency Setting: A Behavioral Needs Education. *Journal of Emergency Nursing*. 43(3), 202-207. DOI: 10.1016/j.jen.2016.07.010
- BULLINGTON, J., SÖDERLUND, M., BOS SPARÉN, E. et al. 2019. Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*. 39, 136-141. DOI: 10.1016/j.nepr.2019.08.011
- BVUMBWE, T., MTSALI, N. 2018. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nursing*. 17(1). DOI: 10.1186/s12912-018-0272-4
- CABAÑERO-MARTÍNEZ, M., J. 2009. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 49(1), 77-84. DOI: 10.1016/j.archger.2008.09.006
- CARPENITO-MOYET, J., L. 2003. Maslow's Hierarchy of Needs-Revisited. *Nursing Forum*. 38(2), 3-4. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2003.tb01204.x
- CARLOZZI, N., E. et al. 2015. Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). *Qual Life Res*. 24(8), 1963–1971. DOI 10.1007/s11136-015-0930-x
- CASTANEDA, L., BERGMANN, A., BAHIA, L., 2014. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 17(2), 437-451. DOI: 10.1590/1809-4503201400020012ENG
- CASTRO, S., LEITE, C., F., COENEN, M. et al. 2019. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the WHODAS. *Cadernos de Saúde Pública*. 35(7). DOI: 10.1590/0102-311x00000519
- CERNIŇÁKOVÁ, E. 2011. Služby veřejných knihoven uživatelům se speciálními potřebami. *Knihovna*. 22(1), 24-33. ISSN 1801-3252

- CICHOSZ, S., L. et al. 2019. Prediction of In-Hospital Pressure Ulcer Development. *Advances in Wound Care*. 8(1), 1-6. DOI: 10.1089/wound.2018.0803
- CLARKSON, P. 2019. An interprofessional approach to pressure ulcer prevention: a knowledge and attitudes evaluation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12(1), 377-386. DOI: 10.2147/JMDH.S195366
- CLASPER, J., RAMASAMY, A. 2013. Traumatic amputations. *British Journal of Pain*. 7(2), 67-73. DOI: 10.1177/2049463713487324
- COLEMAN, S. et al. 2018. Clinical evaluation of a new pressure ulcer risk assessment instrument, the Pressure Ulcer Risk Primary or Secondary Evaluation Tool (PURPOSE T). *Journal of Advanced Nursing*. 74(2), 407-424. DOI: 10.1111/jan.13444
- COPE, L., C., ABUZOUR, A., S., TULLY, M., P. 2016. Nonmedical prescribing: where are we now? *Therapeutic Advances in Drug Safety*. 7(4), 165-172. DOI: 10.1177/2042098616646726
- CONLEY, D., SCHULTZ, A., A., SELVIN, R. 1999. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. *Medsurg Nurs*. 8(6), 348-354. ISSN 1092-0811
- CONWAY, K. 1996. Nursing the physically disabled in a general hospital ward. *Journal of Clinical Nursing*. 5(2), 121-125. DOI: 10.1111/j.1365-2702.1996.tb00237.x
- COWLING, W. 2016. Theoretical Grounding of Holistic Nursing Scholarship. *Journal of Holistic Nursing*. 34(4), 316-317. DOI: 10.1177/0898010116677090
- COWLING, W., R. 2018. Where Is Holistic Nursing? *Journal of Holistic Nursing*. 36(1), 4-5. DOI: 10.1177/0898010118758426
- COX, J. 2012. Predictive Power of the Braden Scale for Pressure Sore Risk in Adult Critical Care Patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 39(6), 613-621. DOI: 10.1097/WON.0b013e31826a4d83
- CURCIO, F. et al. 2016 Tinetti mobility test is related to muscle mass and strength in non-institutionalized elderly people. *AGE*. 38(5-6), 525-533. DOI: 10.1007/s11357-016-9935-9

- CURLEY, M., A., Q. et al. 2018. Predicting Pressure Injury Risk in Pediatric Patients: The Braden QD Scale. *J Pediatr.* 192(1), 189-195. DOI 10.1016/j.jpeds.2017.09.045
- DAVIDSON, E. 2020. Potentials of care: The uncertain politics of social and emotional ability and difference in American childhood. *Children & Society.* 34(4), 245-260. DOI: 10.1111/chso.12403
- DAVIS, K., L., DAVIS, D., D., 2020. *Disability Determination And Impairment Rating* [online]. StatPearls : StatPearls Publishing [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563227/>
- DAVIS-SHARTS, J. 1986. An empirical test of Maslow's theory of need hierarchy using hologicistic comparison by statistical sampling. *Advances in Nursing Science.* 9(1), 58-72. DOI: 10.1097/00012272-198610000-00008
- DE BEAUDRAP, P. et al. 2017. Prevalence of HIV infection among people with disabilities: a population-based observational study in Yaoundé, Cameroon (HandiVIH). *The Lancet HIV.* 4(4), 161-168. DOI: 10.1016/S2352-3018(16)30209-0
- DE CORDOVA, P., B., STECK, M., B., W., VERMEESCH, A. et al. 2019. Health policy engagement among graduate nursing students in the United States. *Nursing Forum.* 54(1), 38-44. DOI: 10.1111/nuf.12295
- DE GOUVEIA SANTOS, V., L., C. et al., 2018. Risk Assessment in Pressure Ulcers. *Science and Practice of Pressure Ulcer Management.* London: Springer London. DOI 10.1007/978-1-4471-7413-4_5
- DE KLEIJN-DE VRANKRIJKER, M., W. 2009. The long way from the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation.* 25(11-12), 561-564. DOI 10.1080/09638280110110879
- DEFLOOR, T., GRYPDONCK, M., F., H. 2004. Validation of pressure ulcer risk assessment scales: a critique. *Journal of Advanced Nursing.* 48(6), 613-621. DOI 10.1111/j.1365-2648.2004.03250.x
- DELPARTE, J., J. et al. 2015. Psychometric Properties of the Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCIPUS) for Pressure Ulcer Risk Assessment During Inpatient

Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 96(11), 1980-1985. DOI 10.1016/j.apmr.2015.06.020

DEMURO, C. et al. 2014. Psychometric evaluation of the Sheehan Disability Scale in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 14(10), 887-895. DOI 10.2147/NDT.S55220

DENYES, M., J., OREM, D., E., BEKEL, G. 2001. Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*. 14(1), 48-54. DOI: 10.1177/089431840101400113

DESAI, A., K., GROSSBERG, G., T., SHETH, D., N. 2004. Activities of Daily Living in Patients with Dementia. *CNS Drugs*. 18(13), 853-875. DOI 10.2165/00023210-200418130-00003

DESILVA, M., F. et al. 2016. Congenital anomalies: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine*. 34(49), 6015-6026. DOI 10.1016/j.vaccine.2016.03.047

DEVINSKY, O. et al. 2015. Delivery of epilepsy care to adults with intellectual and developmental disabilities. *Neurology*. 85(17), 1512-1521. DOI 10.1212/WNL.0000000000002060

DEVKOTA, H., R., MURRAY, E., KETT, M. et al. 2017. Healthcare provider's attitude towards disability and experience of women with disabilities in the use of maternal healthcare service in rural Nepal. *Reproductive Health*. 14(1). DOI: 10.1186/s12978-017-0330-5

DONG, X., CHANG, E., S., SIMON, M., A. 2014. Physical Function Assessment in a Community-Dwelling Population of U.S. Chinese Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 69(Suppl 2), 31-38. DOI 10.1093/gerona/glu205

DÖRSCHELN, I., LACHETTA, R., SCHULZ, M. et al. 2013. Pflege erwachsener Patient(inn)en mit Lern- und Körperbehinderungen im Akutkrankenhaus – ein systematisches Review. *Pflege*. 26(1), 42-54. DOI: 10.1024/1012-5302/a000262

DUDGEON, B., J. 2002. Physical disability and the experience of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 83(2), 229-235. DOI 10.1053/apmr.2002.28009

DURGUN OZAN, Y., OKUMUŞ, H. 2017. Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*. 6(2), 95-109. DOI 10.15171/jcs.2017.010

DUŠIČKOVÁ, T., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V. 2017. Colorectal cancer and nutrition in relation to a nursing model by M. E. Levine. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 3(1). ISSN 1804-7181

EGGERMONT, L., H., P., 2014. Pain Characteristics Associated with the Onset of Disability in Older Adults: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 62(6), 1007-1016. DOI 10.1111/jgs.12848

EGNEW, T., R. 2009. Suffering, Meaning, and Healing: Challenges of Contemporary Medicine. *The Annals of Family Medicine*. 7(2), 170-175. DOI 10.1370/afm.943

EHRMANN, C., PRODINGER, B., STUCKI, G. et al. 2018. ICF Generic Set as new standard for the system wide assessment of functioning in China: a multicentre prospective study on metric properties and responsiveness applying item response theory. *BMJ Open*. 8(12). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021696

EK, A., Ch., UNOSSON, M., BJURULF, P. 1989. The Modified Norton Scale and the Nutritional State. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 3(4), 183-187. DOI 10.1111/j.1471-6712.1989.tb00290.x

ENA, J. 2018. Norton scale and vital prognosis. *Revista Clínica Española (English Edition)*. 218(4):185–186. DOI: 10.1016/j.rceng.2018.02.005

FALK RAFAEL, A., R. 2000. Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. *Advances in Nursing Science*. 23(2), 34-49. DOI: 10.1097/00012272-200012000-00005

FALVO, D., HOLLAND, B., E. 2017. *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. Joney & Barlett Learning. 650 s. ISBN 9781284105414

FAROKHZADIAN, J., DEGHAN NAYERI, N., BORHANI, F. 2015. Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global Journal of Health Science*. 7(5). DOI: 10.5539/gjhs.v7n5p294

- FAVA, G., A. 2012 The clinical role of psychological well-being. *World Psychiatry*. 11(2), 102-103. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.018
- FAWCETT, J. 2016. Thoughts About Nursing Conceptual Models and the “Medical Model”. *Nursing Science Quarterly*. 30(1), 77-80. DOI: 10.1177/0894318416680710
- FAZEL, F., S. et al. 2018. Predictive Value of Braden Risk Factors in Pressure Ulcers of Outpatients With Spinal Cord Injury. *Acta Medica Iranica*. 56(1), 56–61. ISSN 0044-6025
- FERNÁNDEZ-LÓPEZ, J., A. et al. 2009. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 83(6), 775-783. DOI: 10.1590/S1135-57272009000600002
- FIALA, M., VILÁŠEK, J., VONDRÁŠEK, D. 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2477-8
- FIATARONE, M., A., EVANS, W., J. 1993. The Etiology and Reversibility of Muscle Dysfunction in the Aged. *Journal of Gerontology*. 48(Special_Issue), 77-83. DOI: 10.1093/geronj/48.Special_Issue.77
- FINGERET, M., C., TEO, I. 2018. *Body Image Care for Cancer Patients: Principles and Practice*. Oxford University Press. 400 s. ISBN 9780190655624
- FLETT, H., M., DELPARTE, J., J., et al. 2019. Determining Pressure Injury Risk on Admission to Inpatient Spinal Cord Injury Rehabilitation: A Comparison of the FIM, Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale, and Braden Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 100(10), 1881-1887. DOI: 10.1016/j.apmr.2019.04.004
- FORJUOH, S. N. Injury prevention in people with disabilities. *BMJ*. 2001, 322(7292), 940-941. DOI: 10.1136/bmj.322.7292.940
- FOURIE, C. 2015. Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. *Bioethics*. 29(2), 91-97. DOI: 10.1111/bioe.12064
- FRISCH, N., C., RABINOWITSCH, D. 2019. What’s in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care , and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*. 37(3), 260-272. DOI: 10.1177/0898010119860685

- FRONEMAN, K., DU PLESSIS, E., KOEN, M., P. 2016. Effective educator–student relationships in nursing education to strengthen nursing students’ resilience. *Curationis*. 39(1), 9. DOI: 10.4102/curationis.v39i1.1595
- GABRIEL, S. et al. 2019. Prevalence and associated factors of intertrigo in aged nursing home residents: a multi-center cross-sectional prevalence study. *BMC Geriatrics*. 19(1). DOI 10.1186/s12877-019-1100-8
- GANE, E., M., MCPHAIL, S., M., HATTON, A., L. et al. 2018. The relationship between physical impairments, quality of life and disability of the neck and upper limb in patients following neck dissection. *Journal of Cancer Survivorship*. 12(5), 619-631. DOI:10.1007/s11764-018-0697-5
- GÁŽIOVÁ, M. 2013. Jednotný postup proti dekubitom. *Sestra*. 12(1-2), 12–14. ISSN 1210-0404
- GARCÍA-MOLINA, P. et al. 2018. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish version of the Neonatal Skin Risk Assessment Scale. *J Nurs Manag*. 26(6), 744-756. DOI 10.1111/jonm.12612
- GMELIG MEYLING, Ch., KETELAAR, M., KUIJPER, M., A. et al. 2018. Jeanine VOORMAN a Annemieke I. BUIZER. Effects of Postural Management on Hip Migration in Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Pediatric Physical Therapy*. 30(2), 82-91. DOI: 10.1097/PEP.0000000000000488
- GRANGER, C., V. 2009. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: An analysis based upon the impairment, disability, and handicap model. *International Rehabilitation Medicine*. 7(2), 45-50. DOI 10.3109/03790798509166114
- GREER, J., A. et al. 2015. Urinary incontinence and disability in community-dwelling women: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*. 34(6), 539-543. DOI 10.1002/nau.22615
- GRIGORIAN, A. et al. 2018. Pressure Ulcer in Trauma Patients: A Higher Spinal Cord Injury Level Leads to Higher Risk. *J Am Coll Clin Wound Spec*. 9(1-3), 24-31. DOI 10.1016/j.jccw.2018.06.001
- GRISWOLD, L., H. et al. 2017. Validity of the Braden Scale in grading pressure ulcers in trauma and burn patients. *J Surg Res*. 219, 151-157. DOI 10.1016/j.jss.2017.05.095

- GUIHAN, M., HASTINGS, J., GARBER, S., L. 2016. Therapists' Roles in Pressure Ulcer Management in Persons With Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 32(5), 560-565. DOI: 10.1080/10790268.2009.11754561
- GURALNIK, J. M. et al. 2000. Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 55(4), 221-231. DOI 10.1093/gerona/55.4.M221
- HADŽAGIĆ-ĆATIBUŠIĆ, F. et al. 2008. Congenital Malformations of the Central Nervous System: Clinical Approach. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. 8(4), 356-360. DOI 10.17305/bjbms.2008.2897
- HALL, J., R. et al. 2011. The Link between Cognitive Measures and ADLs and IADL Functioning in Mild Alzheimer's: What Has Gender Got to Do with It? *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2011, 1-6. DOI 10.4061/2011/276734.
- HALBERTSMA, J. et al. 2009. Towards a new ICIDH. *Disability and Rehabilitation*. 22(3), 144-156. DOI: 10.1080/096382800297006
- HALE, A., J. et al. 2018. Adapting Maslow's Hierarchy of Needs as a Framework for Resident Wellness. *Teaching and Learning in Medicine*. 31(1), 109-118. DOI: 10.1080/10401334.2018.1456928
- HALLSTRÖM, I., ELANDER, G. 2016. Needs During Hospitalization: definitions and descriptions made by patients. *Nursing Ethics*. 8(5), 409-418. DOI: 10.1177/096973300100800505
- HAMILL, C. 1995. The phenomenon of stress as perceived by Project 2000 student nurses: a case study. *Journal of Advanced Nursing*. 21(3), 528-536. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb02737.x
- HANCOCK, B. 2000. Are nursing theories holistic? *Nursing Standard*. 14(17), 37-41. DOI: 10.7748/ns.14.17.37.s46
- HARDIKER, N., R., HOY, D., CASEY, A. 2000. Standards for Nursing Terminology. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 7(6), 523-528. DOI: 10.1136/jamia.2000.0070523

- HARRIS, B., S., BISHOP, K., C., KEMENY, H., R. et al. 2017. Risk Factors for Birth Defects. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 72(2), 123-135. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000405
- HARTMANN, Ch., W., SOLOMON, J., PALMER, J., A. et al. 2016. Contextual Facilitators of and Barriers to Nursing Home Pressure Ulcer Prevention. *Advances in Skin & Wound Care*. 29(5), 226-238. DOI: 10.1097/01.ASW.0000482113.18800.1c
- HARRING, T., G., BRIEN, C., G. 1992. A peer-mediated social network intervention to enhance the social integration of persons with moderate and severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 25(2), 319-333. ISSN 0021-8855
- HASANPOUR-DEHKORDI, A., MOHAMMADI, N., NIKBAKHT-NASRABADI, A. 2016. Re-designing Orem's self-care theory for patients with chronic hepatitis. *Indian Journal of Palliative Care*. 22(4). DOI: 10.4103/0973-1075.191754
- HASSON-OHAYON, I., HERTZ, I., VILCHINSKY, N. et al. 2014. Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*. 59(2), 236-241. DOI: 10.1037/a0035916
- HEKMAPTOU, D. et al. 2018. The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple-blind clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 18(1), 264. DOI 10.1186/s12906-018-2326-2.
- HEMSLEY, B., LEE, S., MUNRO, K. et al. 2013. Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: Views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*. 17(3), 156-166 DOI: 10.3109/17518423.2012.741149
- HEMSLEY, B., BALANDIN, S., WORRALL, L. 2012. Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 68(1), 116-126. DOI 10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x
- HETHERINGTON, H., EARLAM, R., J. 1994. Rehabilitation after injury and the need for coordination. *Injury*. 25(8), 527-531. DOI: 10.1016/0020-1383(94)90095-7

HERDMAN, T., H. 2010. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009 – 2011*. Praha: Grada. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1

HIGGINS, J. et al. 2019. The Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCIPUS): an assessment of validity using Rasch analysis. *Spinal Cord*. 57(10), 874-880. DOI 10.1038/s41393-019-0287-z

HITZIG, S., L. et al. 2013. Identifying and classifying quality-of-life tools for assessing pressure ulcers after spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 36(6), 600-615. DOI 10.1179/2045772313Y.0000000129

HODGINS, D., C. 2013. Reliability and validity of the Sheehan Disability Scale modified for pathological gambling. *BMC Psychiatry*. 13(1), 177. DOI 10.1186/1471-244X-13-177

HOGSTON, R. 1995. Nurses' perceptions of the impact of continuing professional education on the quality of nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*. 22(3), 586-593. DOI 10.1046/j.1365-2648.1995.22030586.x

HOLLIS, N., D. et al. 2020. Physical activity types among US adults with mobility disability, Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Disability and Health Journal*. 13(3). DOI 10.1016/j.dhjo.2020.100888

HOROWITZ, M., J. 1993. Stress-Response Syndromes. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Boston, MA: Springer US, s. 49-60. DOI 10.1007/978-1-4615-2820-3_4

HOUDIJK, H., JANSSEN, T., W., J. 2016. Disability and rehabilitation on the move: mobility, exercise and sports for people with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*. 39(2), 113-114. DOI 10.1080/09638288.2016.1217079

HUANG, S., W., CHANG, K., H., ESCORPIZO, R. et al. 2016. Functioning and disability analysis by using WHO Disability Assessment Schedule 2.0 in older adults Taiwanese patients with dementia. *Disability and Rehabilitation*. 38(17), 1652-1663. DOI: 10.3109/09638288.2015.1107636

HUBLI, M., ZEMP, R., ALBISSER, U. et al. 2021. Feedback improves compliance of pressure relief activities in wheelchair users with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 59(2), 175-184. DOI: 10.1038/s41393-020-0522-7

- CHANG, K., H. et al. 2014. Association between muscle power impairment and WHODAS 2.0 in older adults with physical disability in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*. 37(8), 712-720. DOI 10.3109/09638288.2014.940428
- CHARALAMBOUS, C. et al. 2018. Evaluation of the Validity and Reliability of the Waterlow Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Medical Archives*. 72(2), 141-144. DOI 10.5455/medarh.2018.72.141-144
- CHEN, H., L. et al. 2018. A Retrospective Analysis to Evaluate Seasonal Pressure Injury Incidence Differences Among Hip Fracture Patients in a Tertiary Hospital in East China. *Ostomy Wound Management*. 64(2), 40-44. ISSN 0889-5899
- CHEN, R., LIOU, T., H., MIAO, N., F. et al. 2020. Using World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in people with schizophrenia: a 4-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 270(3), 301-310. DOI: 10.1007/s00406-019-01000-5
- CHEUNG, M., K. et al. 2014. Validation of the World Health Organization Assessment Schedule II Chinese Traditional Version (WHODAS II CT) in persons with disabilities and chronic illnesses for Chinese population. *Disability and Rehabilitation*. 37(20), 1902-1907. DOI: 10.3109/09638288.2014.989336
- CHITAMBIRA, B., EVANS, S. 2018. Repositioning stroke patients with pusher syndrome to reduce incidence of pressure ulcers. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 14(1), 16-21. DOI: 10.12968/bjnn.2018.14.1.16
- CHIU, T., Y. et al. 2014. Development of traditional Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36 – item (WHODAS 2.0) in Taiwan: Validity and reliability analyses. *Res Dev Disabil*. 35(11), 2812–2820. DOI 10.1016/j.ridd.2014.07.009.
- CHOW, S., K., Y. et al. 2007. Evaluation of the Morse Fall Scale: Applicability in Chinese hospital populations. *International Journal of Nursing Studies*. 44(4), 556-565. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2005.12.003
- CHRZOVÁ, D. 2013. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. *Československá psychologie*. 57(1), 95 - 97. ISSN 0009-062x

- IKEMOTO, T., ARAI, Y., CH. (2018). Locomotive syndrome: clinical perspectives. *Clinical Interventions in Aging*. 13(1) 819-827. DOI 10.2147/CIA.S148683
- International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Albany, N.Y.: sold by WHO Publications Centre USA, 1980. ISBN 92-4-154126-1
- IRELAND, P., JOHNSTON, L., M. 2012. Measures of Self-Care Independence for Children with Osteochondrodysplasia: A Clinimetric Review. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*. 32(1), 80-96. DOI 10.3109/01942638.2011.593619
- JABLENSKY, A. 2009. Handicap and disability: words versus concepts. *Disability and Rehabilitation*. 22(11), 513-514. DOI 10.1080/096382800414023
- JACKSON, J., C. et al., 2014. Improving patient care through the prism of psychology: Application of the Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive unit. *Journal of Critical Care*. 29(3), 438-444. DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.01.009
- JALAYONDEJA, Ch., JALAYONDEJA, W., SUTTIWONG, J. et al. (2016). Physical activity, self-esteem, and quality of life among people with physical disability. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 47(3), 546-558. ISSN 0125-1562
- JAMES, S., L. et al. 2018. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 392(10159), 1789-1858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- JANKOVSKÝ, J. 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-414-9
- JANSSENS, L. et al. 2014. Impaired Postural Control Reduces Sit-to-Stand-to-Sit Performance in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *PLoS ONE*. 9(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0088247
- JASEMI, M. et al. 2015. Effective factors in providing holistic care: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*. 21(2). DOI: 10.4103/0973-1075.156506
- JASEMI, M. et al. 2017. A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian Journal of Palliative Care*. 23(1). DOI: 10.4103/0973-1075.197960

- JAUL, E., et al. 2018. 2018. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics*. 18(1). DOI: 10.1186/s12877-018-0997-7
- JEHU, D., A., DAVIS, J., C., LIU-AMBROSE, T. 2020. Risk factors for recurrent falls in older adults: a study protocol for a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. 10(5). DOI: 10.1136/bmjopen-2019-033602
- JEKEL, K. et al. 2015. Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*. 7(1). DOI: 10.1186/s13195-015-0099-0
- JOHNSON, E., LINCOLN, M., CUMMING, S. 2020. Principles of disability support in rural and remote Australia: Lessons from parents and carers. *Health & Social Care in the Community*. DOI: 10.1111/hsc.13033
- JONES, M., W., MORGAN, E., SHELTON, J., E. et al. 2007. Cerebral Palsy: Introduction and Diagnosis (Part I). *Journal of Pediatric Health Care*. 21(3), 146-152. DOI: 10.1016/j.pedhc.2006.06.007
- JONES, T., L. 2010. A Holistic Framework for Nursing Time: Implications for Theory, Practice, and Research. *Nursing Forum*. 45(3), 185-196. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2010.00180.x
- JOSEPH, C., NILSSON WIKMAR, L. 2016. Prevalence of secondary medical complications and risk factors for pressure ulcers after traumatic spinal cord injury during acute care in South Africa. *Spinal Cord*. 54(7), 535-539. DOI: 10.1038/sc.2015.189
- KALTER, H. 1998. Congenital malformations: an inquiry into classification and nomenclature. *Journal of Medical Genetics*. 35(8), 661-665. DOI: 10.1136/jmg.35.8.661
- KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 864 s. ISBN: 9788024770383
- KALVACH T. et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada 336. ISBN 9788024724904
- KARÁSKOVÁ, E., VYDRA, D., VÉGHOVÁ – VELGÁŇOVÁ, M. 2013. Léčebná výživa u dětí. *Praktické lékařství*. 9(4-5), 182-186. ISSN 1803-5329

- KARAHAN, A., et. 2018. Factors Affecting Wound Healing in Individuals With Pressure Ulcers: A Retrospective Study. *Ostomy Wound Management*. 64(2):32-39. ISSN 0889-5899
- KATO, K. et al. 2015. Positive attitude toward life, emotional expression, self-rated health, and depressive symptoms among centenarians and near-centenarians. *Aging & Mental Health*. 20(9), 930-939. DOI: 10.1080/13607863.2015.1056770
- KATIMS, I. 1995. The contrary ideals of individualism and nursing value of care. *Sch Inq Nurs Pract*. 9(3), 231-244. ISSN 0889-7182
- KATZ, S. 1963. Studies of Illness in the Aged. *JAMA*. 185(12). DOI: 10.1001/jama.1963.03060120024016
- KATZ, S. et al. 1970. Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist* 10(1), 20-30. DOI: 10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- KAYA, G., K., WARD, J., R., CLARKSON, P., J. 2019. A framework to support risk assessment in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 31(5), 393-401. DOI: 10.1093/intqhc/mzy194
- KELLER, P. et al. 2002. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Medicine*. 28(10), 1379-1388. DOI 10.1007/s00134-002-1487-z
- KENDÍKOVÁ, J., VOSMIK, M. 2013. *Jak zvládnout problémy dětí se školou?* Praha: Parparta. 112 s. ISBN 978-80-905576-0-4
- KENRICK, D., T. et al. 2010. Renovating the Pyramid of Needs. *Perspectives on Psychological Science*. 5(3), 292-314. DOI 10.1177/1745691610369469
- KERTAY, L., 2019. Administrative Issues and Perspective: Impairment Ratings and Disability Determinations. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 30(3), 499-509. DOI: 10.1016/j.pmr.2019.03.001
- KHUNA, L. et al. 2019. Increased Lower Limb Loading During Sit-to-Stand is Important for the Potential for Walking Progression in Ambulatory Individuals with Spinal Cord Injury. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 26(1), 99-106. DOI 10.21315/mjms2019.26.1.9

- KIEFER, R., A. 2008. An Integrative Review of the Concept of Well-Being. *Holistic Nursing Practice*. 22(5), 244-252 DOI 10.1097/01.HNP.0000334915.16186.b2
- KIM, M. et al. 2013. Changes of Musculoskeletal Deformity in Severely Disabled Children Using the Custom Molded Fitting Chair. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 37(1). DOI: 10.5535/arm.2013.37.1.33
- KINOSHITA, S. 2012. Handrail position and shape that best facilitate sit-to-stand movement. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 25(1), 33-45. DOI: 10.3233/BMR-2012-0308
- KLEMETTI, A. 1977. Definition of congenital malformations and detection of associations with maternal factors. *Early Human Development*. 1(2), 117-123. DOI: 10.1016/0378-3782(77)90012-3
- KOSKAS, P. et al. 2014. The Lawton Instrumental Activities Daily Living/Activities Daily Living Scales. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 27(2), 85-93. DOI: 10.1177/0891988714522694
- KÖPKE, S., MEYER, G. 2006. The Tinetti test. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 39(4), 288-291. DOI: 10.1007/s00391-006-0398-y
- KRAHN, G. et al. 2015. Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*. 105(2), 198-206. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302182
- KRAUS, J., SEBROŇOVÁ, V., BROŽOVÁ, M., 2014. Léze mozkových nervů u dětí. *Pediatric pro praxi*. 15(1), 31–34. ISSN 1213-0494
- KRAUSE, J., S. et al. 2001. An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: Relationship to protective behaviors and risk factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 82(1), 107-113. DOI 10.1053/apmr.2001.18050
- KRAUSE J., S., BRODERICK, L. 2004. Patterns of recurrent pressure ulcers after spinal cord injury: Identification of risk and protective factors 5 or more years after onset. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85(8): 1257-1264. DOI 10.1016/j.apmr.2003.08.108

- KRAWCZYK, P. et al. 2016. Ortoticko-protetické léčení tělesně postižených dětí – komplexní péče. *Pohybové ústrojí. Pokroky ve výzkumu, diagnostice a terapii*. 23(1), 49-80. ISSN 2336-477
- KRISHAN, S. et al. 2016. Predictive validity of the Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCIPUS) in acute care and inpatient rehabilitation in individuals with traumatic spinal cord injury. *NeuroRehabilitation*. 38(4), 401-409. DOI 10.3233/NRE-161331
- KRISHNAN, S. et al. 2017. Association between presence of pneumonia and pressure ulcer formation following traumatic spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 40(4), 415-422. DOI 10.1080/10790268.2016.1180099
- KROUPOVÁ, K. 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8
- KRUGER, E., A., PIRES, M., NGANN, Y. et al. (2013). Comprehensive management of pressure ulcers in spinal cord injury: Current concepts and future trends. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 36(6), 572-585 DOI: 10.1179/2045772313Y.0000000093
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2013. *Psychologie pocitů štěstí: Současný stav poznání*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-8544-8
- KSIBI, I., DRIZI, C., SALAH, F., Z., B. et al. 2010. The contribution of the new scale for assessing disability. *Tunis Med*. 88(8). 551-556. ISSN 0041-4131
- KÜÇÜKDEVECİ, A. et al. 2018. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMS PRM Section). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 54(6). DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05501-6
- KUPERMINC, M., N., et al. 2013. Nutritional management of children with cerebral palsy: a practical guide. *European Journal of Clinical Nutrition*. 67, 21. ISSN 0954-3007
- KUVALENKAR, K. et al. (2015). Quality of Life among Persons with Physical Disability in Udipi Taluk: A Cross Sectional Study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 4(1), 69-73. DOI: 10.4103/2249-4863.152258
- LALA, D. et al. 2016. Developing a Model of Care for Healing Pressure Ulcers With Electrical Stimulation Therapy for Persons With Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 22(4), 277-287. DOI: 10.1310/sci2204-277

- LAMIN, E., NEWMAN, D. K. 2016. Clean intermittent catheterization revisited. *International Urology and Nephrology*. 48(6), 931-939. DOI: 10.1007/s11255-016-1236-9
- LANG-MAIA, B., S. et al. 2016. Sensorimotor Peripheral Nerve Function and Physical Activity in Older Men. *Journal of Aging and Physical Activity*. 24(4), 559-566. DOI: 10.1123/japa.2015-0207
- LARSSON, I., E. et al. 2011. Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(3), 575-582. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x
- LEON, A., C. et al. 1997. Assessing Psychiatric Impairment in Primary Care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med*. 27(2), 93-105. DOI 10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD
- LERMA, V. 2010. Care in patients with epidermal necrolysis in burn units. A nursing perspective. *Burns*. 44(8):1962-1972. DOI 10.1016/j.burns.2018.06.010
- LESTER, D., 2010. Maslow's Hierarchy of Needs and Psychological Health. *The Journal of General Psychology*. 109(1), 83-85. DOI: 10.1080/00221309.1983.9711513
- LEVEILLE, S., G. et al. 2002. Musculoskeletal Pain and Risk for Falls in Older Disabled Women Living in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(4), 671-678. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50161.x
- LI, D., TANG, J., GAN, X. 2018. Reliability and validity Munro Scale on the assessment of pressure ulcer risks in adult perioperative patients: a cross-sectional study. *Int J Clin Exp Med*. 11(9): 9811–9818. ISSN 1940-5901
- LIDDIARD, K. 2013. The work of disabled identities in intimate relationships. *Disability & Society*. 29(1), 115-128. DOI: 10.1080/09687599.2013.776486
- LIEBZEIT, D., KING, B., BRATZKE, L. 2018. Measurement of function in older adults transitioning from hospital to home: an integrative review. *Geriatric Nursing*. 39(3), 336-343. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.11.003
- LIMA-SERRANO, M. et al. 2018. Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. *Medicina Intensiva (English Edition)*. 42(2): 82-91. DOI 10.1016/j.medine.2018.01.007

- LIN, J., H. et al., 2019. Endovascular-First Treatment Is Associated With Improved Amputation-Free Survival in Patients With Clinical Limb Ischemia. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 12(8). DOI 10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005273
- LINDSAY, S. et al. 2013. A systematic review of self-management interventions for children and youth with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*. 36(4), 276-288. DOI: 10.3109/09638288.2013.785605
- LIU, W. et al. 2015. Optimizing Eating Performance for Long-Term Care Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care for Cognitively Impaired. *Journal of the American Medical Directors Association*. 16(12), 1062-1068. DOI 10.1016/j.jamda.2015.06.023
- LISOWSKA, B. 2017. How to measure disability: survey usability versus usefulness. *Development initiatives* [online]. [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://devinit.org/blog/measure-disability-survey-usability-versus-usefulness/>
- LOEB, M. 2016. Development of Disability Measures for Surveys: The Washington Group Extended Set on Functioning. *International Measurement of Disability*. Cham: Springer International Publishing. 97-122. DOI 10.1007/978-3-319-28498-9_7
- LÓPEZ, M. et al. 2019. Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the “Eating/Drinking” need assessment. *J Nurs Manag*. 27(1), 117-124. DOI: 10.1111/jonm.12655
- LOSPITAO-GÓMEZ, S. et al. 2017. Validity of the current risk assessment scale for pressure ulcers in intensive care (EVARUCI) and the Norton-MI scale in critically ill patients. *Applied Nursing Research*. 38, 76-82. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.09.004
- LOVALLO, C. et al. 2010. Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. *Journal of Advanced Nursing*. 66(3), 690-696. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05231.x
- LOWE, J., 2010. Impairment Versus Disability. *Professional Case Management*. 15(4), 222-223. DOI:10.1097/NCM.0b013e3181eb7485

- LU, S., J. et al. 2018. Determinants of Employment Outcome for the People with Schizophrenia Using the WHODAS 2.0. *J Occup Rehabil* 29(2), 1–9. DOI 10.1007/s10926-018-9794-6
- LUDERER, M. et al. 2019. ADHS bei erwachsenen Patienten mit Substanzkonsumstörungen. *Der Nervenarzt*. 90(9), 926-931. DOI: 10.1007/s00115-019-0779-2
- LUTZ, B., J., BOWERS, B., J. 2003. Understanding How Disability is Defined and Conceptualized in the Literature. *Rehabilitation Nursing*. 28(3), 74-78. DOI 10.1002/j.2048-7940.2003.tb02037.x
- MACTAGGART, I. et al. 2018. A population-based survey of visual impairment and its correlates in Mahabubnagar district, Telangana State, India. *Ophthalmic Epidemiology*. 25(3), 238-245. DOI: 10.1080/09286586.2017.1418386
- MADANS, J., H. 2016. The Washington Group's Contribution to Disability Statistics and a Look to the Future. *International Measurement of Disability*. Cham: Springer International Publishing, 319-326. DOI 10.1007/978-3-319-28498-9_17
- MADANS, J., H., LOEB, M., E., ALTMAN, B., M. 2011. Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health*. 11(Suppl 4). DOI 10.1186/1471-2458-11-S4-S4
- MAGEE, Ch., A., HEAVEN, P., C., L., MILLER, L., M. 2013. Personality Change Predicts Self-Reported Mental and Physical Health. *Journal of Personality*. 81(3), 324-334. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2012.00802.x
- MAHALINGAM, S. et al. 2014. Improving pressure ulcer risk assessment and management using the Waterlow scale at a London teaching hospital. *Journal of Wound Care*. 23(12), 613-622. DOI 10.12968/jowc.2014.23.12.613
- MAICH, K., SIDER, S. 2019. Special Education Needs and Disabilities in Secondary Education (Canada). *Bloomsbury Education and Childhood Studies*. Bloomsbury Publishing. DOI: 10.5040/9781474209441.0054

- MAJKUSOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D. 2017. VALIDITY OF TOOLS FOR ASSESSING THE RISK OF FALLS IN PATIENTS. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 8(3), 697-705. DOI 10.15452/CEJNM.2017.08.0021
- MALLAH, Z., NASSAR, N., KURDAHI BADR, L. 2015. The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Applied Nursing Research*. 28(2), 106-113. DOI 10.1016/j.apnr.2014.07.001
- MARCOUX, V., CHOUINARD, M., Ch., DIADIOU, F. et al. 2017. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. *PLOS ONE*. 12(11). DOI:10.1371/journal.pone.0188663
- MARITZ, R., ARONSKY, D., PRODINGER, B. 2017. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. *Applied Clinical Informatics*. 08(03), 964-980. DOI: 10.4338/ACI2017050078.
- MARKS, B. 2007. Cultural Competence Revisited: Nursing Students with Disabilities. *Journal of Nursing Education*. 46(2), 70-74. DOI: 10.3928/01484834-20070201-06
- MARUYAMA, K. et al. 2010. Bone fracture in physically disabled children attending schools for handicapped children in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 15(3), 135-140. DOI: 10.1007/s12199-009-0121-x
- MASLOW, A., H., 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7
- MATSUDA, P., N., VERRALL, A., M., FINLAYSON, M., L. 2015. Falls Among Adults Aging With Disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 96(3), 464-47. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.09.034
- MAYORAL, A., P. 2019. The use of Barthel index for the assessment of the functional recovery after osteoporotic hip fracture: One year follow-up. *PLOS ONE*. 14(2). DOI 10.1371/journal.pone.0212000
- MBOGONI, M. 2009. On the application of the ICDH and ICF in developing countries: evidence from the United Nations Disability Statistics Database (DISTAT). *Disability and Rehabilitation*. 25(11-12), 644-658. DOI: 10.1080/0963828031000137144
- MCCABE, J., HOLMES, D. 2014. Nursing, sexual health and youth with disabilities: a critical ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 70(1), 77-86. DOI: 10.1111/jan.12167

MCCORD, S. et al. 2004. Risk Factors Associated With Pressure Ulcers in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 31(4), 179-183. DOI: 10.1097/00152192-200407000-00005

MCINNES, E. et al. 2015. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 13(9). DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub5

MCMILLAN, E., STANGA, N., SELL, S. 2018. Holism: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 5(1). DOI: 10.15344/2394-4978/2018/282

MERCERAT, C., SAĪAS, T. 2020. Parents with physical disabilities and perinatal services: defining parents' needs and their access to services. *Disability & Society*. 1-24. DOI 10.1080/09687599.2020.1788513

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: ÚZIS [online]. Praha: Creative Commons, 2020 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2008. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3

MICHELANGELO, L. 2015. The overall impact of emotional intelligence on nursing students and nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2(2). DOI: 10.4103/2347-5625.157596

MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, M. 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2

MILLER, K. 2016. Summary of Washington Group Question Evaluation Studies. *International Measurement of Disability*. Cham: Springer International Publishing. 69-84. DOI: 10.1007/978-3-319-28498-9_5

MINSHULL, J., ROSS, K., TURNER, J. 1986. The Human Needs Model of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 11(6), 643-649. DOI: 10.1111/j.1365-2648

- MITRA, S., POSARAC, A., VICK, B. 2013. Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study. *World Development*. 41, 1-18. DOI: 10.1016/j.worlddev.2012.05.024
- MLINAC, M., E., FENG, M., C. 2016. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 31(6), 506-516. DOI: 10.1093/arclin/acw049
- MOCK, V. et. al. 2007. Using a conceptual model in nursing research? mitigating fatigue in cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 58(5), 503-512. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04293.x
- Disability and rehabilitation: Model Disability Survey, 2017*. [online]. WHO. [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>
- MOEN, V., P. et al. 2017. Validation of World Health Organization Assessment Schedule 2.0 in specialized somatic rehabilitation services in Norway. *Quality of Life Research*. 26(2), 505-514. DOI: 10.1007/s11136-016-1384-5
- MOORE, Z., E., H., COWMAN, S., 2014. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2(1). DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub3
- MOORE, Z., E., H., PATTON, D. 2019. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006471
- MOORE, Z., E., H., VAN ETTEN, M., T., DUMVILLE, J., C. 2016. Bed rest for pressure ulcer healing in wheelchair users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 10(10). DOI: 10.1002/14651858.CD011999.pub2
- MÖRCHEN, M., ZAMBRANO, O., PÁEZ, A. et al. 2019. Disability-Disaggregated Data Collection: Hospital-Based Application of the Washington Group Questions in an Eye Hospital in Paraguay. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(17). DOI: 10.3390/ijerph16173085
- MORSE, J., M. 2009. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2nd ed. New York: Springer Pub. Co. ISBN 978-0-8261-0389-5

- MORSE, J., M. et al. 1989. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social Science & Medicine*. 28(1), 81-86. DOI: 10.1016/0277-9536(89)90309-2
- MORTENSON, W., B., MILLER, W., C. 2008. A review of scales for assessing the risk of developing a pressure ulcer in individuals with SCI. *Spinal Cord*. 46(3): 168-175. DOI 10.1038/sj.sc.3102129
- MULHOLLAND, S., J., et al. 2009. The mobility needs of women with physical disabilities in India: A functional perspective. *Disability and Rehabilitation*. 20(5), 168-178. DOI: 10.3109/09638289809166078
- MUTSHATSHI, T., E., et al. 2018. Record-keeping: Challenges experienced by Nurses in selected public hospitals. *Curationis*. 41(1). DOI: 10.4102/curationis.v41i1.1931
- NANDA INTERNATIONAL, (2016). Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017. První vydání. Grada. 464 s. ISBN 9788024754123.
- National Disability Coordination Officer Program*, 2019. [online]. Australian Government [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.education.gov.au/national-disability-coordination-officer-programme>
- NARAYANASAMY, A., OWENS, J., 2001. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*. 33(4), 446-455. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x
- NAS, K., 2015. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World Journal of Orthopedics*. 6(1). DOI: 10.5312/wjo.v6.i1.8
- NAZARKO L., 2018. Prevention of pressure ulcers in community care settings. *Independent Nurse*. 7, 24-28 DOI 10.12968/indn.2018.7.24
- NEUGEBAUER, J. 2017. *Handicap jako stigma aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- NEUGEBAUER, J., BÁRTLOVÁ, S., 2019. Is there stigmatization in the nursing profession? *Kontakt*. 21(3), 263-268. DOI: 10.32725/kont.2019.037
- NEUGEBAUER, J., DOLEŽALOVÁ, J., TÓTHOVÁ, V., OLIŠAROVÁ, V. 2021a. Sebereflexe potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním v průběhu hospitalizace. *Praktický lékař*. 101(1), 17-20. ISSN 1803-6597

- NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., 2019a. Physical disabilities in nursing - the use of selected tools to monitor physically disabled patients' needs. *Kontakt*. 21(4), 344-351. DOI: 10.32725/kont.2019.032
- NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., 2019b. In: ONDRÁŠEK, S., (eds.). *Sborník příspěvků ze Studentské vědecké konference*. České Budějovice: ZSF JU, s - . ISBN
- NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., 2020. Assessment of pressure ulcers in physically handicapped patients. *Development in Health Sciences*. 3(2). DOI: 10.1556/2066.2020.00006
- NEUGEBAUER, J., TÓTHOVÁ, V., DOLEŽALOVÁ, J. 2021b. Use of Standardized and Non-Standardized Tools for Measuring the Risk of Falls and Independence in Clinical Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(6). DOI: 10.3390/ijerph18063226
- NG, K., SAINIO, P., SIT, C. 2017. Physical Activity of Adolescents with and without Disabilities from a Complete Enumeration Study (n = 128,803): School Health Promotion Study 2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(17). DOI: 10.3390/ijerph16173156
- NINGSIH, W., PURWANTA, P., HARTINI, S., 2018. Self-Care Training Improves the Attitudes and Skills of Caregivers for Children with Physical Disability. *Jurnal Ners*. 13(1), 9-17. DOI: 10.20473/jn.v13i1.5613
- NOH, J., et al. 2016. Relationship between Physical Disability and Depression by Gender: A Panel Regression Model. *PLOS ONE*. 11(11). DOI: 10.1371/journal.pone.0166238
- NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 9788073678739.
- NSAMELUH, K., et al. 2007. Patient Functional Status Changes During Hospitalization. *Clinical Nurse Specialist*. 21(4), 214-219. DOI: 10.1097/01.NUR.0000280490.79625.79
- NURU, N., ZEWDU, F., AMSALU, S. 2015. Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing*. 14(1). DOI: 10.1186/s12912-015-0076-8

- O'BRIEN, G., et al. 2018. The relationship between nurses assessment of early pressure ulcer damage and sub epidermal moisture measurement: A prospective explorative study. *J Tissue Viability*. 27(4):232-237. DOI 10.1016/j.jtv.2018.06.004
- O'CONNELL, B., MYERS, H., 2002. The sensitivity and specificity of the Morse Fall Scale in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 11(1), 134-136. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00578.x
- OH, Y., GASTMANS, Ch., 2015. Moral distress experienced by nurses. *Nursing Ethics*. 22(1), 15-31. DOI: 10.1177/0969733013502803
- OHTAKE, P., J., LEE, A., C., SCOTT, J., C. et al. 2018. Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Physical Therapy*. 98(8), 631-645. DOI: 10.1093/ptj/pzy059
- OLIŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., TOUMOVÁ, K. 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. ZSF JU. ISBN: 9788073946746
- OLIVER, D., et al., 1997. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ*. 315(7115), 1049-1053. DOI: 10.1136/bmj.315.7115.1049
- OLIVER, M., SAPEY, B., 1999. *Social Work with Disabled People*. London: Macmillan Education UK. DOI: 10.1007/978-1-349-14823-3
- ONG, S., R., et al., 2018. Physical activity, visual impairment, and eye disease. *Eye*. 32(8), 1296-1303. DOI: 10.1038/s41433-018-0081-8
- OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L., 2011. Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením. Vydání 1. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5536-0
- OVAYOLU, O., U., OVAYOLU, N., KARADAG, G., 2012. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing*. 21(1-2), 101-110. DOI 10.1111/j.1365-2702.2011.03710.x

- PADILHA, J., M., et al. 2019. Clinical Virtual Simulation in Nursing Education: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 21(3). DOI: 10.2196/11529
- PAJNKIHAR, M., ŠTIGLIC, G., VRBNJAK, D. 2017. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*. 5. DOI: 10.7717/peerj.2940
- PALESE, A., et al. 2016. Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 28(1), 139-146. DOI 10.1007/s40520-015-0378-4
- PALMER, M., HARLEY, D., 2012. Models and measurement in disability: an international review. *Health Policy and Planning*. 27(5), 357-364. DOI 10.1093/heapol/czr047
- PANCORBO-HIDALGO, P., L., et al., 2018. Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin lesion among paediatric patients in hospitals in Spain. *EWMA Journal*. 19(2), 29–37 ISSN 1802-6400
- PANCORBO-HIDALGO, P., L., et al., 2006. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 54(1), 94-110. DOI 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x
- PARK, S., H., LEE, H., S., 2016. Assessing Predictive Validity of Pressure Ulcer Risk Scales – A systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 45(2), 122-133 ISSN 2251-6085
- PARVEEN, H., NOOHU, M., M., 2017. Evaluation of psychometric properties of Tinetti performance-oriented mobility assessment scale in subjects with knee osteoarthritis. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 36, 25-32. DOI: 10.1016/j.hkpj.2016.07.001
- PAVÃO, S., L., et al., 2015. Postural control during sit-to-stand movement and its relationship with upright position in children with hemiplegic spastic cerebral palsy and in typically developing children. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 19(1), 18-25. DOI: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0069

- PEACOCK, G., IEZZONI, L., I., HARKIN, T., R., 2015. Health Care for Americans with Disabilities — 25 Years after the ADA. *New England Journal of Medicine*. 373(10), 892-893. DOI: 10.1056/NEJMp1508854
- PERSSON, M., et al. 2017. Risk of major congenital malformations in relation to maternal overweight and obesity severity: cohort study of 1.2 million singletons. *BMJ*. 375(2563). DOI: 10.1136/bmj.j2563
- PETERSON, M., et al. 2017. Low Normalized Grip Strength is a Biomarker for Cardiometabolic Disease and Physical Disabilities Among U.S. and Chinese Adults. *The Journals of Gerontology: Series A*. 72(11), 1525-1531. DOI: 10.1093/gerona/glx031
- PIPEKOVÁ, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0
- PIREDDA, M., et. al. 2016. Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale (Neuro-CDS). *NeuroRehabilitation*. 38(2), 211-219. DOI: 10.3233/NRE-161312
- PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8
- POPPLEWELL, N., T., A., RECHEL, B., P., D., ABEL, G., A., 2014. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open*. 4(8), 4714. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004714
- PORCEL-GÁLVEZ, A., M., et al. 2018. Psychometric Testing of INTEGRARE, an Instrument for the Assesment of Pressure Ulcer Risk in Inpatients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 29(3), 165-170. DOI 10.1111/2047-3095.12173
- POSPÍŠILOVÁ, A., KYASOVÁ, M., JUŘENÍKOVÁ, P. et al. 2013. Nursing interventions – comparison use of non-intensive surgical units and intensive surgical units. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 4(4), 684-692. ISSN 2336-3517
- PREMJI, S., S., HATFIELD, J., 2016. Call to Action for Nurses/Nursing. *BioMed Research International*. 16(1), 1-5. DOI: 10.1155/2016/3127543

- PRESKITT, J., K., et al., 2013. Underinsurance in Children with Special Health Care Needs: The Impact of Definition on Findings. *Maternal and Child Health Journal*. 17(8), 1478-1487. DOI: 10.1007/s10995-012-1155-z
- PREZERAKOS, P., E. 2018. Nurse Managers' Emotional Intelligence and Effective Leadership: A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*. 12(1), 86-92. DOI: 10.2174/1874434601812010086.
- PRIMIANO, M., et al., 2011. Pressure Ulcer Prevalence and Risk Factors During Prolonged Surgical Procedures. *AORN Journal*. 94(6), 555-566. DOI: 10.1016/j.aorn.2011.03.014.
- PRUIJSSERS, A., VAN MEIJEL, B., MAASKANT, M. 2015. The role of nurses/social workers in using a multidimensional guideline for diagnosis of anxiety and challenging behaviour in people with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing*. 24(13-14), 1955-1965. DOI: 10.1111/jocn.12850
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0
- QIAN, Y., MCGRAW, S., HENNE, S. et al., 2015. Understanding the experiences and needs of individuals with Spinal Muscular Atrophy and their parents: a qualitative study. *BMC Neurology*. 15(1). DOI:10.1186/s12883-015-0473-3
- RABINOVITZ, E., et al. 2016. Norton scale for predicting prognosis in elderly patients undergoing trans-catheter aortic valve implantation: A historical prospective study. *J Cardiol*. 67(6), 519-525. DOI: 10.1016/j.jjcc.2016.01.017
- RAÛCHE, M., et al. 2020. Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale. *The Lancet*. 356(9234), 1001-1002. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02695-7
- RAJATI, F., et al. 2018. Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*. 7(1). DOI: 10.4103/jehp.jehp_115_17
- RAVESLOOT, C., et al. 2016. Living Well with a Disability, a Self-Management Program. *MMWR Supplements*. 65(01), 61-67. DOI 10.15585/mmwr.su6501a10
- REIJNEVELD, S., A., et al. 2007. Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*. 60(4), 382-388 DOI 10.1016/j.jclinepi.2006.02.022

- RESNICK, B., LEIDER, J., P., RIEGELMAN, R. 2018. The Landscape of US Undergraduate Public Health Education. *Public Health Reports*. 133(5), 619-628. DOI: 10.1177/0033354918784911
- RESNIK, L., PLOW, M., A. 2009. Measuring Participation as Defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: An Evaluation of Existing Measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 90(5), 856-866. DOI: 10.1016/j.apmr.2008.11.010
- REGIA PIEXAK, D., CEZAR-VAZ, M., R., ALVES BONOW, C. 2015. How Nurses are Using the International Classification of Functioning, Disability and Health: An Integrative Review. *Aquichan*. 15(3), 351-367. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.4
- RIVAS-GARCÍA, T., E., et al. 2018. Blood zinc levels and cognitive and functional evaluation in non-demented older patients. *Exp Gerontol*. 108, 28-34. DOI 10.1016/j.exger.2018.03.003
- RIVOLTA, M., W., et al. 2019. Evaluation of the Tinetti score and fall risk assessment via accelerometry-based movement analysis. *Artificial Intelligence in Medicine*. 95(1), 38-47. DOI 10.1016/j.artmed.2018.08.005
- ROEDL, K., J., WILSON, L., S., FINE, J., 2016. A systematic review and comparison of functional assessments of community-dwelling elderly patients. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 28(3), 160-169. DOI 10.1002/2327-6924.12273
- RONDINELLI, R., D., RANAVAYA, M., I., 2021. Practical Aspects of Impairment Rating and Disability Determination. *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation*. 74-88. DOI: 10.1016/B978-0-323-62539-5.00005-9
- ROUTHIER, F., et al. 2019. Mobility and Participation of People With Disabilities Using Mobility Assistive Technologies: Protocol for a Mixed-Methods Study. *JMIR Research Protocols*. 8(4). DOI 10.2196/12089
- ROWEN, T., S., STEIN, S., TEPPER, M. 2015. Sexual Health Care for People with Physical Disabilities. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(3), 584-589. DOI: 10.1111/jsm.12810

- SÁ, G., G., M., SANTOS, A., M., R. 2019. Functional independence of elderly patients who fell: a follow-up study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(6), 1715-1722. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0845
- SABARIEGO, C., OBERHAUSER, C., POSARAC, A. et al. 2015. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 12(9), 10329-10351. DOI: 10.3390/ijerph120910329
- SAEEDIFAR, E., S., et al. 2018. Use of the Orem self-care model on pain relief in women with rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Electronic Physician*. 10(6), 6884-6891. DOI 10.19082/6884
- SAHU, A., SAGAR, R., SARKAR, S., SAGAR, S. 2016. Psychological effects of amputation: A review of studies from India. *Industrial Psychiatry Journal*. 25(1). DOI: 10.4103/0972-6748.196041
- SAHU, A., GUPTA, R., SAGAR, S. 2017. A study of psychiatric comorbidity after traumatic limb amputation: A neglected entity. *Industrial Psychiatry Journal*. 26(2). DOI:10.4103/ipj.ipj_80_16
- SALIBA, D., et al. 2000. Appropriateness of the Decision to Transfer Nursing Facility Residents to the Hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48(2), 154-163. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03906.x.
- SAMPSON, E., L., CANDY, B., DAVIS, S., 2017. Living and dying with advanced dementia: A prospective cohort study of symptoms, service use and care at the end of life. *Palliative Medicine*. 32(3), 668-681. DOI 10.1177/0269216317726443
- SANCHES-FERREIRA, M., SILVEIRA-MAIA, M., ALVES, S. et al. 2018. Conditions for IMplementing the ICF-CY in Education: The Experience in Portugal. *Frontiers in Education*. 3. DOI: 10.3389/feduc.2018.00020
- SANCHEZ, J., et al., 2000. Perceived Accessibility Versus Actual Physical Accessibility of Healthcare Facilities. *Rehabilitation Nursing*. 25(1), 6-9. DOI 10.1002/j.2048-7940.2000.tb01849.x

- SARDO, P., M., G., et al. 2016. Fall risk assessment: retrospective analysis of Morse Fall Scale scores in Portuguese hospitalized adult patients. *Applied Nursing Research*. 31, 34-40. DOI 10.1016/j.apnr.2015.11.013
- SARI, S., P., et al. 2018. The prevalence of pressure ulcers in community-dwelling older adults: A study in an Indonesian city. *International Wound Journal*. 16(2), 534-541. DOI 10.1111/iwj.13081
- SATTIN, R., W., et al. 1990. THE INCIDENCE OF FALL INJURY EVENTS AMONG THE ELDERLY IN A DEFINED POPULATION. *American Journal of Epidemiology*. 131(6), 1028-1037. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115594
- SAYAR, S., et al., 2008. Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. DOI 10.1111/j.1365-2702.2008.02598.x
- SEYHAN, S., 2018. Decubitus ulcer development: An investigation on its effect and evidence in home care patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 24(4). DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_85_18
- SHANNON, M., L., 1984. 5 famous fallacies about pressure sores. *Nursing*. 14(10), 34-41. DOI 10.1097/00152193-198410000-00017
- SHANNON, R., J., BROWN, L., CHAKRAVARTHY, D., 2012. Pressure Ulcer Prevention Program Study. *Advances in Skin & Wound Care*. 25(10), 450-464. DOI 10.1097/01.ASW.0000421461.21773.32
- SHEEHAN, D., V., et al. 2016. Assessment of functional outcomes by Sheehan Disability Scale in patients with major depressive disorder treated with duloxetine versus selective serotonin reuptake inhibitors. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 31(1), 53-63. DOI: 10.1002/hup.2500
- SHEEHAN, K., H., SHEEHAN D., V., 2008. Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 23(2), 70 – 83. DOI 10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6
- SHEEHAN, D., V., HARNETT-SHEEHAN, K., SPANN, M., E., 2011. Assessing remission in major depressive Disorder and generalized anxiety Disorder clinical trials

with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol.* 26(2), 73-83. DOI 10.1097/YIC.0b013e328341bb5

SHI, C., DUMVILLE, J., C., CULLUM, N., 2019. Evaluating the development and validation of empirically-derived prognostic models for pressure ulcer risk assessment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 89(1), 88-103. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.005

SHIELDS, N., SYNNOT, A., 2016. Perceived barriers and facilitators to participation in physical activity for children with disability: a qualitative study. *BMC Pediatrics.* 16(1). DOI 10.1186/s12887-016-0544-7

SHORT, S., 1981. AN HOLISTIC APPROACH TOWARDS DISABLED PERSONS AND THEIR REHABILITATION. *Australian Journal of Physiotherapy.* 27(5), 145-147. DOI 10.1016/S0004-9514(14)60754-6

SHPIGELMAN, C., N., 2014. How to support the needs of mothers with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation.* 37(11),928-935. DOI: 10.3109/09638288.2014.948133

SCHNEIDER, M., et al. 2009. Measuring disability in censuses: The case of South Africa. *Alter.* 3(3), 245-265. DOI: 10.1016/j.alter.2009.04.002

SCHOONHOVEN, L., 2006. Prediction of pressure ulcer development in hospitalized patients: a tool for risk assessment. *Quality and Safety in Health Care.* 15(1), 65-70. DOI 10.1136/qshc.2005.015362

SCHULZ, C., et al. 2014. Construction and Validation of an Instrument for Assessment of the Nursing Diagnosis, Risk for Infection, in Patients Following Cardiac Surgery. *International Journal of Nursing Knowledge.* 25(2), 94-101. DOI: 10.1111/2047-3095.12018

SCHUNTERMANN, M., F., 1996. The international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) results and problems. *International Journal of Rehabilitation Research.* 19(1), 1-12. DOI: 10.1097/00004356-199603000-00001

SCHWENDIMANN, R., GEEST, S., D., MILISEN, K., 2006. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Age and Ageing.* 35(3), 311-313. DOI: 10.1093/ageing/afj066

SILVA C., et al. 2013. Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. *Revista de Saúde Pública* 47(4), 752–758. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004374

SILVEIRA-MAIA, M., LOPES-DOS-SANTOS, P., SANCHES-FERREIRA, M. et al. 2019. The use of the international classification of functioning, disability and health in an interactive perspective: the assessment and intervention of students' additional support needs in Portugal. *Disability and Rehabilitation*. 41(25), 3016-3024. DOI: 10.1080/09638288.2018.1483433

SIMEONSSON, R., LOLLAR, D., ADAMS, M., 2000. Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Developmental issues. *Journal of Clinical Epidemiology*. 53(2), 113-124. DOI: 10.1016/S0895-4356(99)00133-X

SIMO FOTSO, A., DUTHÉ, G., ODIMEGWU, C., 2019. A comparative analysis of disability measures in Cameroonian surveys. *Population Health Metrics*. 17(1). DOI 10.1186/s12963-019-0198-4.

SKOGESTAD, I., J., 2017. Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests. *Journal of Clinical Nursing*. 26(1-2), 202-214. DOI 10.1111/jocn.13438

SLOMAN, A., MARGARETHA, M., 2018. The Washington Group Short Set of Questions on Disability in Disaster Risk Reduction and humanitarian action: Lessons from practice. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 31(1), 995-1003. DOI 10.1016/j.ijdr.2018.08.011

SMELTZER, S., C., AVERY, C., HAYNOR, P., 2012. Original Research. *AJN, American Journal of Nursing*. 112(4), 30-37. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000413454.07369.e3

SMITH, S., K., et al. 2018. Evaluation of a multifactorial approach to reduce the prevalence of pressure injuries in regional Australian acute inpatient care settings. *International Wound Journal*. 15(1):95-105. DOI 10.1111/iwj.12840

SOANES, C., 2003. *The Compact Oxford English Dictionary of Current English*. Oxford: University Press. 1210 s. ISBN 978-0198614289

- SPRUNT, B., MCPAKE, B., MARELLA, M., 2019. The UNICEF/Washington Group Child Functioning Module—Accuracy, Inter-Rater Reliability and Cut-Off Level for Disability Disaggregation of Fiji’s Education Management Information System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(5). DOI 10.3390/ijerph16050806
- STAVSKY, M., et al., 2017. Cerebral Palsy—Trends in Epidemiology and Recent Development in Prenatal Mechanisms of Disease, Treatment, and Prevention. *Frontiers in Pediatrics*. 5(1). DOI 10.3389/fped.2017.00021
- STOLT, M., et al. 2015. Lower extremity musculoskeletal disorders in nurses: A narrative literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*. 44(1), 106-115. DOI: 10.1177/1403494815602989
- STUCKI, A., et al. 2004. ICF Core Sets for obesity. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 36(1), 107-113. DOI: 10.1080/16501960410016064
- STURGILL, B., et al., 2018. Braden score may be associated with time to onset of catheter-associated urinary tract infection in high-risk patients: Lessons learned from a root cause analysis tool. *Am J Infect Control*. 47(3), 343-345. DOI 10.1016/j.ajic.2018.09.002
- SUPRANI, R., TAGLIONI, M., 2014. Scale Mosaic: Definition and Testing of a Tool for Assessing the Risk of Falling and the Care Planning During Hospitalization. *Prof Inferm*. 67(2), 95–105. DOI 10.7429/pi.2014.672095.
- SUZUKI, S., SUZUKI, K., MIYAMOTO, M. et al. 2011. Evaluation of contributing factors to restless legs syndrome in migraine patients. *Journal of Neurology*. 258(11), 2026-2035. DOI:10.1007/s00415-011-6064-3
- ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN: 978-80-247-3223-7
- ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., 2016. Inter-rater Reliability of Items of the Braden Scale, the Norton scale and Waterlow Scale. *Profese Online*. 9(2), 10–15. ISSN 1803–4330

- ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. Predictive validity of the Braden Scale, Norton Scale, and Waterlow Scale in the Czech Republic. *Int J Nurs Pract.* 23(1), 1-10. DOI 10.1111/ijn.12499
- ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R., 2015. Predictive validity of the Braden scale, Norton scale and Waterlow scale in Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 6(3), 283-290. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0017
- ŠULISTOVÁ, R., 2010. Rozvoj interaktivního chování a komunikačních kompetencí s klientem v pomáhajících profesích na terciárním stupni vzdělávání. AULA, Praha: CSVŠ, 18(2). ISSN 1210-6658
- TABET, S., M., et al. 2019. An Analysis of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 Measurement Model Using Partial Least Squares–Structural Equation Modeling. *Assessment.* DOI: 10.1177/1073191119834653
- TALBOT, J., 2009. No One Knows: Offenders with learning disabilities and learning difficulties. *International Journal of Prisoner Health.* 5(3), 141-152. DOI: 10.1080/17449200903115797
- TALEPOROS, G., MCCABE, M., P., 2002. Body image and physical disability—personal perspectives. *Social Science & Medicine.* 54(6), 971-980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7
- TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M., MORAVCOVÁ, M. 2013. Využívání hodnotících a měřících škál v ošetrovatelství. *Ošetrovatelstvo.* 3(1). ISSN 1338-6263
- TALLEY, K., M., C., et al. 2014. Factors Associated With Toileting Disability in Older Adults Without Dementia Living in Residential Care Facilities. *Nursing Research.* 63(2), 94-104. DOI 10.1097/NNR.0000000000000017
- TANIMURA, Ch., et al., 2018. Self-care agency, lifestyle, and physical condition predict future frailty in community-dwelling older people. *Nursing & Health Sciences.* 20(1), 31-38. DOI: 10.1111/nhs.12376
- TAORMINA R., J., GAO J., H., 2013. Maslow and the Motivation Hierarchy: Measuring Satisfaction of the Needs. *The American Journal of Psychology.* 126(2). DOI: 10.5406/amerjpsyc.126.2.0155

- TASKIN YILMAZ, F., SABANCI OGULLARI, S., ALDEMIR, K., 2015. The Opinions of Nursing Students Regarding the Nursing Process and Their Levels of Proficiency in Turkey. *Journal of Caring Sciences*. 4(4), 265-275. DOI: 10.15171/jcs.2015.027
- TAYLOR-SCHROEDER, S., et al., 2013. Physical therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 34(2), 149-161. DOI 10.1179/107902611X12971826988057
- TEMPEST, S., et al. 2013. Enhanced clarity and holism: the outcome of implementing the ICF with an acute stroke multidisciplinary team in England. *Disability and Rehabilitation*. 35(22), 1921-1925. DOI: 10.3109/09638288.2013.766272
- TENG, S., W., YEN, Ch., F., LIAO, H., F. et al. (2013). Evolution of system for disability assessment based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Taiwanese study. *Journal of the Formosan Medical Association*. 112(11), 691-698. DOI:10.1016/j.jfma.2013.09.007
- TERRILL, A., L., MOLTON, I., R. 2019. Frequency and impact of midlife stressors among men and women with physical disability. *Disability and Rehabilitation*. 41(15), 1760-1767. DOI: 10.1080/09638288.2018.1448466
- THOMAS, H., et al. 2018. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: a systematic review. *BMJ Open*. 8(12). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023758.
- TIAN, L., ZHANG, X., HUEBNER, E., S., 2018. The Effects of Satisfaction of Basic Psychological Needs at School on Children's Prosocial Behavior and Antisocial Behavior: The Mediating Role of School Satisfaction. *Frontiers in Psychology*. 9(1). DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00548
- TINETTI, M., E., 2003. Preventing Falls in Elderly Persons. *New England Journal of Medicine*. 348(1), 42-49. DOI: 10.1056/NEJMcp020719
- TINETTI, M., E., et al. 1995. Risk Factors for Serious Injury During Falls by Older Persons in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 43(11), 1214-1221. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb07396.x

TINETTI, M., E., SPEECHLEY, M., GINTER, S., F., 1988. Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community. *New England Journal of Medicine*. 319(26), 1701-1707. DOI: 10.1056/NEJM198812293192604

TOMLINSON, S., 2015. Is a sociology of special and inclusive education possible? *Educational Review*. 67(3), 273-281. DOI: 10.1080/00131911.2015.1021764

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270s. ISBN 978-80-7262-356-5

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9

TOUFAILY, M., H., WESTGATE, M., N., LIN, A., E., HOLMES, L., B. 2018. Causes of Congenital Malformations. *Birth Defects Research*. 110(2), 87-91. DOI: 10.1002/bdr2.1105

TOWEY, A., P., ERLAND S., M., 1988. Validity and reliability of an assessment tool for pressure ulcer risk. *Decubitus*. 1(2), 40-48. ISSN 08898-1655

TRANI, J., F., et al. 2015. Development and Validation of the 34-Item Disability Screening Questionnaire (DSQ-34) for Use in Low and Middle Income Countries. *Epidemiological and Development Surveys*. *PLOS ONE*. 10(12). DOI: 10.1371/journal.pone.0143610

TUCHA, O. 2017. Supporting patients with ADHD: Missed opportunities? *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 9(2), 69-71. DOI 10.1007/s12402-017-0233-x

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2020. [online]. MPSV. [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>

United Nations Enable, 2020. *Rights and Dignity of Persons with Disabilities*. Dostupné z: <http://www.un.org/disabilities>

United Nations Treaty Collection, 2020. *15. Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Dostupné z: <http://1url.cz/izRxA>

- URBANETTO, J., S., et al. 2016. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37(4). DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.62200
- ÜSTÜN, T., B., et al. 2010. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*. 88(11), 815-823. DOI: 10.2471/BLT.09.067231
- VAN OYEN, H., et al. 2018. Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Archives of Public Health*. 76(1). DOI: 10.1186/s13690-018-0270-8
- VANLEIT, B., 2009. Using the ICF to address needs of people with disabilities in international development: Cambodian case study. *Disability and Rehabilitation*. 30(12-13), 991-998. DOI 10.1080/0963828070180025
- VARELIUS, J., 2018. Suffering at the end of life. *Bioethics*. 33(1), 195-200. DOI 10.1111/bioe.12513. ISSN 0269-9702
- VEER, A., J., E., BAKKER, D., H., 1994. Measuring Unmet Needs to Assess the Quality of Home Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*. 6(3), 267-274. DOI: 10.1093/intqhc/6.3.267
- VERBRUGGE, L., M., JETTE, A., M., 1994. The disablement process. *Social Science & Medicine*. 38(1). DOI: 10.1016/0277-9536(94)90294-1
- VÍTKOVÁ, M. et al. 1998a. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido. 181 s. ISBN: 978-80-85931-51-6
- VÍTKOVÁ, M. et al. 1998b. *Paradigma simatopedie*. Brno: Masarykova Univerzita. 140 s. ISBN: 978-80-210-1953-0
- WALL, J., COLLEY, T., 2003. Preventing pressure ulcers among wheelchair users: preliminary comments on the development of a self-administered risk assessment tool. *Journal of Tissue Viability*. 13(2), 48-60. DOI: 10.1016/S0965-206X(03)80035-9
- WALTER, N., NIKOLEIZIG, L., ALFERMANN, D., 2019. Effects of Self-Talk Training on Competitive Anxiety, Self-Efficacy, Volitional Skills, and Performance: An Intervention Study with Junior Sub-Elite Athletes. *Sports*. 7(6). DOI: 10.3390/sports7060148

- WANG, P., et al. 2019. Estimation of Prevalence of Osteoporosis Using OSTA and Its Correlation with Sociodemographic Factors, Disability and Comorbidities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(13). DOI 10.3390/ijerph16132338
- WARDIAN, J., SUN, F., 2015. Removing Barriers to Promote More Positive Thinking for People with Diabetes: Implications for Social Work. *Social Work*. 60(2), 175-182. DOI 10.1093/sw/swv001
- WARMS, C., A., WHITNEY, J., D., BELZA, B., 2008. Measurement and description of physical activity in adult manual wheelchair users. *Disability and Health Journal*. 1(4), 236-244. DOI: 10.1016/j.dhjo.2008.07.002
- Washington Group on Disability Statistics, 2020. *About The Washington Group*. Dosptupné z: <http://www.washingtongroup-disability.com/about/>
- WAWRZYNIAK, K., M., et al. 2019 The World Health Organization Disability Assessment Schedule-2.0 (WHODAS 2.0) in a chronic pain population being considered for chronic opioid therapy. *Journal of Pain Research*. 12(1), 1855-1862. DOI: 10.2147/JPR.S207870
- WEIGL, M., CIEZA, A., CANTISTA, P. et al. 2007. Physical disability due to musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 21(1), 167-190. DOI: 10.1016/j.berh.2006.10.006
- WEISS, L., A., et al. 2016. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*. 11(6). DOI 10.1371/journal.pone.0158092
- WERNER, S., SHULMAN, C., 2013. Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: The role of affiliate stigma and psychosocial moderating variables. *Research in Developmental Disabilities*. 34(11), 4103-4114. DOI 10.1016/j.ridd.2013.08.029
- WEST, E., BARRON, D., N., REEVES, R., 2005. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*. 14(4), 435-443. DOI 10.1111/j.1365-2702.2004.01091.x

- WEYNANTS, L., HERVÉ, F., DECALF, V. 2017. Clean Intermittent Self-Catheterization as a Treatment Modality for Urinary Retention: Perceptions of Urologists. *International Neurourology Journal*. 21(3), 189-196 DOI: 10.5213/inj.1734824.412
- WILKIN, D., 2016. *Caring for the Mentally Handicapped Child*. New York: Taylor & Francis Group. ISBN 978-1-138-96230-9
- WILLIAMS-PIEHOTA, P., et al. 2010. An evaluation of health communication materials for individuals with disabilities developed by three state disability and health programs. *Disability and Health Journal*. 3(3), 146-154. DOI: 10.1016/j.dhjo.2009.08.002
- YANG, Q., et al. 2016. Interpreting suffering from illness: The role of culture and repressive suffering construal. *Social Science & Medicine*. 160, 67-74. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.05.022
- YI, Y., DING, L., WEN, H. et al. 2020. Is Barthel Index Suitable for Assessing Activities of Daily Living in Patients With Dementia? *Frontiers in Psychiatry*. 11. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00282
- YURA, H., WALSH, M., B., 1982. *Human Needs and the Nursing Process*. USA: Appleton & Lange. 300 s. ISBN 978-0838539422.
- YURA, H., a WALSH, M., B., 1983. *Human needs 3 and the nursing process*. 3. USA: Appleton-Century-Crofts. 288 s. ISBN 978-0838539439.
- ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6
- Zákon č. 561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ISSN 1211-1244
- ZALENSKI, R., J., RASPA, R., 2006. Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine*. 9(5), 1120-1127. DOI 10.1089/jpm.2006.9.1120
- ZARANDI, F., M., RAIESIFAR, A., EBADI, A. 2016. The Effect of Orem's Self-Care Model on Quality of Life in Patients with Migraine: a Randomized Clinical Trial. *Acta Medica Iranica*. 54(3), 159-164. ISSN 0044-6025

ZAUTRA, A., J., 2012 Designing positive psychology: taking stock and moving forward, by K.M. Sheldon, T.B. Kashdan, and M.F. Steger (Eds.). *The Journal of Positive Psychology*. 7(1), 79-81. DOI: 10.1080/17439760.2011.614830

Zdravotnická ročenka České republiky. 2005. [online]. ÚZIS. [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=23>

Seznam příloh

- Příloha 1 Ošetrovatelská dokumentace
- Příloha 2 Dotazník pro výzkumný soubor A
- Příloha 3 Dotazník pro výzkumný soubor B

Seznam grafů

- Graf 1** Vnímání pojmu tělesné znevýhodnění sestrami z klinické praxe
- Graf 2** Přístup a postoj sester k pacientům s tělesným znevýhodněním
- Graf 3** Znalost rizik u pacientů s tělesným znevýhodněním
- Graf 4** Absolvování edukačního programu či školení o problematice tělesného znevýhodnění
- Graf 5** Druh školení nebo edukace
- Graf 6** Frekvence edukace respondentů o problematice tělesného znevýhodnění
- Graf 7** Subjektivní hodnocení dostatku informací po absolvování edukace
- Graf 8** Přenos informací o navazující péči pacientům s tělesným znevýhodněním
- Graf 9** Náročnost péče o pacienty s tělesným znevýhodněním
- Graf 10** Důvody poskytování péče v oblasti manipulace v lůžku
- Graf 11** Důvody poskytování péče v oblasti sebeobslužných činností
- Graf 12** Důvody poskytování péče v oblasti doprovodu
- Graf 13** Důvody poskytování péče v oblasti motivace
- Graf 14** Důvody poskytování péče v oblasti edukace
- Graf 15** Důvody poskytování péče v oblasti aktivizace
- Graf 16** Důvody poskytování péče v oblasti prevence dekubitů
- Graf 17** Důvody poskytování péče v oblasti nácviku denních aktivit
- Graf 18** Důvody poskytování péče v oblasti výživy
- Graf 19** Důvody poskytování péče v oblasti sexuality
- Graf 20** Důvody poskytování péče v oblasti spirituality
- Graf 21** Hodnocené domény u pacientů s tělesným znevýhodněním v klinické praxi
- Graf 22** Míra spokojenosti s prováděným hodnocením
- Graf 23** Práce s výsledky provedeného hodnocení
- Graf 24** Postup po provedení hodnocení

- Graf 25** Typy využívaných nástrojů v klinické praxi
- Graf 26** Používané standardizované nástroje pro hodnocení rizika pádu
- Graf 27** Používané standardizované nástroje pro hodnocení soběstačnosti
- Graf 28** Používané standardizované nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů
- Graf 29** Doporučení standardizovaných nástrojů pro vlastní zařízení
- Graf 30** Důvody nedoporučení nástroje Conley scale do vlastní praxe
- Graf 31** Důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale do vlastní praxe
- Graf 32** Důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale do vlastní praxe
- Graf 33** Důvody nedoporučení nástroje Barthel test do vlastní praxe
- Graf 34** Důvody nedoporučení nástroje IADL do vlastní praxe
- Graf 35** Důvody nedoporučení nástroje Norton scale do vlastní praxe
- Graf 36** Důvody nedoporučení nástroje Braden scale do vlastní praxe
- Graf 37** Důvody nedoporučení nástroje Waterlow scale do vlastní praxe
- Graf 38** Důvody nedoporučení nástroje Knoll scale do vlastní praxe
- Graf 39** Důvody nedoporučení nástroje Shannon scale do vlastní praxe
- Graf 40** Doporučení standardizovaných nástrojů pro využití v ČR
- Graf 41** Důvody nedoporučení nástroje Conley scale pro využití v ČR
- Graf 42** Důvody nedoporučení nástroje Morse Fall Scale pro využití v ČR
- Graf 43** Důvody nedoporučení nástroje Tinetti scale pro využití v ČR
- Graf 44** Důvody nedoporučení nástroje Barthel test pro využití v ČR
- Graf 45** Důvody nedoporučení nástroje IADL pro využití v ČR
- Graf 46** Důvody nedoporučení nástroje Norton scale pro využití v ČR
- Graf 47** Důvody nedoporučení nástroje Braden scale pro využití v ČR
- Graf 48** Důvody nedoporučení nástroje Waterlow scale pro využití v ČR
- Graf 49** Důvody nedoporučení nástroje Knoll scale pro využití v ČR
- Graf 50** Důvody nedoporučení nástroje Shannon scale pro využití v ČR

- Graf 51** Inovace ke zlepšení péče o pacienty s tělesným znevýhodněním
- Graf 52** WHODAS 2.0 doména porozumění a komunikace
- Graf 53** WHODAS 2.0 doména potíže s pohyblivostí
- Graf 54** WHODAS 2.0 doména sebeobsluha
- Graf 55** WHODAS 2.0 doména vztahy s lidmi
- Graf 56** WHODAS 2.0 oblast životních aktivit
- Graf 57** WHODAS 2.0 doména účast ve společnosti (participace)
- Graf 58** WHODAS 2.0 Míra znevýhodnění v jednotlivých doménách
- Graf 59** Přítomné obtíže v oblasti biologických potřeb v průběhu hospitalizace
- Graf 60** Přítomné obtíže v oblasti psychických potřeb v průběhu hospitalizace
- Graf 61** Přítomné obtíže v oblasti sociálně-spirituálních potřeb v průběhu hospitalizace
- Graf 62** Přítomné obtíže a jejich monitorace v průběhu hospitalizace
- Graf 63** Subjektivní hodnocení míry observace přítomných obtíží v dalších oblastech
- Graf 64** Hodnocení vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (výzkumný soubor A)

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání (výzkumný soubor A)

Tabulka 3 Aktuální pracovní pozice (výzkumný soubor A)

Tabulka 4 Lokalizace klinické praxe respondentů (výzkumný soubor A)

Tabulka 5 Pohlaví respondentů (výzkumný soubor B)

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (výzkumný soubor B)

Tabulka 7 Věk respondentů (výzkumný soubor B)

Tabulka 8 Přehled hodnocených oblastí v rámci poskytování ošetrovatelské péče

Tabulka 9 Výsledky standardizovaného nástroje WHODAS 2.0, 36 otázek

Tabulka 10 Přehled středních hodnot přítomných obtíží

Tabulka 11 Přehled středních hodnot monitorace obtíží při hospitalizaci

Tabulka 12 Přehled středních hodnot vybraných aspektů kvality života a ošetrovatelské péče

Tabulka 13 Vyhledávání vztahů mezi vzděláním sester a používání nástrojů a analýzou potřeb

Tabulka 14 Vyhledávání vztahů mezi vzděláním a využitelnost jednotlivých nástrojů

Tabulka 15 Vyhledávání souvislostí mezi školením a subjektivním pocitem dostatečnosti hodnocení

Tabulka 16 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnotících nástrojů a prováděným hodnocením

Tabulka 17 Vyhledávání souvislostí mezi měřenými oblastmi a používáním hodnotících nástrojů

Tabulka 18 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnocení rizika pádů a dostatečnosti měření

Tabulka 19 Vyhledávání souvislostí mezi používáním hodnocení soběstačnosti a dostatečnosti měření

Tabulka 20 Vyhledávání souvislosti mezi používáním hodnocení rizika vzniku dekubitů a dostatečnost měření

Seznam zkratek

ČIK	Čistá intermitentní katetrizace
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
ICF	Internation Classification of Functioning Disability and Health
ICF – CY	International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth
ICIDH	Mezinárodní klasifikace poškození, omezení a postižení (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)
MDS	Model Disability Survey
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OSN	Organizace spojených národů
SCIPUS	Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale
WG	Washington Group on Disability Statistics
WHA	World Health Assembly
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule

Přílohy

Příloha 1 Ošetrovatelská dokumentace

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE			
Pacient (šifrek)	Datum:	Denní směna	Noční směna
	Ošetřující sestra:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oddělení:	Osobní věci pacienta:	sepsány <input type="radio"/> <input type="radio"/>	uloženy <input type="radio"/> <input type="radio"/> -----
	Cennosti pacienta:	sepsány <input type="radio"/> <input type="radio"/>	uloženy <input type="radio"/> <input type="radio"/> -----
Fyziologické funkce			
Hodnocení vědomí			
Tlumený <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Netlumený <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Porucha vědomí <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Kontinuálně <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Somnolence <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Bolusově <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Sopor <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Kóma <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Reakce <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Apatie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Součet bodů GCS	Denní s. <input type="text"/>
Oslovení <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Agresivita <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Noční s. <input type="text"/>
Bolest <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Odsávání <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Jiné <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Použití omezovacích prostředků <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Poznámky:			
<hr/>			
Krevní tlak	Pulz	Tělesná teplota	Dech
Hypertenze <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fyziologický <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Fyziologická <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Eupnoe <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Normotenze <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tachykardie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Subfebris <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bradypnoe <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hypotenze <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Bradykardie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Febris <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Tachypnoe <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Arytmie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hyperpyrexie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hypoventilace <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Hypotermie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hyperventilace <input type="radio"/> <input type="radio"/>
			Gasping <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Poznámky:			
<hr/>			
1			

Hodnocení dýchání

Spontánní

Bez O₂

Nebulizace

Inhalace

UPV

Typ ventilátoru _____

ETK č. _____, na _____ cm, _____ den

TSK č. _____ den

Stav _____

Odsávání á _____ h

Sputum

Sklovité

Žluté

Krvavé

Podávání O₂ _____ l/min

Maskou

Brýlemi

T spojka

Dechová frekvence á _____ h

Denní s.

Noční s.

Saturace O₂ á _____ h

Denní s.

Noční s.

Polohování

Nepolohuje se

Polohuje sestra

Polohuje se pomocí

Polohuje se sám

Polohovací pomůcky

Antidek. Matrace aktivní

Antidek. Matrace pasivní

Polohovací pomůcky

Rehabilitace

Aktivní

Pasivní

Sestra

Jiné

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Braden

Smyslové vnímání

Zcela omezen (kóma, kvadruplegie) 1b

Velmi omezen (sopor, hemiplegie) 2b

Mírně omezen (somalence, plegie, parézy) 3b

Bez omezení 4b

Vlhkost

Neustále (inkontinence, pocení) 1b

Často (výměna 2x za den) 2b

Občas (výměna 1x za den) 3b

Výjimečně 4b

Fyzická aktivita

Trvale ležící na lůžku 1b

Neschopen chůze, dopomoc do sedu 2b

Chůze na krátkou vzdálenost 3b

Chodící 4b

Pohyblivost

Imobilní 1b

Změna polohy s dopomocí 2b

Mírná změna polohy bez pomoci 3b

Bez omezení 4b

Výživa

Velmi špatná (NPO, 1/3 stravy) 1b

Zhoršená (½ porce stravy, nepravidelně) 2b

Přiměřená (více jak ½ porce) 3b

V normě 4b

Pohyb v lůžku

Změna polohy s plnou dopomocí 1b

Změna polohy s částečnou pomoci 2b

Změna polohy bez dopomoci 3b

Celkem bodů:

Denní s.

Noční s.

HODNOCENÍ

23 – 20 bodů NÍZKÉ RIZIKO

19 – 16 bodů STŘEDNÍ RIZIKO

15 – 11 bodů VYSOKÉ RIZIKO

10 – 6 bodů VELMI VYSOKÉ RIZIKO

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Waterlow

Stavba těla		Typ kůže v ohrožené oblasti		Věk	
Průměrná	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 0b	Zdravá	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 0b	14 – 49	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b
Nadprůměrná	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	Papírová, suchá, vlhká	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	50 – 64	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b
Obézní	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	Edematózní	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	65 – 74	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 3b
Podprůměrná	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 3b	Porucha barvy, porušená	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	75 – 80	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 4b
		Ložisko	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	81+	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 5b
Pohlaví					
Muž	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b				
Žena	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b				
Zvláštní rizika		Kontinence		Neurologická porucha	
Terminální kachexie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 8b	Zcela kontinentní	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 0b	Diabetes	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Porucha výživy tkání	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 8b	Občas inkontinentní	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	Roztr. skleróza	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Srdeční selhání	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 5b	PMK / inkont. stolice	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	CMP	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Anemie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	Kompletní inkontinence	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 3b	Paraplegie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Kouření	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b				4 – 6 b
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Operace / trauma	
Plná	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 0b	Průměrná	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 0b	Ortopedická	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Neklid	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	Slabá	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	Páteř	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Apatie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 2b	Sonda / pouze tekutiny	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 1b	Pod úrovní pasu	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Omezená hybnost	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 3b	Nic ústy / anorexie	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 3b	na operačním stole	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nehybnost na lůžku	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 4b			déle než 2h	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Naprostá imobilita	<input type="radio"/> <input type="radio"/> 5b				5 b
Medikace		HODNOCENÍ 10 – 14 Nízké riziko 15 - 19 Vysoké riziko 20 a více Velmi vysoké riziko		Denní s.	<input type="text"/>
Cytostatika	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			Noční s.	<input type="text"/>
Vysoké dávky steroidů	<input type="radio"/> <input type="radio"/>			CELKEM BODŮ	<input type="text"/>
Protizánětlivé léky	<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
4 b					

Hodnocení bolesti

Přítomnost bolesti	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hodnocení podle VAS	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Používání analgetik	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	_____ v ___ hod
Používání opiátů	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	_____ v ___ hod

Hodnocení infekce

Invazivní vstupy			
Centrální žilní katétr	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	zaveden ___ . den
PICC	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	zaveden ___ . den
Periferní žilní katétr	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	zaveden ___ . den
MIDLINE	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	zaveden ___ . den
Permanentní močový katétr	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	zaveden ___ . den
Jiné:	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Ne	

Hodnocení znevýhodnění podle nástroje WHODAS 2.0

Při vyplňování jsou přípustné pouze hodnoty:

0 – žádná obtíž; 1 mírné obtíže; 2 střední potíže, 3 – těžké potíže, 4 – extrémní potíže / nelze provést

Porozumění a komunikace					
D 1.1	<i>Soustředit se na činnost po dobu 10 minut?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 1.2	<i>Zapamatovat si důležité věci, co je třeba udělat?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 1.3	<i>Razebnat a vyřešit problém každodenního života?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 1.4	<i>Naučit se něco nového (nový úkol)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 1.5	<i>V obecném smyslu rozumět tomu, co lidé říkají?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 1.6	<i>Začít a udržet rozhovor (konverzaci)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potíže s pohyblivostí					
D 2.1	<i>Vydržet stát delší dobu, např. 30 minut?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 2.2	<i>Vstát ze sedu?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 2.3	<i>Pohybovat se po bytě?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 2.4	<i>Vyjít ven z domu?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 2.5	<i>Ujít delší vzdálenost, např. 1km nebo ekvivalent</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sebeobsluha					
D 3.1	<i>Umýt si celé tělo?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 3.2	<i>Obléci se?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 3.3	<i>Jíst?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 3.4	<i>Zůstat několik dní sám / sama?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vztahy s lidmi					
D 4.1	<i>Jednat s lidmi, které neznáte?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 4.2	<i>Udržet přátelský vztah?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 4.3	<i>Vycházet s lidmi, kteří jsou Vám blízcí?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 4.4	<i>Získat nové přátele?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 4.5	<i>Sexuální aktivity?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Životní aktivity					
D 5.1	<i>Vykonat Vaše povinnosti v domácnosti?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.2	<i>Nejdůležitější domácí práce dělat dobře?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.3	<i>Být hotov(a) se vším, co je potřeba udělat?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.4	<i>Udělat vše, co je potřeba, patřičně rychle?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.5	<i>Vaše každodenní práce / škola?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.6	<i>Udělat nedůležitější úkoly v práci / škole dobře?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.7	<i>Být hotov se vším, co je potřeba ve škole/ práci udělat?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 5.8	<i>Udělat práci / školu patřičně rychle?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Účast ve společnosti					
D 6.1	<i>Zapojit se do společenských aktivit?</i>	1 b	2b	3 b	4 b
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.2	<i>Překážky ve světě kolem Vás?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.3	<i>Postoje a chování ostatních (abyste žil/a důstojně)?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.4	<i>Trávení času zabírající důsledky zdravotních potíží?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.5	<i>Emocionální obtíže v důsledku zdravotního stavu?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.6	<i>Finanční problémy v důsledku zdravotního stavu?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.7	<i>Jaké potíže měla rodina v důsledku zdravotního stavu?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 6.8	<i>Potíže při činnostech ve volném čase (relaxace, dovolená)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U OSOB TĚLESNĚ ZNEVÝHODNĚNÝCH

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství**
Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení potřeb u osob tělesně znevýhodněných. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit aktuální stav poskytované ošetrovatelské péče a vžití hodnoticích a měřicích nástrojů u pacientů s tělesným znevýhodněním. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají výhody jako časová nenáročnost oproti prováděným rozhovorům, možná další spolupráce při dalších výzkumných šetřeních a realizaci vývoje nástroje pro komplexní hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají rizika jako možnost poznání svého zařízení vlastními zaměstnanci a nezařazení dotazníku do výzkumného šetření (v případě nekompletního vyplnění).

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografii.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;
Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;
Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;
Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;
Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Pohlaví

- 1) Žena
- 2) Muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) Středoškolské s maturitou
- 2) Vyšší odborné
- 3) Vysokoškolské

3. V jakém kraji vykonáváte své povolání?

- 1) Hlavní město Praha
- 2) Středočeský kraj
- 3) Jihočeský kraj
- 4) Plzeňský kraj
- 5) Karlovarský kraj
- 6) Ústecký kraj
- 7) Liberecký kraj
- 8) Královéhradecký kraj
- 9) Pardubický kraj
- 10) Kraj Vysočina
- 11) Jihomoravský kraj
- 12) Olomoucký kraj
- 13) Zlínský kraj
- 14) Moravskoslezský kraj

4. Na jaké pozici pracujete? (prosím označte pouze jednu odpověď)

- 1) Hlavní sestra
 - 2) Vrchní sestra
 - 3) Staniční sestra
 - 4) Sestra u lůžka (sestra v domácí péči)
 - 5) Sociální pracovník (PSS)
 - 6) Ergoterapeut
 - 7) Fyzioterapeut
 - 8) Jiné (uveďte):
-

OBECNÁ ČÁST

5. Co podle Vás znamená pojem tělesné znevýhodnění? (prosím uveďte):

6. Jaký postoj má Vaše zařízení k pacientům s tělesným znevýhodněním?

(v každém řádku prosím označte jednu možnost)

	1 ANO	2 NE	3 NEVÍM
A. Zajímají nás			
B. Máme individuální přístup			
C. Používáme specifické škály/score			
D. Máme specializované pracovníky			

7. Jak často školíte své zaměstnance o problematice tělesného znevýhodnění?

- 1) Více než 1×za rok
- 2) Méně než 1× za rok
- 3) Neškolíme
- 4) Nevím
- 5) Jiná (uveďte)

8. Jak realizujete školení o problematice tělesného znevýhodnění?

(můžete označit více odpovědí)

- 1) Organizujeme semináře
- 2) Zajišťujeme odborníky z externí firmy
- 3) Nerealizujeme – pokračujte otázkou č. 10
- 4) Jiné (prosím uveďte):

9. Považujete současný způsob školení o problematice tělesného znevýhodnění za dostačující?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

10. V jakých denních situacích poskytuje pomoc pacientům s tělesným znevýhodněním?

(můžete označit více odpovědí)

- 1) Nákup
- 2) Zajištění léků z lékárny
- 3) Doprovod na úřady
- 4) Doprovod k lékaři
- 5) Pomoc při zajištění domácí péče
- 6) Pomoc při zajištění pečovatelské služby
- 7) Jiné (prosím uveďte):

11. Myslíte si, že existují u pacientů se znevýhodněním nějaká rizika?

- 1) Ano (uveďte jaká):
- 2) Ne
- 3) Nevím

OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

12. V jakých oblastech poskytujete pomoc pacientům s tělesným znevýhodněním?
(v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Manipulace v lůžku					
B. Sebeobslužné činnosti					
C. Doprovod					
D. Motivace					
E. Edukace					
F. Aktivizace					
G. Prevence dekubitů					
H. Nácvik denních činností					
I. Výživa					
J. Sexualita					
K. Spiritualita					
L. Jiné (prosím uveďte)					

13. V oblastech, kde jste v otázce č. 12 zvolili možnost „maximálně“ a „hodně“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Doprovod	
D. Motivace	
E. Edukace	
F. Aktivizace	
G. Prevence dekubitů	
H. Nácvik denních činností	
I. Výživa	
J. Sexualita	
K. Spiritualita	
L. Jiné (prosím uveďte)	

14. V oblastech, kde jste v otázce č. 12 zvolili možnost „trochu“ a „vůbec ne“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Doprovod	
D. Motivace	
E. Edukace	
F. Aktivizace	
G. Prevence dekubitů	
H. Návčik denních činností	
I. Výživa	
J. Sexualita	
K. Spiritualita	
L. Jiné (prosím uveďte)	

**15. V jakých oblastech poskytujete edukaci pacientům s tělesným znevýhodněním?
(v každém řádku označte jednu možnost)**

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Manipulace v lůžku					
B. Sebeobslužné činnosti					
C. Riziko pádu					
D. Aktivizace					
E. Prevence dekubitů					
F. Návčik denních činností					
G. Výživa					
H. Sexualita					
I. Spiritualita					
J. Zdravotní stav					
K. Navazující péče					
L. Jiné (prosím uveďte)					

16. V oblastech, kde jste v otázce č. 15 zvolili možnost „maximálně“ a „hodně“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Riziko pádu	
D. Aktivizace	
E. Prevence dekubitů	
F. Návčik denních činností	
G. Výživa	
H. Sexualita	
I. Spiritualita	
J. Zdravotní stav	
K. Navazující péče	
L. Jiné (prosím uveďte)	

17. V oblastech, kde jste v otázce č. 15 zvolili možnost „trochu“ a „vůbec ne“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Riziko pádu	
D. Aktivizace	
E. Prevence dekubitů	
F. Návčik denních činností	
G. Výživa	
H. Sexualita	
I. Spiritualita	
J. Zdravotní stav	
K. Navazující péče	
L. Jiné (prosím uveďte)	

18. V jakých oblastech poskytujete edukaci pečujícím osobám (rodina, asistenti) o pacienty s tělesným znevýhodněním? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Manipulace v lůžku					
B. Sebeobslužné činnosti					
C. Riziko pádu					
D. Aktivizace					
E. Prevence dekubitů					
F. Nácvik denních činností					
G. Výživa					
H. Sexualita					
I. Spiritualita					
J. Zdravotní stav					
K. Navazující péče					
L. Jiné (prosím uveďte)					

19. V oblastech, kde je zvolili v otázce č. 18 možnost „maximálně“ a „hodně“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Riziko pádu	
D. Aktivizace	
E. Prevence dekubitů	
F. Nácvik denních činností	
G. Výživa	
H. Sexualita	
I. Spiritualita	
J. Zdravotní stav	
K. Navazující péče	
L. Jiné (prosím uveďte)	

20. V oblastech, kde jste zvolili v otázce č. 18 možnost „trochu“ a „vůbec ne“, prosím uveďte proč?

	Uveďte důvod
A. Manipulace v lůžku	
B. Sebeobslužné činnosti	
C. Riziko pádu	
D. Aktivizace	
E. Prevence dekubitů	
F. Nácvik denních činností	
G. Výživa	
H. Sexualita	
I. Spiritualita	
J. Zdravotní stav	
K. Navazující péče	
L. Jiné (prosím uveďte)	

21. Jak je podle Vás náročné ošetřovat pacienta se znevýhodněním z hlediska časové náročnosti? (prosím znázorněte na ose)

Nejméně |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Nejvíce
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Jak je podle Vás náročné ošetřovat pacienta se znevýhodněním z hlediska fyzické náročnosti? (prosím znázorněte na ose)

Nejméně |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Nejvíce
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Jak je podle Vás náročné ošetřovat pacienta se znevýhodněním z hlediska psychické náročnosti?

Nejméně |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| Nejvíce
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Nabízí Vaše zařízení možnost opakované edukace o navazující péči?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nevím

25. Jaká další témata Vaše zařízení opakovaně nabízí v oblasti edukace? (prosím uveďte)

26. Jak edukuje Vaše zařízení pacienta s tělesným znevýhodněním o možnosti další navazující péče? (můžete zvolit více odpovědí)

- 1) Rozhovorem
- 2) Informačními letáky
- 3) Kontaktem se zástupci organizací
- 4) Needukuje

27. Používáte hodnoticí škály u pacientů s tělesným znevýhodněním?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nevím

28. U pacientů s tělesným znevýhodněním měříme/hodnotíme (můžete zvolit více odpovědí)

- 1) Zdravotní stav
- 2) Soběstačnost
- 3) Kognitivní funkce
- 4) Riziko vzniku dekubitů
- 5) Riziko pádů
- 6) Nutriční screening
- 7) Druh znevýhodnění
- 8) Míra znevýhodnění
- 9) Nehodnotíme/neměříme
- 10) Jiné (uveďte):

29. Nakolik si myslíte, že je Vámi realizované hodnocení dostačující? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Zdravotní stav					
B. Soběstačnost					
C. Kognitivní funkce					
D. Riziko vzniku dekubitů					
E. Riziko pádů					
F. Nutriční screening					
G. Druh znevýhodnění					
H. Míra znevýhodnění					
I. Jiné (prosím uveďte)					

30. Jak pracujete se získanými výsledky? (prosím uveďte)

31. Jaký je další postup po hodnocení? (prosím uveďte)

32. Používáte nástroj pro měření rizika pádů? (můžete označit více odpovědí)

1) Hodnocení rizika podle Conleyové
2) Morse Fall Scale
3) Test rovnováhy podle Tinetti
4) Nepoužíváme žádnou z uvedených stupnic

33. Používáte nástroj pro hodnocení soběstačnosti? (můžete označit více odpovědí)

1) Barthelův test (BT, ADL)
2) Test funkční soběstačnosti
3) Test instrumentálních všedních činností (IADL)
4) Nepoužíváme žádnou z uvedených stupnic

34. Používáte nástroj pro hodnocení rizika dekubitů? (můžete označit více odpovědí)

1) Stupnice podle Norton
2) Stupnice podle Waterlow
3) Stupnice podle Shannon
4) Stupnice podle Knoll
5) Stupnice podle Braden
6) Nepoužíváme žádnou z uvedených stupnic

35. Používáte jiné než výše uvedené nástroje?

- 1) Ano (uveďte jaké):
- 2) Ne

36. Které z uvedených nástrojů jsou z Vašeho pohledu využitelné pro českou praxi?

(v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne	6 Nevím
A. Hodnocení rizika pádu podle Conleyové						
B. Morse Fall Scale (MFS)						
C. Test rovnováhy podle Tinetti						
D. Barthelův test (BT, ADL)						
E. Test funkční soběstačnosti						
F. Test instrumentálních všedních činností (IADL)						
G. Hodnocení rizika dekubitů podle Norton						
H. Hodnocení rizika dekubitů podle Waterlow						

I. Hodnocení rizika dekubitů podle Knoll						
J. Hodnocení rizika dekubitů podle Shannon						

37. Na kolik byste uvítali zavedení stupnice do Vaší praxe? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Hodnocení rizika pádu podle Conleyové					
B. Morse Fall Scale (MFS)					
C. Test rovnováhy podle Tinetti					
D. Barthelův test (BT, ADL)					
E. Test funkční soběstačnosti					
F. Test instrumentálních všedních činností (IADL)					
G. Hodnocení rizika dekubitů podle Norton					
H. Hodnocení rizika dekubitů podle Waterlow					
I. Hodnocení rizika dekubitů podle Knoll					
J. Hodnocení rizika dekubitů podle Shannon					

38. V případě, že jste na otázku 37 odpověděli „vůbec ne“, uveďte prosím proč?

	Uveďte důvod
A. Hodnocení rizika pádu podle Conleyové	
B. Morse Fall Scale (MFS)	
C. Test rovnováhy podle Tinetti	
D. Barthelův test (BT, ADL)	
E. Test funkční soběstačnosti	
F. Test instrumentálních všedních činností (IADL)	
G. Hodnocení rizika dekubitů podle Norton	
H. Hodnocení rizika dekubitů podle Waterlow	
I. Hodnocení rizika dekubitů podle Knoll	
J. Hodnocení rizika dekubitů podle Shannon	

39. Jaké inovace byste uvítali v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s tělesným znevýhodněním?



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U PACIENTŮ S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM

Pro výzkumný projekt: GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelství
Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetrovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení potřeb u osob tělesně znevýhodněných. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit aktuální potřeby pacientů s tělesným znevýhodněním. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají výhody, jako jsou časová nenáročnost oproti prováděným rozhovorům, možná další spolupráce při dalších výzkumných šetřeních a realizaci vývoje nástroje pro komplexní hodnocení potřeb pacientů s tělesným znevýhodněním. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají rizika, jako je nezařazení dotazníku do výzkumného šetření (v případě nekompletního vyplnění).

INFORMOVANÝ SOUHLAS**Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografii.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;
Mgr. Věra Olišarová, Ph.D., Mgr. Romana Belešová;
Mgr. Jitka Doležalová, Mgr. Jan Neugebauer;
Mgr. Šárka Franková, Bc. Inka Kratochvílová;
Bc. Simona Berková

Charakteristika

1. Pohlaví

Označte jen jednu elipsu.

Žena

Muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Označte jen jednu elipsu.

Základní

Vyučen bez maturity

Vyučen s maturitou

Středoškolské s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské (Bc., Mgr., ...)

3. Jaký je Váš věk?

Uvedte počet let při posledních narozeninách

Standardizovaná část

Při vyplňování standardizované části dotazníku označujte v každém řádku vždy jednu odpověď

Jak velké potíže Vám činní...

	0 - žádné obtíže	1 - mírné obtíže	2 - střední obtíže	3 - těžké obtíže	4 - Extrémní obtíže / nelze provést
... soustředit se na činnost po dobu 10 minut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zapamatovat si důležité věci, co je třeba udělat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... rozebrat a vyřešit problémy v každodenním životě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... naučit se něco nového, např. dostat se na nové místo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... v obecném smyslu rozumět tomu, co lidé říkají	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... začít a udržet rozhovor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vydržet stát delší dobu, např. 30 minut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vstát ze sedu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... pohybovat se po bytě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vyjít ven z domu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... vyjít ven z domu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ujít delší vzdálenost, např. 1 km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... umýt si celé tělo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... obléci se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... najíst se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... zůstat několik dní sám/sama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... jednat s lidmi, které neznáte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... udržet si přátelský vztah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vycházet s lidmi, kteří jsou Vám blízcí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... získat nové přátele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sexuální aktivity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vykonat Vaše povinnosti v domácnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... nejdůležitější domácí práce udělat dobře	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... být hotov(a) se vším, co je potřeba doma udělat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... udělat vše, co je doma potřeba, patřičně rychle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Vaše každodenní práce / škola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... udělat nejdůležitější úkoly v práci / škole dobře	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... být hotov(a) se vším, co je potřeba udělat v práci / škole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... udělat práci ve škole / v práci patřičně rychle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak velké obtíže jste měl(a), bylo-li potřeba zapojit se do společenských aktivit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak velké obtíže Vám dělaly různé překážky ve světě kolem Vás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak velké potíže máze se stráveným časem, který zabírají přímo Vaše zdravotní potíže nebo jejich důsledky?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak velké potíže emocionální potíže Vám vznikají v důsledku Vašeho zdravotního stavu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jak velké potíže Vám vznikají tím, že Vaše zdravotní problémy spotřebovávají vlastní nebo rodinné finanční prostředky?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jak velké potíže měla rodina v důsledku Vašeho zdravotního stavu?

Jak velké potíže jste měl(a) při činnostech ve volném čase (relaxace, dovolená)?

Následující otázky se týkají posledních 30 dnů

V kolika z posledních 30 dnů byly potíže přítomny?

Vaše odpověď

V kolika z posledních 30 dnů jste zcela nebyl(a) schopen (schopna) vykonávat své obvyklé činnosti nebo práci kvůli svému zdravotnímu stavu?

Vaše odpověď

V kolika z posledních 30 dnů, nepočítáme-li dny, kdy jste byl(a) naprosto neschopný(a), jste musel(a) vynechat nebo omezit své obvyklé činnosti nebo práci, kvůli svému zdravotnímu stavu?

Vaše odpověď

Odkud čerpáte informace, které potřebujete?

Můžete označit více odpovědí

- Internet
- Lékař
- Zdravotní sestra
- Rodina a příbuzní
- Televize
- Knižní publikace (noviny, učebnice atd.)

Byl(a) jste hospitalizován(a)?

- Ano
- Ne (v případě, že ne, pokračujte otázkou č.10)

Následující otázky se zaměřují na průběh hospitalizace

v každém řádku označte vždy jednu možnost

Měl(a) / máte potíže ...

V každém řádku označte vždy jednu možnost

	0 Žádné potíže	1 Mírné potíže	2 Střední potíže	3 Těžké potíže	4 Extrémní potíže / nelze provést
... s usínáním	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se spaním	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s udržením moče	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s udržením stolice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se zácpou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...s nadměrným pocením	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s vyprazdňováním	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se zachováním intimity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se zachováním pocitu bezpečí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se zachováním pocitu jistoty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... se sebeúctou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s řešením krizových situací	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... ve spirituální rovině	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s naplněním cílů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítil(a) jste se izolovaný(á) od ostatních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... s bolestí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Do jaké míry byly, podle Vás, níže uvedené hodnoty v průběhu hospitalizace sledovány?

V každém řádku označte vždy jednu možnost

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Průměrně	4 Trochu	5 Vůbec ne
Usínání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spánek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
udržení moče	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udržením stolice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zácpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadměrné pocení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyprazdňování	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zachováním intimity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zachováním pocitu bezpečí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zachováním pocitu jistoty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sebeúcta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Řešením krizových situací	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uspokojení spirituálních potřeb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naplnění Vašich životních cílů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izolovanost od ostatních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
